**Intervento per cataratta secondaria (capsulotomia yag laser)**

# Informazione al paziente

Con il termine di cataratta secondaria si intende una opacizzazione della capsula posteriore del cristallino naturale che non viene asportata durante l’intervento di cataratta e in cui viene posizionato il cristallino artificiale.

L’opacizzazione della capsula compare in circa il 30% dei casi, negli anni seguenti all’intervento di cataratta.

Essa è responsabile della riduzione dell’acuità visiva.

# Indicazioni

L’intervento di fotocoagulazione laser è il mezzo più attuale per trattare l’opacamento secondario della capsula.

Non vi sono trattamenti alternativi medici. L’alternativa chirurgica (capsulotomia chirurgica) richiede maggiori difficoltà tecniche e organizzative.

Il non effettuare o il procrastinare l’intervento aumenta l’opacamento della capsula con ulteriore riduzione della funzione visiva, anche se il risultato finale non viene compromesso.

Indicazioni sono:

* riduzione più o meno importante della funzione visiva;
* impossibilità di visualizzare il fondo oculare.

# 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.

Il trattamento è diretto sulla capsula posteriore, al di dietro del cristallino artificiale, al centro.

Il trattamento, con laser Nd-Yag, si effettua solitamente in ambulatorio in anestesia topica, mediante l’instillazione di un collirio anestetico (novesina ecc.).

Il paziente è seduto davanti all’apparecchio. La pupilla può essere dilatata grazie all’instillazione di un collirio midriatico. Un certo numero di impatti laser saranno applicati al centro della capsula posteriore con l’interposizione di una lente posta sull’occhio. La durata del trattamento non supera i 4-5 minuti a seduta.

Nella maggioranza dei casi il trattamento è risolutivo. In alcuni rari 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 dopo 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.

Complicanze intraoperatorie

* Dislocazione del cristallino artificiale.
* Alterazioni del cristallino artificiale.

Complicanze postoperatorie

* Edema maculare cistoide.
* Distacco di retina.
* Aumento transitorio della pressione oculare.
* Processi infiammatori del segmento anteriore.
* Dislocazione tardiva del cristallino artificiale.
* Recidive della opacizzazione capsulare.

# 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. ………………………………………... mi ha illustrato la natura dell’intervento (capsulotomia 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, dislocazione del cristallino artificiale.

Mi sono state segnalate le procedure alternative a tale tecnica para-chirurgica (e cioè capsulotomia 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 capsulotomia 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

...........................................................................................................................