Studio Oculistico
Delorenzi

Intervento per glaucoma: iridotomia yag laser

Informazione al paziente
Con il termine di glaucoma si intende una varietà di quadri clinici caratterizzati da aumento della pressione (tono) oculare, da alterazioni del nervo ottico e del campo visivo.
In particolare il glaucoma ad angolo stretto è una particolare forma di glaucoma, frequente negli ipermetropi elevati, caratterizzata dalla difficoltà dell'umore acqueo a defluire dalle strutture a ciò deputate, e cioè l'angolo irido-corneale, a causa della sua ampiezza ridotta.
In particolari condizioni (permanenza al buio, uso di farmaci midriatici locali o generali, lettura protratta, emozioni ecc.), si può scatenare un attacco di glaucoma acuto, caratterizzato da un violento dolore in regione peri-orbitaria, spesso associato a nausea e notevole compromissione della vista, il più delle volte non reversibili.

Indicazioni
L'intervento di iridotomia yag laser è il mezzo più efficace per trattare l'attacco di glaucoma acuto. Il trattamento laser ha lo scopo di modificare il sistema oculare di deflusso per ottenere che l'umore acqueo circoli all'interno più facilmente. La laser terapia è risolutiva, nella grande maggioranza dei casi.
Esistono trattamenti alternativi medici, anche se non sempre risolutivi, e chirurgici (iridectomia chirurgica, che richiede maggiori difficoltà tecniche e organizzative).
Indicazioni sono:
z glaucoma acuto in atto;
z profilassi nel glaucoma ad angolo stretto.
Il mancato intervento espone alla possibilità di avere un attacco di glaucoma acuto con grave compromissione della vista.

Modalità di esecuzione
La fotocoagulazione al laser utilizza una luce capace di trasportare una certa quantità di energia che sarà indirizzata ad un luogo preciso dell'occhio. Può creare una cicatrice, coagulare un vaso, distruggere un tessuto anormale.
Esistono diversi tipi di laser capaci di emettere raggi di colori diversi, dal blu all'infrarosso: laser argon, laser krypton, laser a diodi, laser Nd-Yag.
Iltrattamentoè diretto sull'iride, alla sua periferia.
Il trattamento si effettua solitamente in ambulatorio mediante laser Nd-Yag in anestesia topica, con l'instillazione di un collirio anestetico (novesina ecc.) previa instillazione di pilocarpina e di antinfiammatori.
Il paziente è seduto davanti all'apparecchio. Un certo numero di impatti laser saranno applicati in genere con l'interposizione di una lente posta sull'occhio, che realizzano un piccolo foro sull'iride. La durata del trattamento non supera i 4-5 minuti a seduta.
Nella maggioranza dei casi il trattamento è risolutivo. In alcuni casi non è sufficiente e necessita di un trattamento chirurgico.

Complicanze ed effetti collaterali
Incidenti o difficoltà durante l'intervento: sensazione di abbagliamento che potrà prolungarsi durante il trattamento. Il trattamento normalmente è poco doloroso. In alcuni può causare un malessere vagale e giustificare l'assunzione di un farmaco.
Effetti indesiderati: nelle prime ore post-intervento: capogiro, vista annebbiata, mal di testa, dolore, che spariranno nelle ore successive.
Le complicanze gravi della fotocoagulazione laser sono rare.
Eccezionalmente si possono verificare complicanze intraoperatorie e complicanze postoperatorie.

Complicanze intraoperatorie
- Emorragia iridea.

Complicanze postoperatorie
- Edema maculare cistoide.
- Distacco di retina.
- Aumento transitorio della pressione oculare.
- Processi infiammatori del segmento anteriore.

Modello di Consenso Informato

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.
Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, e il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.
È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare e in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.
Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.
La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dott. Giorgio Delorenzi mi ha illustrato la natura dell'intervento (Iridotomia yag laser) e la tecnica con la quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.
Sono in particolare stato informato che subito dopo la seduta di fotocoagulazione laser potrò avvertire una sensazione di abbagliamento che potrà prolungarsi dopo il trattamento. Inoltre, nella prima ora si può avvertire capogiro, vista annebbiata, mal di testa e dolore che spariranno nell'ora successiva.
Inoltre sono stato messo al corrente che tale tecnica para-chirurgica può determinare rischi o complicanze per cause non inerenti al buon operato del medico, quali: edema maculare cistoide, distacco di retina, attacco di glaucoma acuto, infiammazioni del segmento anteriore, emorragia iridea.

Mi sono state segnalate le procedure alternative a tale tecnica para-chirurgica (terapia medica locale e generale, terapia chirurgica).
Mi viene confermato che durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmeranno unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io Sottoscritto.....

Nato il.....

letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti ACCONSENTO a essere sottoposto all'intervento parachirurgico di iridotomia yag laser all'occhio ..... per..... all'occhio .....

La natura e il fine del trattamento, nonché gli eventuali effetti collaterali e le controindicazioni mi sono stati spiegati in modo soddisfacente.

Data .....

Firma del Paziente .....

Sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni

.....