

Il seguente prospetto informativo ha lo scopo di fornire al paziente tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole in merito all'intervento previsto. Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre al medico tutte le domande ritenute opportune prima dell'intervento.

Le informazioni contenute in questo prospetto sono state acquisite dalla scheda informativa approvata dalla SOI (Società Oftalmologica Italiana).

Il glaucoma

Può presentarsi in numerose forme cliniche ed è difficile fornire una spiegazione precisa e completa; in generale, questa malattia è caratterizzata da una progressiva alterazione del campo visivo, dapprima nelle sue parti più periferiche poi anche nella parte centrale, fino a portare nei casi più avanzati alla completa cecità. Tale compromissione del campo visivo è dovuta ad un progressivo danno del nervo ottico (il nervo che porta le immagini dall'occhio al cervello) che può arrivare fino all'atrofia. L'atrofia del nervo ottico si realizza a causa di una pressione endoculare (la pressione dei liquidi che riempiono l'occhio) troppo alta in un tempo variabile che può essere di anni nel glaucoma detto cronico o di poche ore nel glaucoma detto acuto. Alla base quindi della terapia del glaucoma vi è il controllo della pressione intraoculare.

Il controllo della pressione intraoculare si ottiene o riducendo la produzione di liquidi all'interno dell'occhio o facilitandone il deflusso.

Come si svolge l'intervento

Il trattamento laser ha come obiettivo la riduzione della pressione intra-oculare favorendo la fuoriuscita del liquido (umore acqueo) dall'occhio. Con la normalizzazione o l'abbassamento della pressione si realizzano i presupposti per l'arresto della progressione della malattia.

L'intervento si effettua in ambulatorio, il paziente è seduto davanti all'apparecchio laser. Un'anestesia oculare locale con collirio rende possibile l'applicazione di una lente a contatto sull'occhio utile per focalizzare il raggio laser.

Esistono varie tecniche per effettuare una trabeculoplastica. Le principali sono:

- argon laser trabeculoplastica (ALT);
- trabeculoplastica laser selettiva (SLT);

Esse variano solo per le caratteristiche del laser, per i tempi di esposizione e per la potenza utilizzata nell'emissione del raggio laser.

Trattamenti alternativi

Esistono sostanzialmente 3 metodi per diminuire la pressione oculare:

- la terapia medica sia locale che generale;
- i trattamenti parachirurgici con laser;
- l'intervento chirurgico vero e proprio.

Il suo oculista Le propone quello che stima il più adatto a conservare il più a lungo possibile la sua capacità visiva.

Mancato intervento

Un mancato intervento comporta la progressione del glaucoma il quale può condurre alla cecità completa.

Decorso postoperatorio

Nelle prime ore l'occhio può apparire più o meno rosso e moderatamente dolente con un certo fastidio alla luce. La visione può non essere limpida; occorre attendere qualche giorno perché ritorni ai valori pre-trattamento. Le cure locali postoperatorie consistono nell'istillazione di gocce o nell'assunzione di compresse, secondo le modalità e per il periodo di tempo che Le saranno spiegati dal suo oculista.

L'efficacia del trattamento laser si giudica dopo qualche settimana (4-6 settimane). Nella maggioranza dei casi la pressione intra-oculare si riduce.

Come per qualunque trattamento antiglaucomatoso, la durata dell'azione del laser è imprevedibile, questo impone un controllo oculistico regolare. Il proseguimento associato di un trattamento medico è, a volte, necessario.

In caso di insuccesso si raccomanda un intervento chirurgico.

Possono essere osservate un certo grado di infiammazione oculare, la percezione di corpi mobili ed una sensibilità accresciuta alla luce. Il trattamento non può in alcun modo pretendere di migliorare lo stato della sua capacità visiva.

Complicanze

Possono essere intraoperatorie e postoperatorie, cioè che si verificano durante o dopo l'intervento laser.

Complicanze intraoperatorie (sono molto rare).

- emorragie lievi;
- aumento della pressione dell'occhio che, in alcuni casi, necessita l'intervento chirurgico.

Complicanze postoperatorie gravi (sono rarissime):

- emorragia;
- cataratta.

Complicanze meno gravi sono:

- microemorragie;
- aumento della pressione oculare transitorio;
- infiammazione (uveite).

Altre informazioni

Un intervento ben eseguito può non essere da solo sufficiente a controllare la tensione endoculare, in alcuni casi sarà necessario continuare la terapia medica locale ipotonizzante; comunque, si renderanno necessari, nel tempo, controlli clinici e strumentali.

Inoltre, anche quando con l'intervento si ottiene la normalizzazione della tensione endoculare, non si può garantire in modo assoluto l'arresto della progressione della malattia glaucomatosa; la progressione per fortuna rara, è presente specialmente nei glaucomi trascurati e nelle persone anziane: essa comporta una diminuzione progressiva del campo visivo della vista; entrano in gioco anche fenomeni di alterata circolazione del nervo ottico e dell'intero organismo.

ATTENZIONE

- 1. La pressione intraoculare si controlla sia riducendo la produzione di liquidi dell'occhio sia**
- 2. facilitandone il deflusso.**
- 3. Il trattamento laser riduce la pressione intraoculare favorendo la fuoriuscita del liquido oculare.**
- 4. E' necessario dopo l'intervento continuare a controllare la pressione oculare con controlli oculistici**
- 5. regolari.**
- 6. Può essere necessario proseguire la terapia medica dopo il trattamento laser.**
- 7. Il trattamento laser non può migliorare la capacità visiva.**

Firma del paziente (o tutore) per presa visione ed avvenuta comprensione

Firma dei genitori, se il paziente è minore d'età

.....

OCCHIO DESTRO **OCCHIO SINISTRO**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e Nome del paziente:

.....

Dati identificativi dei genitori, se minore d'età:

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale):

Nome e Cognome: _____ nato/a a _____ il _____

DATI SANITARI (a cura del medico)

Indicazione clinica: **GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO**

.....
.....

Atto sanitario proposto: **TRABECULOPLASTICA LASER SELETTIVA (SLT)**

.....

eseguita in anestesia topica.

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato e di aver consegnato il prospetto informativo.

Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott.

Data..... Timbro e firma del medico

Firma del paziente (per ricevuto prospetto informativo)

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE
PER INTERVENTO DI LASER TRABECULOPLASTICA**

Dichiaro di esser stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal dr.
e di aver compreso la patologia da cui sono affetto/a ed il trattamento proposto.

Ho inoltre compreso tutte le informazioni riportate nel prospetto informativo allegato e consegnatomi, riguardanti in particolare i vantaggi, gli esiti possibili del non trattamento, le alternative e le complicanze della procedura.

Mi è stato spiegato che: **NON ESISTONO** **ESISTONO**

alternative a questo trattamento sanitario/chirurgico, con i loro potenziali vantaggi e svantaggi, e cioè:

.....
.....
Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e alle sue possibili complicanze:

DOMANDA:

RISPOSTA:

DOMANDA:

RISPOSTA:

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Allergie: **no** **sì**

Se donna in età fertile: conferma di **essere** **non essere** in stato di gravidanza.

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<u>all'effettuazione della procedura su indicata.</u>
<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	
Recepita l'informazione ricevuta	
Data	Firma del paziente

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO**

l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'intervento, nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intraoperatorie che le hanno motivate.

Udine, ___ / ___ / _____

Firma del paziente (o del tutore)

Firma del Medico

ATTO DI REVOCA del consenso all'intervento di _____.

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, ___ / ___ / _____ Il Dichiarante _____ Il Medico _____