



## **SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE ORBITARIA**

Predisposta dalla Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica  
Approvata dalla Società Oftalmologica Italiana - Gennaio 2017

Lei è affetto in OD/OS/OO da \_\_\_\_\_

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le viene proposto, sui risultati e sui possibili rischi.

### **L'orbitopatia tiroide correlata**

L'orbitopatia tiroide correlata (OTC) è una malattia su base autoimmune che colpisce la regione orbitaria, caratterizzata da una fase attiva con segni clinici tipici, e da una fase di non attività, in cui tendono a stabilizzarsi l'esoftalmo (protrusione del bulbo oculare), la retrazione palpebrale e i disturbi della motilità oculare.

Il trattamento della fase attiva dell'OTC consiste nell'uso di farmaci che modulano il sistema immunitario e che regolano l'attività infiammatoria. Gli immunosoppressori più utilizzati sono gli steroidi ad alto dosaggio, somministrati per via endovenosa.

### **L'intervento chirurgico**

In accordo col medico curante è preferibile sospendere la somministrazione di Aspirina o di altri farmaci antiaggreganti per le due settimane che precedono l'intervento. In caso di terapia anticoagulante, il protocollo di sospensione e ripresa della terapia andrà studiato attentamente col medico curante.

L'intervento viene eseguito in un ambiente sterile (sala operatoria), normalmente in anestesia generale.

Lo scopo dell'intervento di decompressione orbitaria è la riabilitazione chirurgica delle alterazioni anatomiche e funzionali che si sono prodotte nell'orbita e nei tessuti perioculari a causa dell'esoftalmo determinato dall'OTC. In particolare, vi è indicazione all'esecuzione di una decompressione orbitaria in caso di otticopatia compressiva (deficit visivo da compressione e conseguente danno del nervo ottico), di cheratopatia da esposizione (danni corneali determinati dall'esoftalmo), e/o per ridurre l'esoftalmo disfigurante, prevenendo possibili danni della superficie oculare. Normalmente l'intervento si esegue in una fase di non attività della malattia, ma talvolta è possibile eseguirlo in fase attiva in condizioni di particolare urgenza.

L'intervento prevede la rimozione chirurgica di alcune pareti ossee, più frequentemente la parete mediale ed inferiore dell'orbita attraverso un approccio transpalpebrale inferiore, retrocaruncolare (a livello della porzione mediale dell'occhio, partendo dalla congiuntiva, la membrana che riveste l'occhio), attraverso un'incisione della congiuntiva del fornice inferiore, o per via endoscopica endonasale, a seconda delle caratteristiche del paziente o delle preferenze del chirurgo. La parete laterale dell'orbita viene rimossa in genere attraverso un'incisione a livello del canto laterale (giunzione laterale tra palpebra superiore ed inferiore) che può associarsi ad una incisione della congiuntiva del fornice inferiore e/o a livello delle pieghe presenti a livello della palpebra superiore o inferiore.



L'intervento di decompressione ossea può essere associato alla rimozione di parte del tessuto adiposo orbitario. In casi selezionati è possibile decomprimere l'orbita eseguendo esclusivamente una decompressione adiposa, asportando cioè il tessuto adiposo orbitario senza la rimozione delle pareti ossee, utilizzando un accesso palpebrale o congiuntivale. L'entità di riduzione dell'esoftalmo varia da paziente a paziente ed è generalmente maggiore in caso di decompressione simultanea di più pareti.

Durante la chirurgia si possono verificare situazioni inaspettate che possono talvolta richiedere la realizzazione di procedure aggiuntive che non erano state previste dal chirurgo. È pertanto necessario autorizzare il chirurgo a prendere la decisione ritenuta più appropriata – seppure differente da quanto programmato originariamente - sulla base di particolari reperti intraoperatori.

Durante l'intervento possono essere posizionati drenaggi e/o tamponi endonasali, da rimuoversi nei giorni successivi

### **Dopo l'intervento**

Dopo l'intervento possono essere applicati sull'occhio o sugli occhi operati un bendaggio lievemente compressivo o del ghiaccio per alcune ore. È necessario rispettare un riposo assoluto con la testa sollevata durante le prime 24 ore dall'intervento. È consigliabile inoltre dormire per alcuni giorni in posizione supina con due cuscini.

Sarà prescritta una terapia antibiotica per via generale, spesso associata a steroidi e ad una terapia locale con colliri e pomate per 2 o più settimane.

In caso di decompressione di due o tre pareti si consiglia ai pazienti di non soffiare il naso, di non volare e di non eseguire immersioni per almeno 3 settimane.

Le suture vengono rimosse generalmente tra il quinto e il quattordicesimo giorno dopo l'intervento.

Dopo l'intervento si manifestano normalmente, ed in maniera variabile da individuo ad individuo, edemi, ecchimosi e discromie della cute perioculare destinati a scomparire in un periodo di tempo variabile, generalmente compreso tra 15 e 30 giorni, così come arrossamento oculare, edema della congiuntiva, aumento della lacrimazione e fotofobia con un certo offuscamento della visione. Tali effetti collaterali persistono generalmente per pochi giorni.

Non è consigliabile guidare l'auto nelle prime 48-72 ore.

Non si devono fare sforzi fisici nei primi 14 giorni (attività sportiva o lavori pesanti).

Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto per 2-4 settimane.

Non è consigliabile l'esposizione al sole nei due mesi successivi all'operazione.

La negligenza nel seguire la terapia postoperatoria o nel garantire l'igiene della ferita chirurgica (come ad esempio lo sfregarsi la palpebra operata prima che la cicatrice sia consolidata) ed il mancato rispetto dei controlli specialistici possono influenzare negativamente il risultato ed essere causa di complicanze.

### **Trattamenti alternativi**

Non esistono trattamenti chirurgici alternativi alla decompressione per la riduzione dell'esoftalmo. Per la terapia dell'otticopatia compressiva possono essere valutati trattamenti medici con steroidi ad alto dosaggio o altri farmaci immunosoppressori, o con anticorpi monoclonali o, in alcuni casi, la radioterapia. Queste terapie possono precedere o essere proposte ed eventualmente eseguite successivamente alla decompressione orbitaria in caso di riattivazione della malattia.



## **Mancato trattamento**

In caso di otticopatia compressiva il mancato trattamento può comportarne il peggioramento. In caso di cheratopatia da esposizione l'assenza di trattamento può portare ad una perforazione corneale.

## **Complicanze**

L'intervento di decompressione prevede la possibilità che si verifichino alcune complicanze.

- **Emorragie ed infezioni:** queste evenienze possono verificarsi nelle prime ore o nei primi giorni dopo l'intervento oppure anche più tardivamente (settimane). Il chirurgo le spiegherà tutte le misure necessarie per limitare questi rischi (riposo e terapia antibiotica), ed è molto importante che il paziente segua alla lettera queste raccomandazioni. Un sanguinamento eccessivo si può manifestare durante e più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici normali e con tecniche chirurgiche adeguate. Tale sanguinamento può produrre degli ematomi che possono rendere necessario un drenaggio: pertanto la presenza di un'emorragia può determinare la necessità di un reintervento al fine di preservare il mantenimento della funzione visiva.
- **Deiscenza (apertura) di una parte della ferita chirurgica,** per scarsa cicatrizzazione; può essere necessario, quando ampia, suturare nuovamente la zona.
- **Perdita di un certo numero di ciglia,** può essere una rara complicanza più spesso transitoria.
- **Comparsa di piccole cisti in corrispondenza dei punti di sutura.** Spesso si risolvono spontaneamente con il tempo, altrimenti possono essere rimosse
- **Comparsa di piccole emorragie sottocongiuntivali** (appaiono come macchie rosse sulla sclera). Si riassorbono spontaneamente in alcuni giorni.
- **Chemosi congiuntivale persistente** (sollevamento della membrana trasparente che avvolge l'occhio per raccolta di liquido), normalmente si risolve spontaneamente in un periodo variabile.
- **Disepitelizzazioni ed ulcere corneali:** possono richiedere un trattamento medico, lenti a contatto e terapie locali con colliri o pomate, ma anche rendere necessarie ulteriori procedure chirurgiche.
- **Epifora (lacrimazione)** è possibile che si verifichi un danno delle vie lacrimali in caso di decompressione della parte mediale dell'orbita. L'epifora a seconda dei casi può essere definitiva o suscettibile di trattamenti medici e/o chirurgici.
- **Edemi periorbitari** persistenti per alcune settimane.
- **Asimmetria del risultato:** può essere rilevabile una differenza di protrusione dei due occhi anche in relazione al normale grado di asimmetria che caratterizza molte persone; può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico per la correzione dell'esoftalmo o enoftalmo residuo.
- **Variazioni nella refrazione** con conseguente necessità di adottare o cambiare correzione ottica



- **Cicatrici antiestetiche ed ipertrofiche** sulla palpebra: rare, ma possibili.
- **Iperpigmentazione cutanea**, sempre transitoria, talvolta necessita l'uso prolungato di creme schiarenti e di filtri solari.
- **Irregolarità localizzate del profilo palpebrale** per le quali può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.
- **Inversione delle ciglia ed entropion, eversione delle ciglia ed ectropion, irregolarità della piega della palpebra superiore e prolasso congiuntivale**: possono richiedere un ulteriore intervento.
- **Apertura della cicatrice corneale in pazienti precedentemente sottoposti ad intervento di cataratta**
- **Deficit visivi**: la perdita parziale o totale della funzione visiva può essere conseguenza accidentale di qualsiasi intervento alla regione periorbitale e orbitaria. Si considera che l'incidenza di questa complicanza sia molto bassa (<1/1000), ma deve essere ritenuta possibile e compresa.
- **Diplopia** (visione doppia): questo disturbo può verificarsi dopo l'intervento in conseguenza delle alterazioni del bilanciamento muscolare che si può verificare dopo l'ampliamento dello spazio orbitario. La diplopia preesistente all'intervento può permanere immutata, oppure modificarsi ed eventualmente peggiorare dopo l'intervento. Nei pazienti che non hanno diplopia prima dell'intervento la visione doppia può insorgere proprio in conseguenza dell'intervento. La visione doppia può interessare ogni momento della vita del paziente ed essere presente anche in posizione primaria di sguardo (quando si guarda dritto), oppure verificarsi durante una specifica posizione di sguardo (verso il basso, laterale o verso l'alto) o in più posizioni di sguardo. Il rischio di diplopia di nuova insorgenza è di circa il 10% nei pazienti con orbitopatia stabilizzata quando il paziente non ha alterazioni della motilità extraoculare; in altre circostanze il rischio varia dal 30% al 40%. La diplopia può essere temporanea e risolversi spontaneamente oppure può essere definitiva. In tal caso può essere corretta o con occhiali con correzione prismatica oppure può rendersi necessario un intervento chirurgico correttivo. In caso di insorgenza o di modificazioni della diplopia andrebbe evitata la guida di auto e motoveicoli.
- **Anestesia o ipoestesia della cute della guancia, del labbro, delle gengive e dell'arcata superiore**. Questo disturbo può essere temporaneo e durare fino a sei mesi oppure permanente.
- **Alterazioni del nervo facciale**, con deficit funzionali di motilità del sopracciglio ed altri disturbi motori correlati. Tali alterazioni possono essere transitorie e di durata fino a sei mesi, o permanenti.
- **Ipogloblo**: in alcuni casi la rimozione del pavimento dell'orbita può determinare l'abbassamento del bulbo oculare nel seno mascellare per cui potrebbe essere necessaria una correzione chirurgica secondaria.
- **Oscillopsia** (tremore delle immagini durante la masticazione): presente nel periodo post-



operatorio in alcuni pazienti, ma per lo più autorisolvendosi.

- **Sinusite:** successivamente ad una decompressione può verificarsi l'ostruzione degli osti dei seni mascellare e etmoidale. Tale evenienza può verificarsi anche a distanza di molto tempo dalla decompressione stessa e può richiedere trattamento medico oppure una chirurgia dei seni paranasali endoscopica (FESS) per riaprire l'ostio e permettere la cura della sinusite.

- **Fratture della base cranica:** nonostante molto rara, questa è un'evenienza possibile in alcuni tipi di decompressione e può avere ripercussioni sul sistema nervoso centrale con fuoriuscita di liquor cefalorachidiano e necessità di procedure neurochirurgiche aggiuntive. Molto raramente si può determinare un'infezione a carico del sistema nervoso centrale.

**La decompressione orbitaria non corregge le alterazioni della motilità extra-oculare, né la retrazione palpebrale,** che possono tuttavia subire modificazioni a seguito di questo intervento. Per la correzione delle alterazioni di motilità e della retrazione sono necessari generalmente altri interventi specifici da eseguirsi in tempi successivi; pertanto la riabilitazione funzionale di un paziente affetto da OTC è un processo complesso che prevede normalmente una serie di interventi chirurgici da eseguirsi in più fasi.

#### **TEST DI ACQUISIZIONE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE IN QUESTA SCHEDA**

*Il paziente scrive di suo pugno la risposta accanto ad ogni domanda*

- 1) Ha chiaramente compreso che l'obbiettivo di questo intervento è il trattamento, anche preventivo, dell'otticopatia compressiva e la riduzione dell'esoftalmo (protrusione del bulbo oculare)?
- 2) Ha chiaramente compreso che dopo l'intervento può manifestarsi o modificarsi la presenza di diplopia (visione doppia) e che le palpebre dell'occhio operato potranno avere un'altezza diversa da quella delle palpebre dell'altro occhio?
- 3) Ha chiaramente compreso che una rara complicanza di questo intervento può essere la perdita della visione nell'occhio operato?

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_



## ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_ nell'occhio \_\_\_\_\_

### dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse
- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza
- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di \_\_\_\_\_
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento
- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo

- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

- di aver ricevuto le informazioni in data \_\_\_\_\_ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

**pertanto rilascia il consenso all'intervento di \_\_\_\_\_ in occhio \_\_\_\_\_**



**SOI**  
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani  
ENTE MORALE  
dal 1869 a difesa della vista

Timbro della struttura che rilascia la scheda  
informativa

**e autorizza l'equipe chirurgica**

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata
- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento
- a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma leggibile di chi riceve il presente documento \_\_\_\_\_