



SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI ORBITOTOMIA

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 rischi.

Neoformazioni orbitarie

L'orbita comprende l'insieme delle strutture ossee orbitarie, il bulbo oculare, i muscoli responsabili dei movimenti oculari, il nervo ottico, i fasci vascolo-nervosi, ed il tessuto adiposo che riempie gli spazi tra tutte queste strutture. Ogni parte anatomica dell'orbita può essere interessata da una crescita cellulare anomala per localizzazione e per natura.

Le neoformazioni orbitarie possono svilupparsi sia in età adulta che nell'infanzia; sono di più frequente riscontro le neoformazioni benigne o a bassa malignità. Nei bambini la maggior parte delle masse orbitarie è il risultato di anomalie di sviluppo, come ad esempio le cisti dermoidi. Negli adulti sono relativamente comuni le neoformazioni vascolari benigne, come l'emangioma cavernoso. A volte è necessario escludere la presenza di una neoplasia maligna prelevando un campione di tessuto neofornato, o di porre diagnosi differenziale tra una malattia infiammatoria ed una sospetta neoplasia. Talvolta neofornazioni a partenza da strutture circostanti come le cavità sinusali, il cervello e le cavità nasali possono invadere per contiguità la regione orbitaria. Sono anche possibili localizzazioni secondarie di altre neoplasie.

La crescita di una neofornazione orbitaria può determinare:

- Esoftalmo progressivo (protrusione del bulbo oculare).
- Dolore.
- Diminuzione del visus.
- Alterazioni della sensibilità della zona perioculare.
- Diplopia (visione sdoppiata).
- Arrossamento e tumefazione della regione orbitaria e delle palpebre.
- La presenza di una massa palpabile o direttamente visibile al di sopra o al di sotto delle palpebre o nello spazio tra bulbo e palpebre.

Quando viene diagnosticata una neofornazione orbitaria, o vi è il sospetto di una patologia eteroformativa dell'orbita, è necessario eseguire degli esami radiologici (TAC e/o RMN); in alcuni casi può essere utile eseguire un'ecografia orbitaria o altri esami specifici. L'esame clinico associato ai risultati di questi esami permette generalmente di formulare un'ipotesi diagnostica più precisa. È necessario un prelievo di tessuto per formulare una diagnosi di certezza. In base al risultato dell'esame istologico si potrà valutare, a seconda del tipo di neofornazione presente, la necessità di ulteriori consulenze specialistiche e di successivi approcci terapeutici come un ulteriore intervento chirurgico, la radioterapia o la terapia medica.

Trattamento chirurgico

Lo scopo dell'intervento chirurgico di orbitotomia consiste nella rimozione completa o parziale della lesione orbitaria, laddove possibile e/o necessario, o nell'ottenere una quantità di tessuto tale da rendere possibile la diagnosi istopatologica della lesione.



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. È possibile utilizzare l'anestesia locale con sedazione in alcuni casi. L'incisione chirurgica si effettua solitamente in corrispondenza di pieghe cutanee già esistenti: piega palpebrale superiore o inferiore, sopracciglio, etc. Esistono anche delle vie d'accesso congiuntivali, che non lasciano una cicatrice visibile (la congiuntiva è la mucosa che riveste il bulbo oculare e la faccia interna delle palpebre). Per accedere ad una lesione più posteriore, cioè situata più in profondità nell'orbita, la via di accesso è più complessa: generalmente si deve rimuovere parte delle strutture ossee per arrivare alla zona interessata (di solito si asporta la parete ossea laterale, che viene poi riposizionata). A volte può rendersi necessario il distacco temporaneo di uno o più muscoli extra-oculari dal bulbo oculare. In casi selezionati il chirurgo può utilizzare anche una via di accesso coronale che sarà poi mascherata dai capelli. Tale incisione permette di ribaltare lo scalpo per poter così accedere all'orbita. In altri casi si utilizza un accesso endoscopico transnasale. Spesso è necessario lasciare in sede un drenaggio che sarà rimosso nei giorni successivi all'intervento, quando sarà ritenuto opportuno.

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. 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. Solitamente la zona operata si presenta infiammata. E' normale la presenza di un ematoma. Progressivamente la regione orbitaria riacquista il suo aspetto normale, ma questo può richiedere qualche settimana e in qualche caso addirittura alcuni mesi. Una lieve diminuzione dell'acuità visiva e una visione sdoppiata sono frequenti nell'immediato postoperatorio e generalmente sono transitori. Il dolore raramente si presenta di gravità tale da dover effettuare una terapia antidolorifica successivamente alle prime 24 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.

L'attività professionale, l'uso di macchinari o strumenti pericolosi, la guida di auto sono sconsigliati per un periodo limitato che sarà definito dal chirurgo. Nel caso la lesione si riveli essere di natura maligna sarà necessario effettuare frequenti controlli specialistici o ulteriori accertamenti per valutare l'eventuale estensione locale e generale della patologia. 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.

Se l'esame istologico rivela la natura maligna della neoformazione è necessario un trattamento multidisciplinare che può richiedere anche chemioterapia e/o radioterapia.

SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI ORBITOTOMIA



In rari casi – più frequentemente in caso di biopsia incisionale – l'esame istologico può fornire risultati non dirimenti.

Alcuni tumori richiedono un trattamento più specifico:

- Alcuni tumori vascolari possono beneficiare di un'embolizzazione: vengono ostruiti i vasi che costituiscono la lesione tumorale e ciò ne determina la regressione. Il radiologo interventista accede alla lesione mediante una sonda spinta all'interno dei vasi e inietta direttamente nel tumore delle sostanze embolizzanti.
- Alcuni tipi di neoformazione necessitano di terapia con corticosteroidi o radioterapia.

Trattamenti alternativi

Non esistono trattamenti chirurgici alternativi all'orbitotomia per la diagnosi e/o l'asportazione di una neoformazione orbitaria. In casi selezionati, è possibile ricorrere ad un ago aspirato (FNAC-fine needle aspiration cytology) della lesione.

Mancato trattamento

L'intervento chirurgico rappresenta l'unica modalità possibile per ottenere una diagnosi istologica di una neoformazione orbitaria. Alcuni tipi di lesione possono essere monitorati nel tempo con opportuno follow-up clinico e radiologico.

Complicanze

L'intervento di orbitotomia 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 formare degli ematomi che se molto pronunciati necessitano di un drenaggio, e pertanto la presenza di un'emorragia può rendere necessario 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.
- **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 e/o edemi periorbitari persistenti per alcune settimane.
- **Disepitelizzazioni ed ulcere corneali** sono possibili soprattutto in caso di ampie perdite di sostanza con ricostruzioni che coinvolgono il margine palpebrale e specialmente la palpebra superiore. Queste 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 una frequente complicanza postoperatoria quando la neoformazione è vicina o coinvolge le vie lacrimali. Non sempre infatti in questi casi è possibile risparmiare le vie lacrimali o ricostruirle. L'epifora a seconda dei casi può essere definitiva o suscettibile di trattamenti medici e/o chirurgici.
- **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.
- **Perdita della vista:** la manipolazione chirurgica di uno spazio piccolo e complesso quale è la cavità orbitaria può causare perdita della vista (dal lato operato) in relazione ad alterazioni vascolari ischemiche o meccaniche del nervo ottico.
- **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 e senza possibilità di risolversi.
- **Diplopia (visione doppia):** la manipolazione chirurgica dell'orbita può provocare alterazioni della motilità oculare, sia per effetto meccanico che per alterazione dell'innervazione motoria dei muscoli extraoculari, e dunque la comparsa di visione doppia (diplopia) nel post-operatorio. 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.
- **Ptosi palpebrale (abbassamento della palpebra superiore):** nell'immediato post-operatorio si può avere una ptosi palpebrale "meccanica", dovuta all'edema, che in genere si risolve spontaneamente in due-tre settimane; in alcuni casi la ptosi può essere dovuta ad alterazione dell'innervazione motoria del muscolo elevatore e, se non si risolve spontaneamente nell'arco di sei mesi, può rendere necessario un intervento chirurgico.
- **Liquorrea** (perdita di liquor cefalorachidiano): durante la chirurgia orbitaria, nel caso in cui vengano manipolate le strutture ossee che formano l'orbita, è possibile che si produca una comunicazione involontaria con lo spazio endocranico, con conseguente perdita di liquido cefalorachidiano; è possibile praticare talvolta una riparazione contestualmente all'intervento, ma talvolta si rende necessario un nuovo intervento chirurgico. Molto raramente si può determinare un'infezione a carico del sistema nervoso centrale.
- **Mancato reperimento della lesione:** in rari casi non è possibile reperire lesioni espansive evidenziate in esami diagnostici eseguiti prima dell'intervento.
- **Impossibilità di asportazione della neoformazione:** in rari casi, soprattutto in caso di neoformazioni posizionate posteriormente nell'orbita, o per difficoltà di clivaggio di lesioni adese a strutture vascolo-



nervose, il chirurgo può decidere di non eseguire l'asportazione della neoformazione e riservarsi di valutare successivamente un differente accesso chirurgico o suggerire il monitoraggio clinico della lesione.

- **Perforazione del bulbo oculare:** incidenti chirurgici come la perforazione involontaria del bulbo oculare possono accadere nonostante il chirurgo abbia preso tutte le precauzioni necessarie per evitarlo.

Durante la chirurgia si possono verificare situazioni inaspettate che possono talvolta richiedere la realizzazione di procedure addizionali che non erano state previste dal chirurgo. L'approccio chirurgico definitivo può mutare durante l'esecuzione dell'intervento, e può dipendere, nel caso specifico, dal risultato di un'eventuale biopsia intraoperatoria, che può confermare o in alternativa modificare la diagnosi clinica verso cui si era orientati. È pertanto necessario autorizzare il chirurgo a prendere la decisione ritenuta più appropriata – seppure differente da quanto programmato originariamente - sulla base del risultato della biopsia intraoperatoria o di particolari reperti intraoperatori.

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 la diagnosi della natura della neoformazione orbitaria, ed eventualmente la sua asportazione, ma che in alcuni casi non è possibile reperire lesioni espansive evidenziate con esami diagnostici eseguiti prima dell'intervento, che talvolta non è possibile avere una diagnosi istologica certa e che talvolta si rende necessario ripetere a distanza di tempo il prelievo bioptico?
- 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

SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI ORBITOTOMIA

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



SOI
Società Oftalmologica Italiana

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

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa

pertanto rilascia il consenso all'intervento di _____ in occhio _____

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 _____

**SCHEDA INFORMATIVA
SULL'INTERVENTO DI ORBITOTOMIA**

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