

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____**data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>La ptosi è l'abbassamento della palpebra superiore oltre il livello considerato normale. L'abbassamento della palpebra determina una riduzione del campo visivo e nel bambino, nelle prime fasi di sviluppo, può costituire un impedimento allo sviluppo della funzione visiva. La ptosi può essere congenita, a volte bilaterale, ed è causata da una distrofia del muscolo preposto all'elevazione della palpebra. La ptosi può essere acquisita ed è causata di solito da involuzione senile del tendine del muscolo elevatore, paralisi del terzo nervo cranico, miastenia, miopatie e traumi.</p>
Trattamento proposto:	<p>Correzione chirurgica di PTOSI PALPEBRALE _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Lato <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale</p>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>L'intervento chirurgico ha lo scopo di migliorare la funzionalità della palpebra. Esistono diverse opzioni chirurgiche che sono in relazione al tipo di ptosi ed al grado di funzionalità del muscolo che eleva la palpebra.</p> <p>È possibile eseguire interventi di rinforzo del muscolo elevatore, di riposizionamento e avanzamento del suo tendine (aponeurosi) o di sospensione della palpebra al muscolo frontale, con materiale autologo (cioè prelevato dal paziente, con cicatrici anche in altra sede) o eterologo (cioè sintetico, come silicone o goretex).</p> <p>In caso di associata dermatocalasi, ossia eccesso cutaneo palpebrale, è possibile che venga associata alla procedura anche l'asportazione dell'eccesso cutaneo.</p> <p>L'intervento chirurgico proposto nel caso specifico consiste in _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Viene eseguito normalmente in anestesia locale associata o meno a sedazione, e solo in casi particolari o nell'infanzia in anestesia generale; in accordo con l'anestesista, al quale compete la scelta finale del tipo di anestesia più appropriato. Ha una durata generalmente di circa un'ora e mezza-due ore.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p> <p>È possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse delle variabili e/o non possibile effettuare una correzione della ptosi.</p>

Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore, a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. Ci sono edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, ecchimosi e discromie della cute perioculare, per i primi 7-14 giorni, che poi iniziano a ridursi anche se permangono, a seconda dell'individuo, per alcune settimane o mesi. Si manifestano normalmente arrossamento oculare, aumento della lacrimazione e fotofobia con un certo offuscamento della visione, generalmente per pochi giorni.</p> <p>Vanno applicati ghiaccio per i primi 3 giorni e colliri e/o pomate per 10-14 giorni. La zona operata va mantenuta a riposo per i primi 14 giorni. La medicazione non va rimossa o bagnata per 10-14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza. Il capo va mantenuto sollevato di circa 45°, mediante 2-3 cuscini, per 7-10 giorni. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo circa 7 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. È sconsigliato l'uso di lenti a contatto per 2 settimane. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività lavorative pesanti per almeno 14 giorni. Non guidare l'auto nelle prime 48-72 ore.</p> <p>A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+ per 8 -12 mesi.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Le conseguenze al non intervento sono: possibile progressiva ulteriore diminuzione della funzione visiva.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche. Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INFEZIONE: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus, è curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Avviene raramente e sono a maggior rischio pazienti immunodepressi o anziani. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. - SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo, può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. È importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che

	<p>assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. È possibile la comparsa di piccole emorragie sottocongiuntivali (macchie rosse sulla sclera) che si riassorbono spontaneamente in alcuni giorni.</p> <p>- EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per evacuazione dello stesso ed una migliore emostasi. Se avviene in profondità può rappresentare un pericolo per la funzione visiva. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti.</p> <p>- SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico.</p> <p>- CICATRICE PATOLOGICA: tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un avvallamento di cute e sottocute. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito. Sono a maggior rischio: pazienti con pigmentazione scura della pelle, particolari regioni anatomiche (regione deltoidea, tronco, regione sternale, orecchio), storia familiare di cicatrici patologiche, gravidanza e giovane età. Cicatrici patologiche ed antiestetiche sulla palpebra sono rare ma possibili.</p> <p>- ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA': parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e la circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente). La perdita transitoria della sensibilità palpebrale per interruzione dei piccoli rami nervosi sensitivi superficiali è normale e si risolve generalmente nel giro di qualche mese.</p> <p>- NECROSI DEI LEMBI CUTANEI e/o DEISCENZA DELLA FERITA CHIRURGICA: raramente, sofferenza della cute circostante e apertura della ferita chirurgica. Se la deiscenza è ampia, può essere necessario effettuare una revisione chirurgica.</p> <p>- IPERCORREZIONE DELLA PTOSI: la retrazione palpebrale spesso si risolve con il massaggio della palpebra verso il basso; raramente se eccessiva è necessario eseguire un ulteriore intervento correttivo.</p> <p>- IPOCORREZIONE DELLA PTOSI: frequente, può richiedere un ulteriore intervento chirurgico.</p> <p>- PERSISTENZA DELLA PTOSI: spesso legata al gonfiore dei tessuti operati e quindi temporanea, si risolve con il riassorbimento dell'edema; talvolta definitiva per cui può</p>
--	--

essere necessario re intervenire a distanza. Di rado può verificarsi un danno sul muscolo elevatore della palpebra.

- LAGOFTALMO: incapacità di chiudere perfettamente l'occhio, se di lieve entità è normalmente tollerato con l'uso di pomate lubrificanti e/o lacrime artificiali. In caso non fosse tollerabile, può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.

- SECCHENZA OCULARE: in alcuni casi si possono manifestare secchezza oculare e sofferenza corneale, più frequentemente in soggetti già affetti da secchezza oculare. Generalmente si risolve spontaneamente, ma talvolta richiede l'uso anche prolungato di lubrificanti oculari.

- CISTI: raramente, piccole cisti possono comparire in corrispondenza dei punti di sutura, spesso si risolvono spontaneamente con il tempo, altrimenti possono essere rimosse.

- CHEMOSI CONGIUNTIVALE: sollevamento della membrana trasparente che avvolge l'occhio per raccolta di liquido, si risolve spontaneamente entro alcuni giorni.

- DIPLOPIA: visione doppia, raramente si può manifestare nell'immediato postoperatorio e per un breve periodo di tempo; è dovuta nella maggior parte dei casi all'effetto dell'anestetico sulla muscolatura oculare.

- CECITA': perdita della visione, evenienza rarissima, ma descritta in letteratura, dovuta ad emorragia intra orbitaria o a infezione orbitaria, complicanze normalmente gestibili con il drenaggio dell'ematoma e con la terapia antibiotica.

- VARIAZIONI DELLA RIFRAZIONE: raramente, con conseguente necessità di adottare o cambiare occhiale.

- IPERPIGMENTAZIONE CUTANEA: raramente, generalmente transitoria, può necessitare l'uso prolungato di creme schiarenti e di filtri solari.

- ENTROPION con inversione delle ciglia o ECTROPION con eversione delle ciglia, IRREGOLARITA' DELLA PIEGA PALPEBRALE SUPERIORE e PROLASSO CONGIUNTIVALE, IRREGOLARITA' DEL PROFILO PALPEBRALE: raramente, possono richiedere ulteriori interventi.

- PERDITA DI CIGLIA: la perdita di un certo numero di ciglia, può essere una rara complicanza più spesso transitoria.

- ESPOSIZIONE DEI FILI DI SOSPENSIONE: in caso di tecnica di sospensione al muscolo frontale, si può verificare esposizione con sovra infezione dei fili necessitante rimozione degli stessi.

- ASIMMETRIA e/o DEFORMITA' DELLA REGIONE OPERATA: potrebbe evidenziarsi un'asimmetria del risultato, sia in posizione primaria (nello sguardo dritto davanti), che in altre posizioni di sguardo (ad esempio nello sguardo in basso) può essere rilevabile una differenza di posizione della palpebra tra i due occhi anche in relazione al normale grado di asimmetria che caratterizza molte persone. Con possibile peggioramento estetico e funzionale. È frequente una minima asimmetria. Raramente può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.

- REINTERVENTI: necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della patologia o per prosecuzione dell'iter demolitivo e ricostruttivo.

Eventuali note integrative

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Nessuna.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
