

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>La regione palpebrale può presentare diversi inestetismi che possono essere migliorati con l'intervento di blefaroplastica.</p> <p>Si presentano più frequentemente alla palpebra superiore sotto forma di eccessi cutanei che determinano delle pieghe che possono giungere a coprire tutta la palpebra, a volte oltre il bordo ciliare, limitando nei casi più gravi il campo visivo. Questi eccessi cutanei, nella palpebra inferiore, sono rappresentati da grinze spesso a decorso obliquo che possono giungere a formare veri e propri festoni. Altri inestetismi palpebrali sono rappresentati dalle "borse" adipose, determinate, sia a livello della palpebra superiore sia dell'inferiore, dalla "erniazione" del grasso posto all'interno dell'orbita. La diminuzione del grasso in determinati settori della palpebra inferiore, associata all'assottigliamento cutaneo, può determinare la formazione di solchi di colorito scuro (occhiaie). L'associazione di questi fattori conferisce agli occhi un aspetto affaticato, gonfio ed invecchiato. Oltre all'invecchiamento, altre cause possono contribuire a manifestare precocemente questi aspetti poco piacevoli: fattori genetici, patologici e/o abitudini di vita.</p>
Trattamento proposto:	<p>BLEFAROPLASTICA</p> <p><input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> inferiore</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 consiste nell'asportazione della pelle in eccesso, associata o meno alla riduzione e/o riposizionamento delle borse adipose. Può inoltre comprendere il riassetto della muscolatura palpebrale fino a poter modificare il "taglio" dell'occhio.</p> <p>Può essere eseguito sulle palpebre superiori, sulle inferiori o su entrambe.</p> <p>Viene eseguito normalmente in anestesia locale associata o meno a sedazione, e solo in casi particolari e raramente in anestesia generale; in accordo con l'anestesista, al quale compete la scelta finale del tipo di anestesia più appropriato. Ha una durata dai circa 45 minuti alle due ore.</p> <p>La blefaroplastica superiore prevede un'incisione di forma e di aspetto variabile a seconda delle indicazioni, condotta in modo da far cadere la cicatrice nella piega naturale delle palpebre e renderla poco visibile quando il paziente mantiene gli occhi aperti. L'incisione può estendersi lateralmente all'angolo esterno dell'occhio con direzione tale da confondersi con le piccole rughe di espressione presenti a questo livello. La cute in eccesso è asportata. Secondo i casi, può essere indicata la rimozione di una piccola striscia di muscolo orbicolare e la riduzione delle borse adipose. Viene suturata la ferita.</p> <p>La blefaroplastica inferiore può essere eseguita per via esterna o transconiuntivale. La blefaroplastica per via esterna comporta un'incisione cutanea che decorre pochi millimetri sotto la linea delle ciglia e si prolunga di poco lateralmente all'angolo esterno dell'occhio. Le borse adipose, secondo le tecniche, possono essere ridotte (asportate)</p>

	<p>o riposizionate per correggere eventuali difetti a livello del solco lacrimale (occhiaie). Viene rimossa la cute, se in eccesso, e suturata la ferita. La blefaroplastica transcongiuntivale comporta un'incisione attraverso la congiuntiva (faccia interna della palpebra inferiore). L'eventuale eccesso cutaneo è corretto con l'incisione cutanea subciliare o con tecniche alternative (laser assistite o peeling chimici).</p> <p>Se l'elasticità della palpebra inferiore è scarsa, possono essere attuate alcune procedure chirurgiche (ancoraggio della parte laterale della palpebra al margine dell'orbita) finalizzate a sostenere efficacemente la palpebra inferiore e quindi a ridurre al minimo l'evenienza di una sua retrazione (abbassamento) a distanza di alcune settimane dall'intervento. In alcuni casi è presente un solco sotto le borse delle palpebre inferiori; per la sua correzione è possibile procedere alla trasposizione del grasso, anziché alla sua rimozione (tecnica di Loeb-Hamra).</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento estetico-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 l'intervento.</p>
<p>Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?</p>	<p>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.</p> <p>Presenta alcuni limiti: non elimina le rughe ai lati degli occhi "zampe di gallina", che possono essere solo migliorate, indirettamente, per la distensione della palpebra realizzata dall'intervento; non corregge l'abbassamento del sopracciglio; non modifica le pigmentazioni orbitarie; non modifica l'eccesso cutaneo a livello zigomatico (borse malari).</p> <p>Nel corso del primo mese dopo la blefaroplastica, alcuni pazienti presentano un aspetto poco gradevole degli occhi, che appare inespressivo e stanco. Tale condizione, transitoria, è dovuta alla rigidità dei tessuti e delle cicatrici, che limita i più fini movimenti palpebrali, normalmente responsabili dell'espressività dello sguardo. L'assestamento dei tessuti e l'ammorbidimento delle cicatrici che si realizza nei periodi successivi consentono il ripristino di un'espressione naturale.</p> <p>Il risultato della blefaroplastica è determinato oltre che dalla scelta della tecnica operatoria, da un numero variabile di fattori, quali le condizioni fisiche del volto, la quantità di grasso presente, l'età biologica della cute, la quantità e la qualità delle rughe, la struttura ossea sottostante e le influenze ormonali. Quindi sicuramente l'entità del miglioramento è condizionata dalla situazione di partenza. La durata del risultato è individuale, in relazione a numerosi fattori costituzionali, e l'intervento non può arrestare il fisiologico processo di invecchiamento.</p>
<p>Quali sono i possibili problemi di recupero?</p>	<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 (in quest'ultimo caso può richiedere del linfodrenaggio per facilitarne la risoluzione). 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 7-10 giorni. La zona operata va mantenuta a riposo per i primi 14 giorni. La medicazione non va rimossa o bagnata per 7-10 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 14 giorni. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo circa 5-7 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.</p> <p>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?	Nessuno.
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. 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. 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 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. - 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. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico. - 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,

	<p>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. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi.</p> <p>- IPOCORREZIONE CON ECCESSO CUTANEO: un minimo eccesso cutaneo permane anche dopo l'intervento e deve essere considerato normale. In caso sia troppo evidente, può essere opportuno un intervento di correzione con asportazione di una piccola striscia di cute in anestesia locale a distanza di alcuni mesi dall'intervento iniziale.</p> <p>- ECTROPION e OCCHIO TONDO: la rimozione in eccesso della cute o un esuberante processo di cicatrizzazione può provocare il distacco della palpebra dal bulbo oculare, con esposizione della congiuntiva palpebrale e conseguente occhio rosso e lacrimazione, oppure retrazione della palpebra che lascia intravedere un'ampia parte della sclera (la porzione bianca del bulbo oculare), rendendo l'occhio innaturalmente aperto. L'esatta quantità di cute da asportare a livello della palpebra inferiore è difficile da valutare e quantificare. In questi casi può essere necessario un intervento correttivo successivo.</p> <p>- LAGOFTALMO: incapacità di chiudere perfettamente l'occhio, subito dopo l'intervento di solito è temporaneo e si risolve rapidamente. Se di lieve entità è normalmente tollerato con l'uso di pomate lubrificanti e/o lacrime artificiali. In caso non fosse tollerabile e permanga nel tempo, può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.</p> <p>- IPEREMIA CONGIUNTIVALE e/o CHEMOSI CONGIUNTIVALE: l'occhio rosso è frequente. Si accompagna spesso a gonfiore della congiuntiva. Si risolve</p>
--	--

	<p>spontaneamente nell'arco di qualche settimana con un adeguato trattamento con colliri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPIFORA: lacrimazione eccessiva, frequente, nei casi peggiori può durare qualche giorno e raramente qualche settimana. - SECCHENZA OCULARE: raramente, 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. - 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. - IPERPIGMENTAZIONE CUTANEA: raramente, generalmente transitoria, può necessitare l'uso prolungato di creme schiarenti e di filtri solari. - DANNI CORNEALI: possono essere dovuti alle caratteristiche del film lacrimale del paziente, a minimi traumi intraoperatori, o alla secchezza corneale dovuta alla prolungata apertura dell'occhio (lagofalmo, occhio tondo, ectropion). Possono richiedere una visita oculistica. - PTOSI PALPEBRALE: "caduta" della palpebra superiore che va a coprire la pupilla e dovuta all'impossibilità di sollevare la palpebra. Solitamente nelle opre successive all'intervento, la ptosi è dovuta all'effetto dell'anestetico sulla muscolatura che solleva la palpebra. Se la ptosi permane, può significare che era già preesistente, ma misconosciuta perché mascherata dall'eccesso cutaneo. - 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. - 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 ricostruttivo. <p>Eventuali note integrative</p> <hr/>
--	--

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?</p>	<p>Eccessi cutanei ed adiposi nella palpebra superiore possono essere corretti solo con la blefaroplastica superiore. Un effetto di sollevamento della palpebra superiore è dato dal lifting del sopracciglio, oppure in modo temporaneo, mediante trattamento con tossina botulinica e/o con l'uso di filler nel sopracciglio.</p> <p>La correzione delle borse palpebrali nella palpebra inferiore è una procedura esclusivamente chirurgica. Borse di modesta entità possono essere "occultate" dal lifting della parte centrale del volto. In casi selezionati una loro minor visibilità può essere ottenuta mediante infiltrazione di materiali riempitivi (grasso autologo o filler) a livello del solco lacrimale. Un modesto eccesso di cute nella palpebra inferiore può essere corretto con metodiche alternative quali il laser a CO2. Le fini rughe superficiali della palpebra inferiore possono essere corrette in contemporanea o anche in seguito con resurfacing (peeling o tecniche laser-assistite).</p>
<p>Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?</p>	<p>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.</p>

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
