



# INTERVENTO COMBINATO DI CATARATTA E GLAUCOMA

## INFORMAZIONI

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Gentile Signore/ Signora,

Lei soffre di cataratta e di glaucoma responsabili, insieme e/o separatamente, di un calo alla vista.

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi.

Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

Qui di seguito vengono date informazioni prima sulla cataratta e successivamente sul glaucoma.

## **LA CATARATTA**

La cataratta consiste nella opacizzazione del cristallino, e cioè, della lente situata all'interno dell'occhio (corrispondente all'obiettivo di una macchina fotografica); occorre pertanto procedere alla sua rimozione chirurgica e posizionamento di una lente artificiale sostitutiva.

### **Tecniche alternative e conseguenze del mancato o ritardato intervento**

Gli occhiali, le lenti a contatto possono solo in parte e temporaneamente migliorare la vista del paziente. L'operazione è necessaria perché né i colliri, né il laser né altra terapia possono guarire una cataratta costituita e il

mancato intervento comporta, in tempi variabili da soggetto a soggetto, la perdita pressoché totale della capacità visiva.

Inoltre il ritardato intervento può provocare un collegato peggioramento delle strutture interne dell'occhio, con un conseguente minor recupero.

### **L'intervento chirurgico**

L'intervento viene effettuato mentre il paziente è appoggiato sulla schiena, in un ambiente chirurgico sterile e con il microscopio. E' un atto chirurgico poiché consiste di un'incisione dell'occhio e dell'estrazione di uno degli elementi interni, il cristallino.

Normalmente l'intervento si esegue in regime ambulatoriale e l'ospedalizzazione non è necessaria.

Dopo l'intervento è necessaria un breve periodo di immobilizzazione; esso sarà suggerito dal suo oculista insieme all'anestesista.

**ANESTESIA:** l'occhio si può rendere insensibile con la sola instillazione di gocce o con delle iniezioni vicine all'occhio; talvolta è necessaria e possibile l'anestesia generale.

La scelta viene effettuata in base al parere dell'oculista e del medico anestesista sulla base delle condizioni cliniche del paziente. Si terrà conto, per quanto possibile, del desiderio del paziente.

**TECNICA DI INTERVENTO:** la rimozione della cataratta, solitamente, viene realizzata con l'aiuto di una sonda che emettendo ultrasuoni frantuma il cristallino i cui pezzi vengono recuperati con uno speciale aspiratore; la maggior parte dell'involucro del cristallino (la capsula)

viene lasciata al suo posto, perché serve da supporto al cristallino artificiale.

Alla rimozione della cataratta segue l'inserimento di un cristallino artificiale (impianto intra-oculare) : il cristallino umano opacato viene, cioè, sostituito da una lente sintetica posta davanti o dietro la pupilla.

L'incisione dell'occhio può essere suturata oppure no.

### **Le complicanze dell'intervento di cataratta**

Per quanto sia perfettamente standardizzata e seguita da eccellenti risultati, l'operazione della cataratta non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste della chirurgia senza rischi. Non è possibile per il suo oculista garantire in modo formale il successo dell'intervento o l'assenza di complicanze.

Le complicanze si distinguono in preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie; queste a loro volta possono essere gravi e meno gravi.

**Complicanze preoperatorie gravi:** sono estremamente rare e sono prevalentemente legate all'anestesia con iniezioni; consistono in:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare
- danno al nervo ottico

**Complicanze preoperatorie meno gravi:**

- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio

**Gravi complicanze intraoperatorie;** sono estremamente rare, si tratta di:

- emorragia intraoperatoria: in casi eccezionali, può essere molto grave e portare alla perdita della vista, se non addirittura alla perdita dell'occhio;

**Complicanze intraoperatorie meno gravi:**

Rottura della capsula (l'involucro del cristallino) senza caduta di materiale della cataratta all'interno dell'occhio: rara

Rottura della capsula con perdita di materiale nell'occhio: rara. La perdita di materiale può richiedere un secondo intervento per rimuoverlo

Perdita di vitreo e/o ablazione di una parte di esso

Distacco della retina: molto rara; può richiedere uno o più interventi per riattaccarla

Estrazione incompleta del cristallino; normalmente non ha effetti negativi e il microframmento viene espulso dall'occhio senza percezione, però può, in rari casi, provocare infiammazione dell'occhio; si realizza a seguito del mancato recupero di un microframmento del cristallino da parte dell'aspiratore in quanto il microframmento possa essersi celato dietro elementi anatomici, come l'iride, delicati e che potrebbero essere danneggiati dall'aspiratore e dall'aspirazione. In tale evenienza e qualora si realizzino fastidi, è possibile eseguire successivo intervento per la rimozione del microframmento.

Incorretto posizionamento del cristallino artificiale.

Rimozione di un piccolo frammento di iride.

Talvolta, anche nel caso sia già stato programmato l'impianto di una lente intraoculare, si possono verificare condizioni intraoperatorie che rendono non indicato l'uso del cristallino artificiale; a volte, è necessario posizionare il cristallino artificiale davanti alla pupilla; queste decisioni possono essere prese solamente dal chirurgo durante l'esecuzione dell'intervento. In caso di mancata inserzione, il paziente sarà costretto ad utilizzare una correzione ottica particolarmente elevata, con occhiali o con lenti a contatto; in taluni casi, si può, con un altro intervento, inserire successivamente il cristallino artificiale.

Estrazione totale della cataratta, cioè anche con il suo involucro: quindi manca il supporto per posizionare il cristallino nella sede abituale; si può posizionare il cristallino in altra sede durante lo stesso intervento o con un intervento successivo.

Fra le complicazioni postoperatorie alcune sono controllabili con terapie mediche; altre possono essere permanenti o rendere necessario un successivo intervento (trapianto di cornea, distacco di retina, rimozione di materiale della cataratta caduto entro l'occhio; riposizionamento/ sostituzione/ aggiunta di cristallino artificiale, rimozione/aggiunta di punti di sutura).

Si invita pertanto il paziente a richiedere ulteriori informazioni in tal senso.

### **Complicanze postoperatorie gravi**

- Infezione : è molto rara; può essere curabile con terapia medica; di aiuto può essere, talvolta, un intervento chirurgico; in casi particolarmente gravi, l'infezione può comportare la perdita anatomica e funzionale dell'occhio.

## Complicanze postoperatorie meno gravi

- Disturbi della cornea (annebbiamento temporaneo o persistente), in casi gravi, può richiedere il trapianto di cornea.
- Edema retinico centrale che può ridurre, temporaneamente o permanentemente, l'acuità visiva.
- Ustione retinica da illuminazione del microscopio operatorio.
- Emorragia retinica.
- Peggioramento di eventuali danni retinici preesistenti.
- Cicatrice non sufficientemente impermeabile.
- Riduzione o azzeramento dello spazio fra iride e cornea.
- Prolasso dell'iride.
- Una caduta parziale della palpebra superiore.
- Deficit muscolare dell'occhio.
- Un ematoma del bianco dell'occhio o della palpebra.
- La percezione di mosche volanti.
- Una sensibilità accresciuta alla luce.
- La vista sdoppiata.
- Una infiammazione dell'occhio.
- Aumento della pressione intra-oculare.
- Glaucoma.
- La deformazione della cornea (astigmatismo).
- Spostamento del cristallino artificiale.
- Errore di calcolo della potenza del cristallino: è possibile, ma per lo più lieve e richiede l'uso postoperatorio di occhiale più forte e/o diverso da quello previsto con il calcolo derivante dagli esami eseguiti preoperativamente; può richiedere la

sostituzione del cristallino o un altro intervento per correggere il difetto residuo

- Occasionalmente settimane, mesi e anche alcuni anni dopo l'intervento chirurgico si può verificare la necessità di riposizionare o rimuovere il cristallino artificiale o di aggiungerne un altro.

Il recupero visivo è legato, oltre che alla corretta conduzione dell'intervento, alle condizioni anatomiche e funzionali preoperatorie del nervo ottico e della retina, oltre che allo stato della pressione intraoculare ed alle condizioni generali dell'occhio.

### **Ulteriori informazioni.**

L'intervento di cataratta in occhi già sottoposti ad interventi di glaucoma, di retina o di cornea aumenta di difficoltà ed è maggiormente soggetto ad imprecisioni.

La difficoltà aumenta anche in caso di patologie oculari preesistenti (problemi della cornea, miopia elevata, glaucoma) e anche in seguito ad alcune malattie sistemiche (diabete, malattie della coagulazione ed altre) ed a somministrazione di alcuni farmaci.

In caso di preesistente astigmatismo, è possibile programmare la correzione anche se essa non è sempre facilmente ottenibile.

## **II GLAUCOMA**

Può presentarsi in numerose forme cliniche ed è difficile fornire una spiegazione che accomuni ciascuna forma clinica; in generale, questa malattia è caratterizzata da una progressiva alterazione del campo visivo, dapprima nelle sue parti più periferiche poi



anche nella parte centrale, fino a portare nei casi più avanzati alla completa cecità. Tale compromissione del campo visivo è dovuta ad un progressivo danno del nervo ottico (il nervo che porta le immagini dall'occhio al cervello) che può arrivare fino all'atrofia. L'atrofia del nervo ottico si realizza a causa di una pressione endoculare (la pressione dei liquidi che riempiono l'occhio) troppo alta in un tempo variabile che può essere di anni nel glaucoma detto cronico o di poche ore nel glaucoma detto acuto. Alla base quindi della terapia del glaucoma vi è il controllo della pressione intraoculare.

Il controllo della pressione intraoculare si ottiene o riducendo la produzione di liquidi all'interno dell'occhio o facilitandone il deflusso.

### **Possibili trattamenti**

Questi risultati possono essere ottenuti mediante una terapia medica sia generale che locale, con dei trattamenti parachirurgici eseguiti con appositi laser o con un intervento chirurgico vero e proprio.

Il Suo caso clinico è tale da richiedere quest'ultima soluzione.

### **L'intervento chirurgico**

L'intervento chirurgico si prefigge di creare una via alternativa a quella normale di deflusso del liquido contenuto all'interno dell'occhio (umore acqueo) e di ottenere, in questo modo, un abbassamento della pressione oculare. Con la normalizzazione di quest'ultima si realizzano i presupposti per l'arresto della progressione della malattia.

I vantaggi dell'intervento chirurgico sono connessi all'abbassamento della pressione oculare e non comportano un miglioramento visivo che dipende da altre condizioni dell'occhio. Pertanto dopo l'intervento può essere necessario proseguire nell'uso di occhiali per vicino e/o per

lontano come può rilevarsi necessario continuare nella terapia medica antiglaucomatosa.

In molti casi, per effetto dell'intervento si formerà una "bozza" leggermente rilevata che assicurerà il drenaggio del liquido; essa è talvolta visibile alzando con il dito la palpebra superiore. Esistono diverse tecniche chirurgiche per ottenere l'abbassamento della pressione. E' possibile allargare i canali di deflusso esistenti nell'occhio, oppure creare nel tessuto nuovi canali di scarico, oppure impiantare valvole artificiali.

Per il suo specifico caso il chirurgo Le consiglierà la tecnica più opportuna, fatto salvo la facoltà di adottare una diversa tecnica qualora ne rilevasse la necessità durante l'esecuzione dell'intervento.

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale; in maniera ambulatoriale e/o con ricovero.

Quando necessario è possibile eseguire tale intervento in associazione ad altre procedure chirurgiche, (ad esempio con l'estrazione di cataratta, o altro).

### **Le complicanze dell'intervento di glaucoma**

Trattandosi di un intervento chirurgico, sono possibili complicanze preoperatorie, intra e postoperatorie cioè che si verificano prima, durante o dopo l'operazione.

**Complicanze preoperatorie:** sono molto rare e sono prevalentemente legate all'anestesia per infiltrazione; si distinguono in gravi e meno gravi. Quelle gravi sono:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare

- Quelle meno gravi sono:
- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio
- danno al nervo ottico

**Complicanze intraoperatorie:** si distinguono in gravi e meno gravi

Complicanze gravi sono molto rare:

- emorragia espulsiva: grave emorragia che può comportare l'espulsione del contenuto interno dell'occhio; può comportare perdita anatomica e funzionale dell'occhio
- l'infezione, che può comportare la perdita funzionale o anatomica dell'occhio;
- glaucoma maligno: aumento incontrollabile della pressione oculare

Complicanze meno gravi:

- emorragia sotto la congiuntiva
- sanguinamento della congiuntiva e/o della sclera e/o dell'iride
- perforazione congiuntivale e/o sclerale
- perdita di vitreo
- prolasso dell'iride
- emorragia interna cioè distacco di coroide, emorragia retinica, emorragia in camera anteriore, durante o nei giorni successivi all'intervento possono condurre ad un ritardo di guarigione, alla formazione di aderenze interne, all'appiattimento dello spazio fra iride e cornea

### **Complicanze postoperatorie, quelle gravi sono:**

- infezione: è molto rara e può essere curabile con terapia medica; di aiuto può essere, talvolta, un intervento chirurgico; in casi particolarmente gravi, l'infezione può comportare la perdita anatomica e funzionale dell'occhio.
- Quelle meno gravi sono:
- riduzione o azzeramento dello spazio fra cornea e iride (atalamia della camera anteriore)
- eccessiva o mancata formazione di filtrazione
- sanguinamento in camera anteriore
- prolasso dell'iride
- distacco di coroide
- distacco di retina
- infiammazione (uveite)
- danni al nervo ottico(prevalentemente di tipo vascolare) che, in un glaucoma, in uno stadio molto avanzato, possono comportare il peggioramento o la perdita del campo visivo
- mancata regolazione della tensione endoculare, sia nel senso di un'ipotensione (pressione bassa), che nel senso di una ipertensione (pressione alta);ambidue possono essere molto accentuate e sono difficilmente prevedibili

Fra le complicanze postoperatorie ve ne sono alcune controllabili con le terapie e che possono ritardare ma non condizionare il recupero funzionale. Altre volte gli esiti possono essere permanenti e causare una perdita parziale o anche totale della vista (in casi rarissimi).

## **Altre informazioni**

Un intervento ben eseguito può non essere da solo sufficiente a controllare la tensione endoculare, in alcuni casi sarà necessario continuare la terapia medica locale ipotonizzante; comunque, si renderanno necessari, nel tempo, controlli clinici e strumentali.

Inoltre, anche quando con l'intervento si ottiene la normalizzazione della tensione endoculare, non si può garantire in modo assoluto l'arresto della progressione della malattia glaucomatosa; la progressione per fortuna rara, è presente specialmente nei glaucomi trascurati e nelle persone anziane: essa comporta una diminuzione progressiva del campo visivo della vista; entrano in gioco anche fenomeni di alterata circolazione del nervo ottico e dell'intero organismo.

## **Alternative terapeutiche e mancato intervento.**

Un glaucoma non correttamente compensato con la terapia, che evidenzia progressivi peggioramenti del campo visivo, porta inesorabilmente verso la cecità, in assenza quindi di alternative terapeutiche mediche o parachirurgiche efficaci, il trattamento chirurgico pur con le sue possibili complicazioni è il procedimento che maggiormente garantisce un arresto della malattia nella maggior parte dei casi; altre possibilità terapeutiche sono fornite dai trattamenti laser; il mancato intervento, quando le alternative non sono in grado di abbassare la pressione oculare può condurre alla cecità.

## **Decorso postoperatorio**

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Il paziente deve iniziare le cure entro

un paio d'ore dall'intervento, deve cioè iniziare a prendere le pillole e i colliri prescritti dal chirurgo. Il paziente non deve mai sospendere le cure (colliri o pillole) a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità della terapia da eseguire o sull'andamento del decorso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

Nelle prime fasi post-operatorie è possibile che si presentino sensazioni di abbagliamento e/o fotofobia, alterazione dei colori, fastidio, dolore che non devono preoccupare ma che devono essere comunicate al medico che le prenderà in considerazione .

Nei primi giorni l'occhio appare più o meno rosso e moderatamente dolente; c'è inoltre una sensazione di corpo estraneo (dovuto ai punti ed al taglio praticato) ed un certo fastidio alla luce; la visione non è limpida, occorre attendere qualche giorno o qualche decina di giorni perché migliori; l'occhio operato ha bisogno di uno- due mesi per guarire dall'operazione.

Le cure locali postoperatorie consistono nell'instillazione di gocce e nell'applicazione di una protezione oculare secondo le modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegati dal suo chirurgo. È necessario, a volte, procedere all'asportazione dei fili di sutura (quando applicati durante l'intervento).

L'attività professionale, l'uso di macchine o di strumenti pericolosi, la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo di alcune settimane, che sarà meglio definito dal suo oculista. Nel periodo postoperatorio è necessario seguire accuratamente le terapie e le raccomandazioni del chirurgo.

Nel 20% circa dei casi, può verificarsi, negli anni successivi all'intervento, una opacizzazione della capsula (l'involucro del cristallino): è la "cataratta secondaria" responsabile di un nuovo calo della vista. Il trattamento consiste nel realizzare un'apertura della capsula tramite il laser o la chirurgia.

Può inoltre essere necessario eseguire una nuova procedura chirurgica antiglaucoma per modulare il risultato ottenuto. Un intervento che non dà il risultato sperato può essere ripetuto sia come revisione di quello eseguito sia con un altro in una sede vicina o di altro tipo.

### **A casa dopo l'intervento**

Per applicare i colliri (per le pomate la procedura è uguale) nell'occhio operato, il paziente deve sedersi su una sedia (in alternativa può stare sdraiato a letto), deve aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto; poi deve abbassare con l'indice della mano sinistra la palpebra inferiore;

in tal maniera fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che serve a ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con la mano destra vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Il paziente deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del

prodotto. Quando i colliri prescritti sono più di uno essi vanno applicati uno di seguito all'altro a distanza di qualche minuto.

E' bene che almeno nei primi 2-3 giorni sia un familiare, o altra persona, ad instillare i colliri.

Durante l'applicazione del collirio occorre prestare attenzione a non esercitare pressioni nell'occhio appena operato.

L'occhio operato viene spesso bendato (per uno o più giorni).

**DURANTE IL GIORNO**, spesso, in alternativa al bendaggio, si applica un paio di occhiali da sole che hanno lo scopo di riparare l'occhio dalla luce e soprattutto da eventuali traumi; gli occhiali da sole vanno tenuti durante tutta la giornata (quindi anche in casa) e per almeno una settimana : il paziente che si appresta ad affrontare l'intervento di cataratta e di glaucoma si munisca di un occhiale da sole che coprano bene l'occhio.

**DURANTE LA NOTTE**, invece, l'occhio, per la prima settimana, va protetto con una "conchiglia" in plastica che in genere viene fornita alla dimissione; la conchiglia va tenuta in sede con due o tre cerotti; essa serve ad evitare involontari traumi all'occhio ed a proteggere contro strofinamenti, sempre possibili nel sonno. Il paziente se lo desidera può applicare o meno sotto alla protezione di plastica una benda sterile: in tal caso si pone delicatamente la benda sull'occhio e poi si applicano alcuni cerotti diagonalmente per tenere il bendaggio in sede.

**UNA O DUE VOLTE AL GIORNO** le palpebre dell'occhio operato vanno delicatamente pulite con un fazzolettino detergente o con un po' di cotone bollito; chi esegue tale manovra deve evitare pressioni sul bulbo oculare e comunque sulla parte operata.

**NEI PRIMI GIORNI SUCCESSIVI ALL'INTERVENTO** la visione dell'occhio operato è talvolta molto chiara e limpida, talvolta invece è torbida e occorre attendere qualche giorno perché raggiunga livelli migliori; in questo periodo occorre avere un po' di pazienza; la guarigione completa avviene di norma entro uno o due mesi (dipende



dal tipo di intervento eseguito e dalle condizioni preoperatorie dell'occhio).

L'intervento si propone di migliorare la vista per effetto della rimozione della cataratta e per effetto dell'operazione di glaucoma, di ridurre la pressione oculare, causa di danni progressivi al nervo ottico; l'acuità visiva, spesso, rimane invariata e talvolta può diminuire anche con l'intervento combinato, perché essa dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare del nervo ottico, della retina e della cornea; quindi, la presenza di una lesione, provocata dalla malattia, in queste strutture può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento (in proporzione all'entità della lesione).



**Nel periodo successivo all'intervento il paziente deve inoltre usare alcune altre ATTENZIONI:**

**NON DEVE DORMIRE CON LA FACCIA RIVOLTA VERSO IL CUSCINO** (per almeno due settimane); egli può però dormire dal lato dell'occhio operato purché questo sia adeguatamente protetto con la conchiglia di plastica che viene fornita; non deve assolutamente strofinare l'occhio operato (per almeno un mese); è opportuno evitare gli strofinamenti, soprattutto se pesanti, anche nei mesi successivi; può invece lavarsi regolarmente il viso facendo però attenzione a non strofinare l'occhio operato ed a non esercitare pressioni;

**NON DEVE INOLTRE FARE SFORZI FISICI ECCESSIVI** (per i primi 7-8 giorni); per esempio non deve sollevare pesi superiori ai dieci chilogrammi, non deve prendere in braccio bambini ecc;

**L'USO DI AUTOVEICOLI, MACCHINARI O DI STRUMENTI PERICOLOSI SONO SCONSIGLIATI** per un periodo di almeno due settimane.

Il decorso postoperatorio non è fatto però solo di divieti; **LEI** fin dai primi giorni **può fare molte cose, per esempio:**

- Due-tre giorni dopo l'operazione può, con l'occhio non operato, leggere, scrivere, guardare la televisione ecc.. Il bagno e la doccia possono essere fatti fin dal primo giorno successivo all'operazione; per lavarsi i capelli attendere 2-3 giorni dall'intervento e durante il lavaggio tenere l'occhio operato chiuso.
- L'asciugacapelli può essere adoperato purché il getto di aria calda non venga diretto verso l'occhio operato; le signore possono andare dal parrucchiere già 4-5 giorni dopo l'operazione.
- La barba può essere fatta fin dal giorno seguente all'operazione.
- I rapporti sessuali sono permessi 6- 7 giorni dopo l'intervento.

Il paziente deve ricordarsi che, anche a guarigione avvenuta, l'occhio va periodicamente controllato dall'oculista; questo perché il glaucoma può non essere compensato a sufficienza dall'intervento; spesso, la terapia antiglaucomatosa, che veniva fatta prima dell'intervento, va proseguita anche dopo; nei mesi e negli anni successivi all'intervento il paziente deve quindi sottoporsi ad alcuni periodici controlli . L'insorgenza di problemi è rara e nella gran parte dei casi essi, quando vengono diagnosticati in tempo, possono essere risolti facilmente.

In caso di dubbi sulle modalità della terapia da seguire o sull'andamento del decorso postoperatorio il paziente deve contattare uno dei componenti dell'èquipe chirurgica.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.



### **ATTENZIONE!**

- 1) L'intervento chirurgico è l'unica alternativa per risolvere il problema della cataratta**
- 2) Nell'intervento, dopo la rimozione della cataratta, normalmente viene impiantato un cristallino artificiale**
- 3) Può verificarsi, negli anni successivi all'intervento di cataratta , una opacizzazione della capsula (involucro del cristallino) responsabile di un nuovo calo della vista**
- 4) Le cure postoperatorie sono necessarie alla buona riuscita dell'intervento**

- 5) **Non è consigliabile fare sforzi fisici intensi o strofinare l'occhio nei primi giorni dopo l'operazione**
- 6) **Il recupero della visione dopo l'intervento dipende anche dalle condizioni preesistenti generali dell'occhio**
- 7) **Dopo l'intervento può essere necessario l'uso di lenti correttive**
- 8) **La terapia del glaucoma serve per abbassare la pressione intraoculare**
- 9) **L'intervento chirurgico di glaucoma può creare una bozza leggermente rilevata e talvolta visibile per assicurare il drenaggio del liquido**
- 10) **Dopo l'intervento di glaucoma, può essere necessario proseguire con la terapia medica per il glaucoma**
  - 11) **L'intervento di glaucoma può essere associato all'estrazione di cataratta**
  - 12) **Tornato a casa, sono necessarie delle cautele particolari nel riprendere la propria attività**
  - 13) **Anche se in casi rarissimi una delle complicanze dell'intervento può essere l'infezione oculare**

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP ASUGI  
su testo fornito dalla Clinica Oculistica – approvato dalla Società Oftalmologia Italiana -

**Unità Clinica Operativa CLINICA OCULISTICA**

**Direttore: Prof. Daniele Tognetto**

Tel: 040 – 399 2243; Fax: 040 – 772 449

e-mail: [tognetto@units.it](mailto:tognetto@units.it)

**Coordinatore Infermieristico Reparto: Elena Kiss**

Tel: 040 – 399 2536; Fax: 040 – 399 2572

e-mail: [e-mail: elena.kiss@asugi.sanita.fvg.it](mailto:elena.kiss@asugi.sanita.fvg.it)