
CURARE LA CATARATTA

E

300

F

P

250

T

O

Z

150

1

2

3

1	COS'È LA CATARATTA	pag. 3
2	COME SI CURA	pag. 5
	Le lenti intraoculari	
	L'intervento	
	- Metodica di estrazione con ultrasuoni	
	- Metodica di estrazione con laser a femtosecondi	
	- Il postoperatorio	
3	IL PERCORSO DI CURA	pag. 13
	Gli esami diagnostici preliminari	
	Prima dell'intervento	
	Nello spogliatoio	
	La preparazione preoperatoria	
	Durante l'intervento	
	Il postoperatorio	
	Il ritorno a casa	
4	FAQ	pag. 21

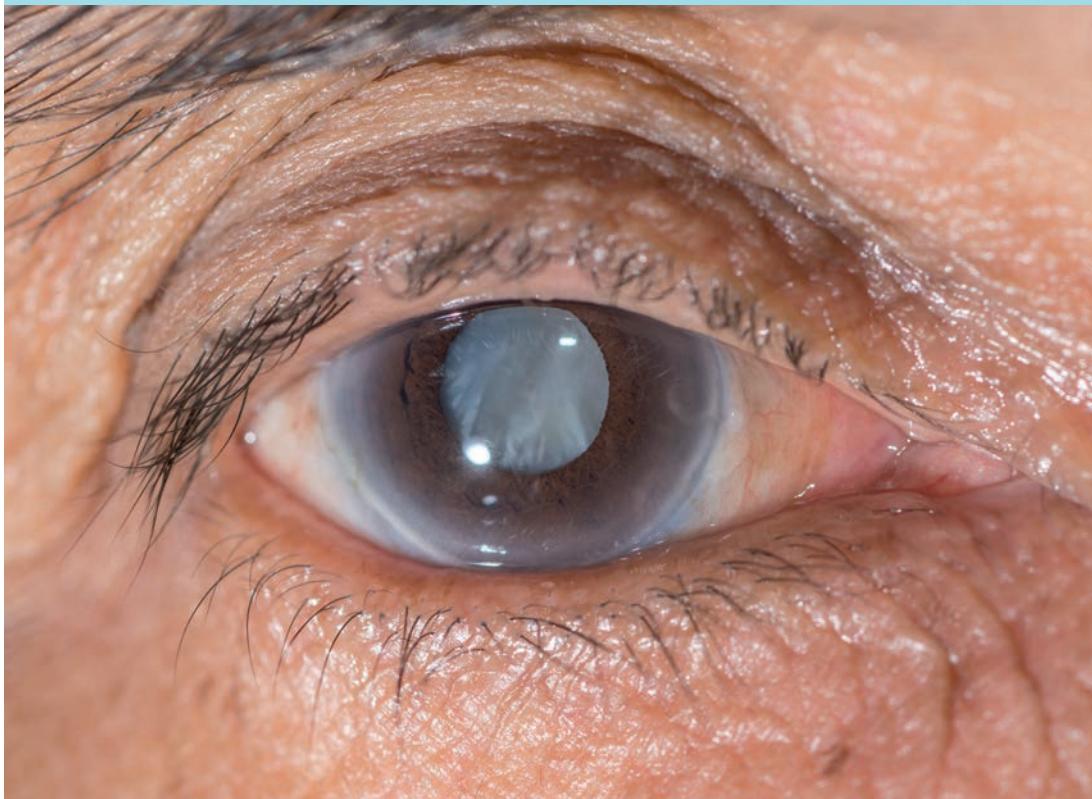
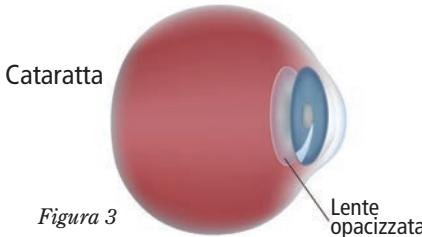
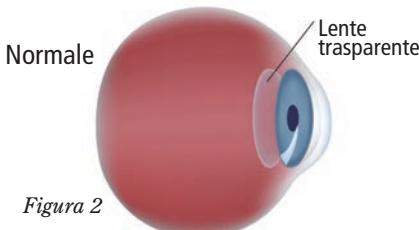


Figura 1

Cos'è la cataratta

La cataratta è l'**opacizzazione del cristallino** (vedi figura 1), la lente posta all'interno dell'occhio con la funzione di **mettere a fuoco le immagini sulla retina** (vedi figura 2). È un problema frequente dopo i 60 anni e affligge addirittura il 95% degli over 75. Nel 5% dei casi, tuttavia, compare in persone più giovani: in questi casi la malattia può essere congenita o essere causata da farmaci, traumi o malattie.



A provocarla, nella stragrande maggioranza dei casi, è l'**invecchiamento**, che fa aggregare tra loro le **proteine del cristallino** e le espone a **processi di ossidazione**, come se arrugginissero (vedi figura 3).

Un'**alimentazione sana e ricca di frutta e verdura** può contribuire a prevenire il fenomeno, favorito anche dall'esposizione prolungata ai raggi ultra violetti, dal diabete, dal fumo. Ecco perché è importante **usare** sempre gli occhiali da sole, tenere sotto controllo la **glicemia** ed evitare di fumare.



Figura 4

Come si cura

L'unica terapia per la cataratta è la sua **rimozione chirurgica**. L'intervento (vedi figura 4) consiste nell'asportazione della **porzione opacizzata del cristallino** e nell'impianto di una lente sostitutiva in materiale plastico (cristallino artificiale o IOL, Intra Ocular Lens).

I progressi tecnologici degli ultimi anni hanno consentito di rendere molto **più rapido e meno invasivo l'intervento**: tuttavia, non bisogna sottovalutarlo e pensare che sia banale.

Al contrario, si tratta di una **procedura molto delicata**, in cui occorre **effettuare la sostituzione della lente** preservando la sua **capsula naturale**, costituita da un involucro sottilissimo, di soli 5 micron di spessore (per confronto, si pensi che un cappello ha un diametro nell'ordine dei 60 micron).

Il chirurgo effettua l'intervento da un'apertura di soli 2 mm o meno e, all'interno dell'occhio, ha a disposizione uno spazio massimo di 3 mm al centro e meno di 1 mm alla periferia del campo chirurgico (vedi figura 5). In questo **spazio ristretto** deve operare **senza danneggiare la capsula naturale, la cornea, l'iride o la pupilla** (vedi figura 14, 15 e 16). Perciò è fondamentale non solo la **disponibilità di attrezzature adeguate**, ma anche **l'abilità e l'esperienza del chirurgo**, che deve essere appositamente preparato a eseguire con precisione l'operazione.

L'operazione

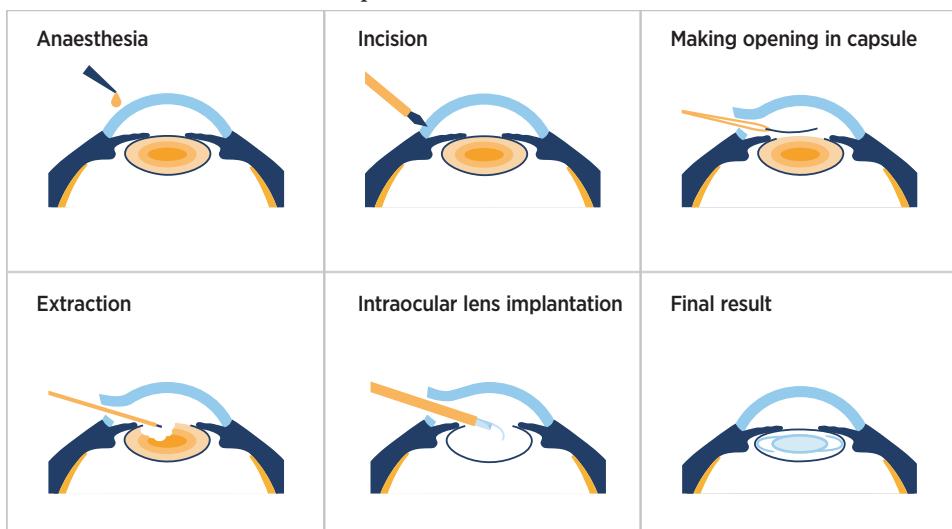


Figura 5

La procedura **non deve quindi sottovalutata**, sebbene in Italia, ogni anno, vengano eseguiti oltre 500.000 interventi di cataratta e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) abbia identificato l'intervento di cataratta come la procedura chirurgica più praticata al mondo, e anche la più sicura.

L'evoluzione della tecnologia consente oggi di ripensare la **tempistica dell'operazione**. Un tempo si aspettava a intervenire quando la malattia fosse stata in fase avanzata e la visione, ormai, notevolmente compromessa. La strategia di attesa era giustificata sia dai **rischi dell'intervento** - che dovevano essere controbilanciati da una condizione grave - sia dal fatto che il **cristallino molto opacizzato e indurito** poteva essere rimosso con maggiore facilità.

Qualche anno fa lo si estraeva senza preservare la capsula (il suo involucro) per impiantare un cristallino artificiale. Oggi, invece, è molto importante preservare

la capsula: non attendere che il cristallino diventi durissimo riduce il rischio di non poter impiantare la lente artificiale.

Dunque con le metodiche di oggi, più sicure e meno invasive, questa **attesa non è più necessaria** (vedi figura 6). Il momento migliore per intervenire deve essere



Figura 6

oggetto di discussione tra il medico e il paziente, che deve **valutare** soggettivamente **quando l'evoluzione della malattia** compromette la sua vista influendo sulla sua attività di ogni giorno, in relazione al suo stile di vita, alla professione svolta alle esigenze personali.

Nel **colloquio** con il medico, al paziente verranno anche spiegate quali **aspettative** può ragionevolmente avere: se l'intervento gli consentirà di eliminare totalmente gli occhiali o di limitarne l'uso ad alcune attività, per esempio alla guida; se gli permetterà di ottenere una vista ottimale (vedi figura 7) oppure se



Figura 7

una correzione si renderà necessaria comunque, ricordando che nell'ambito del sistema sanitario nazionale non sono previste lenti che possano correggere l'astigmatismo o se comunque non potrà rimediare ad altri tipi di malattie che compromettono la visione, per esempio a livello della retina; inoltre la concomitanza di altre patologie potrebbero determinare l'uso dell'occhiale anche dopo la asportazione della cataratta. Comunque anche in una chirurgia senza complicanze e con ogni aspetto curato un errore refrattivo che obblighi a una correzione nel post operatorio (occhiale) è sempre possibile.

La sostituzione chirurgica del cristallino può essere effettuata ricorrendo a vari metodi: mentre un tempo la tecnica di asportazione della lente opacizzata era meccanica, oggi si basa sull'**aspirazione del materiale dopo averlo fluidificato con gli ultrasuoni** (vedi figura 5) oppure con **fluidificazione mediante laser a femtosecondi** (vedi figura 14, 15 e 16). Grazie ai nuovi sistemi per la chirurgia della cataratta la pressione dell'occhio, nel corso dell'intervento, viene mantenuta ad un livello vicino a quello normale, a differenza di quanto accade nell'intervento tradizionale, in cui la pressione intraoculare si incrementa fino a 10 volte rispetto a quella normale dell'occhio.

Facciamo un esempio: se un paziente ha una pressione sanguigna di 120 mmHg accetteremmo, dovendo operarlo, di innalzarla a 1200mmHg? Un innalzamento così elevato della pressione dell'occhio è dannoso al nervo ottico e alla retina e fa perdere cellule endoteliali allo strato interno della cornea, l'endotelio.

L'endotelio corneale non ha capacità rigenerative, e se la sua perdita di cellule, in seguito all'intervento, è grave si può anche rendere necessario un trapianto di cornea.

L'evoluzione delle lenti consente oggi di effettuare una incisione molto più piccola (1,8-2mm) di quella che si faceva un tempo (3,5-4 mm), con una tecnica che permette di richiudere l'apertura con un meccanismo a valvola, senza bisogno di punti.

Le lenti intraocularari

Presso **Humanitas Centro Oculistico**, per la cura della cataratta, vengono utilizzati diversi tipi di lenti, le cui caratteristiche sono calcolate dal chirurgo per correggere, insieme con l'opacità del cristallino, anche alcuni difetti di refrazione dell'occhio. La valutazione individuale tiene conto non solo delle caratteristiche

cliniche e anatomiche del paziente, ma anche delle sue esigenze e abitudini: talvolta può essere opportuno, per esempio, lasciare un leggero grado di miopia per evitare di dover sempre mettere gli occhiali da vicino, o viceversa (vedi figura 8). L'intervento standard prevede l'utilizzo di

lenti che permettono di risolvere in maniera efficace e sicura il problema della cataratta e contemporaneamente intervenire su miopia oppure ipermetropia.

Su specifica indicazione del medico, invece, si possono utilizzare altre lenti opzionali più sofisticate con caratteristiche particolari:

- **lenti asferiche** (vedi figura 9), la cui forma più curva nel centro e piatta ai bordi, compensando i naturali difetti della cornea, permette una visione migliore in qualsiasi situazione, anche al buio. Gli esperti di Humanitas Centro Oculistico hanno sviluppato un particolare software per calcolare con maggiore precisione la curvatura da preferire per il singolo paziente, guidando la scelta della migliore lente da utilizzare in ogni caso
- **lenti filtrate** (vedi figura 10) che, grazie a speciali pigmenti, assorbono e filtrano i raggi potenzialmente dannosi per la retina



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11

- **lenti toriche**, che consentono di correggere l'astigmatismo, il difetto visivo congenito per cui gli oggetti appaiono distorti e sfuocati sia da lontano sia da vicino. Per questa condizione, quindi, la correzione con lenti interne è particolarmente indicata, anche perché rende poi più facilmente tollerabili gli occhiali multifocali utilizzati per ovviare a miopia e presbiopia
- **lenti multifocali** (vedi figura 11), ossia capaci di mettere a fuoco a tre distanze: lontano, intermedio e vicino, che possono quindi correggere sia la miopia, o ipermetropia insieme alla presbiopia, contemporaneamente; tuttavia il fuoco è ottimizzato per le tre distanze e fra queste gli oggetti non appaiono completamente nitidi. Per cui, ad esempio se il fuoco è valido a 80 cm (intermedio) e a 30 cm (vicino) fra 80 e 30 cm la visione non è nitida. Spesso queste lenti, pur consentendo una combinazione di correzione lontano/vicino, possono, specie alla sera indurre aloni intorno alle luci e una leggera riduzione della qualità visiva globale
- **lenti toriche multifocali**, che combinano la correzione multifocale e quella dell'astigmatismo, con caratteristiche di visione identiche alle multifocali

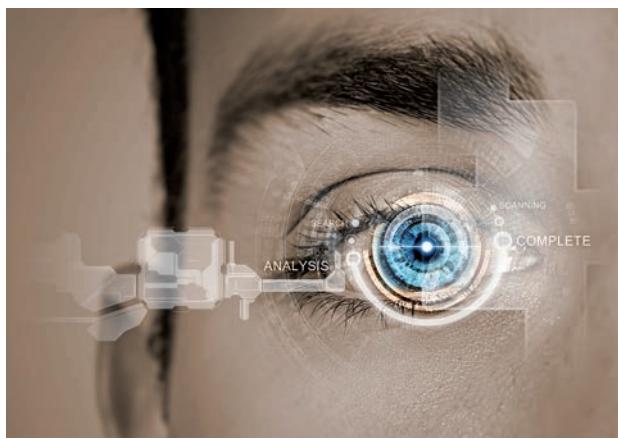


Figura 12

- **EDOF (Extended depth of focus)** sono l'ultima generazione di lenti, che correggono il difetto presente da lontano (miopia o ipermetropia) e consentono una visione fino a 60/70 cm (vedi figura 12). Quindi non correggono il vicino, ma fra l'infinito e 60/70 cm lo spazio è a fuoco e inducono aloni notturni molto meno marcati
- **EDOF toriche** che combinano la correzione dell'intermedio come le EDOF e quella dell'astigmatismo; con caratteristiche di visione identiche alle EDOF.

Figura 13

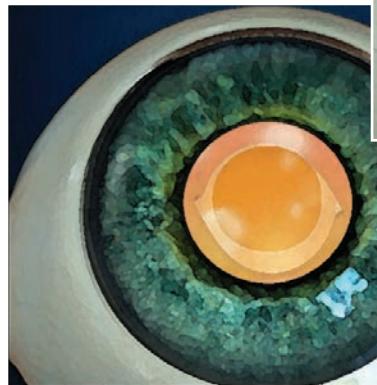
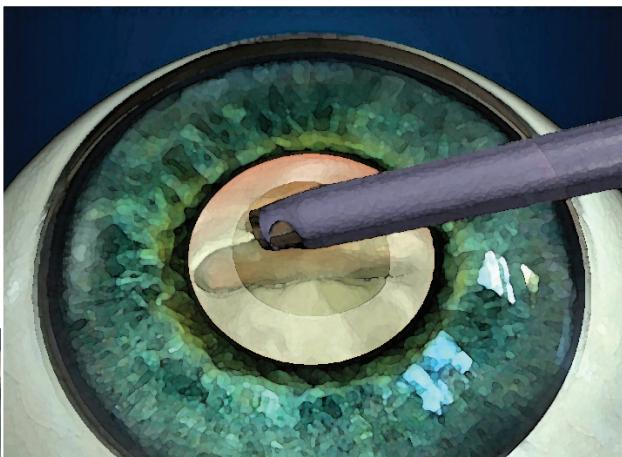


Figura 14

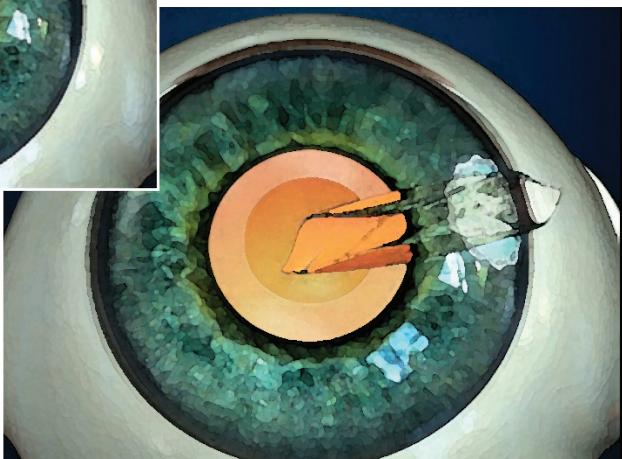


Figura 15

L'intervento

La rimozione chirurgica della cataratta viene effettuata con **microscopio operatorio in anestesia locale**, semplicemente con gocce di collirio anestetico.

L'operazione è **indolore** e dura **15-20 minuti**. Nella stragrande maggioranza dei casi non sono necessari punti di sutura.

Metodica di estrazione con ultrasuoni

Dopo aver praticato un'incisione con un tagliente si introduce una pinza all'interno dell'occhio che produce, con uno strappo controllato, un'apertura tonda nell'involucro del cristallino per poter accedere

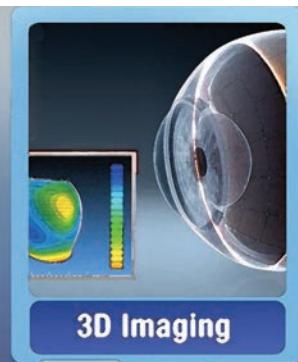
al suo contenuto. Si introduce, poi, uno strumento (facoemulsificatore) che genera delle onde soniche con il potere di ridurre il materiale del cristallino in piccoli frammenti che vengono aspirati. Al termine si impianterà la lente calcolata per il paziente nell'involturo del cristallino (la capsula) che le consentirà di mantenere la posizione permanentemente.

Metodica di estrazione con laser a femtosecondi

Se consigliato dal medico, la parte iniziale dell'intervento può essere eseguita con **laser femtosecondi** per realizzare le fasi più delicate in



Laser Technology



3D Imaging

Figura 16

Figura 17



Figura 18



Figura 19

modo **automatizzato** e **controllato** in tempo reale. Il chirurgo imposta sulla macchina i valori di profondità, le dimensioni e la forma dei tagli da effettuare a livello della cornea, della capsula e del cristallino e visualizza tutta la procedura in tempo reale su un monitor. Il laser importa da che è un laser a luce coerente (OCT: Optical Coherent Tomography) in grado di ricostruire con precisione di micron la morfologia a 3D dell'occhio (vedi figura 16, 17 e 18) Con tali dati il laser praticherà le incisioni nella cornea, l'apertura tonda

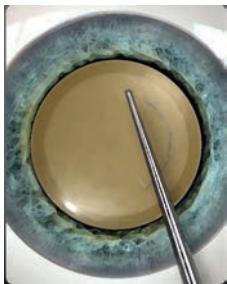


Figura 20

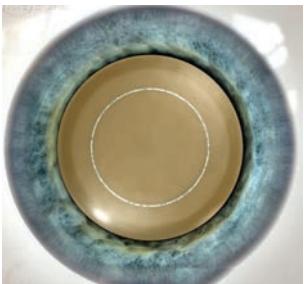


Figura 21

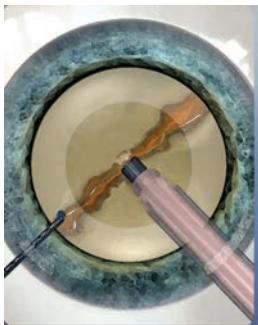


Figura 22

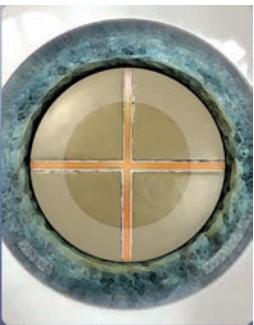


Figura 23



Figura 24



Figura 25

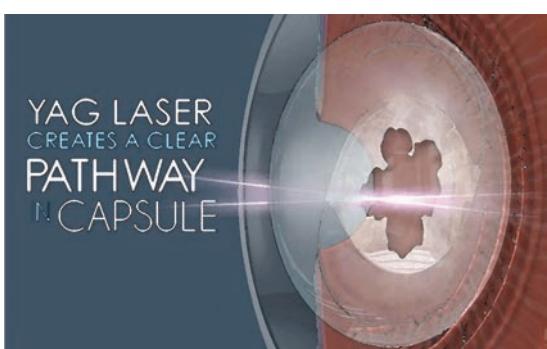


Figura 26

dell'involtuccio del cristallino e dividerà in piccoli cubetti il materiale del cristallino. Solo a questo punto si introdurrà lo strumento a ultrasuoni nell'occhio per aspirare il materiale frammentato e introdurre il cristallino artificiale (vedi figura 20,21,22,23,24,25). Grazie all'uso del fascio laser, le incisioni sono molto precise e di piccole dimensioni **riducendo tempi di recupero visivo e migliorando la qualità della visione**. In più **la precisione estrema** (vedi figura 19) delle incisioni garantisce l'impianto della lente intraoculare artificiale (IOL) in modo particolarmente simmetrico ed efficace, riducendo le aberrazioni oculari di elevato ordine, piccole imperfezioni del sistema ottico che normalmente alterano la funzione visiva soprattutto in condizioni di visione notturna.

Il postoperatorio

L'occhio resta protetto solo un giorno da una conchiglia trasparente pur potendolo aprire e dopo alcuni giorni si ha già un sufficiente **recupero visivo**, che è completo 10-15 giorni più tardi. Dopo un tempo variabile da mesi ad anni è possibile **l'opacizzazione** dell'involtuccio del cristallino, volutamente utilizzato per alloggiare il cristallino artificiale (**cataratta secondaria**): in questi casi un

veloce trattamento ambulatoriale con uno specifico laser (**YAG laser**) risolve il problema definitivamente (vedi figura 26).

Il percorso di cura

Gli esami diagnostici preliminari

Prima dell'intervento chirurgico vengono in genere effettuati i seguenti esami, per ottenere il maggior numero possibile di dati al fine di scegliere il tipo di lente più adatto al singolo paziente (vedi figura 27). È bene ricordare che tutti questi esami non prevedono l'esposizione a radiazioni ionizzanti, non sono invasivi né dolorosi, e richiedono solo di seguire con lo sguardo, all'interno di un'apparecchiatura, le luci o le immagini indicate dall'operatore.

- **Ecobiometria:** si tratta dell'esame base, essenziale per calcolare il potere e le caratteristiche della lente artificiale da inserire al posto del cristallino opacizzato.
- **Biomicroscopia dell'endotelio corneale:** prima dell'intervento è importante valutare le condizioni della cornea per poter individuare la presenza di condizioni anatomiche o patologie che possano aumentare i rischi o controindicare l'intervento. Di queste informazioni si dovrà tener conto nel definire i modi e i tempi dell'operazione, sempre in accordo con il paziente.
- **Topografia corneale:** consente di misurare la curvatura della superficie della cornea. Questo

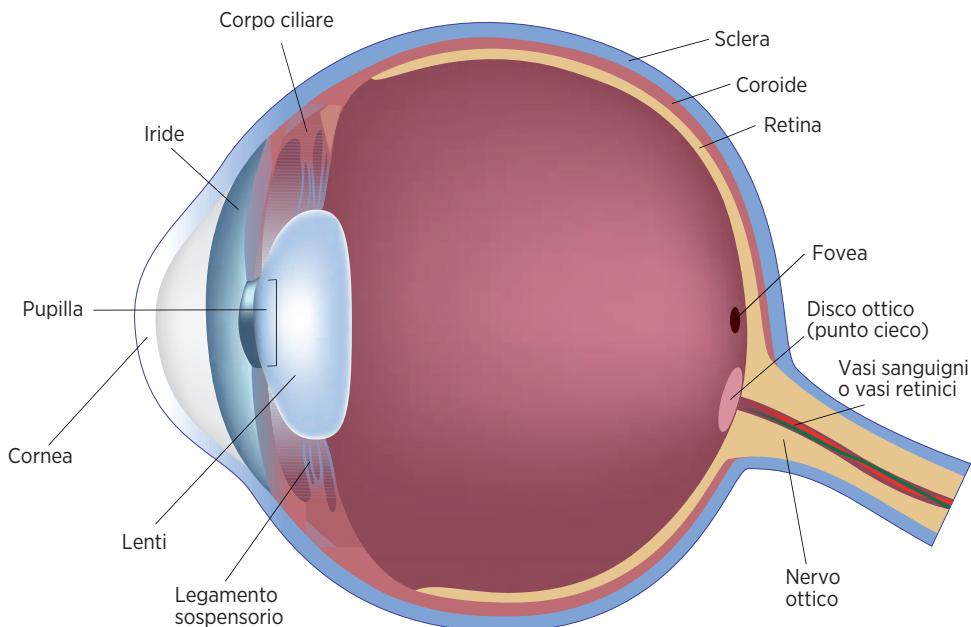


Figura 27

esame è molto utile nella programmazione della lente da inserire, in caso di astigmatismo, specie dopo trapianti di cornea o in pazienti sottoposti in passato a chirurgia refrattiva. L'indagine costruisce una mappa colorata in cui ogni colore corrisponde a una curvatura più o meno accentuata. I colori freddi

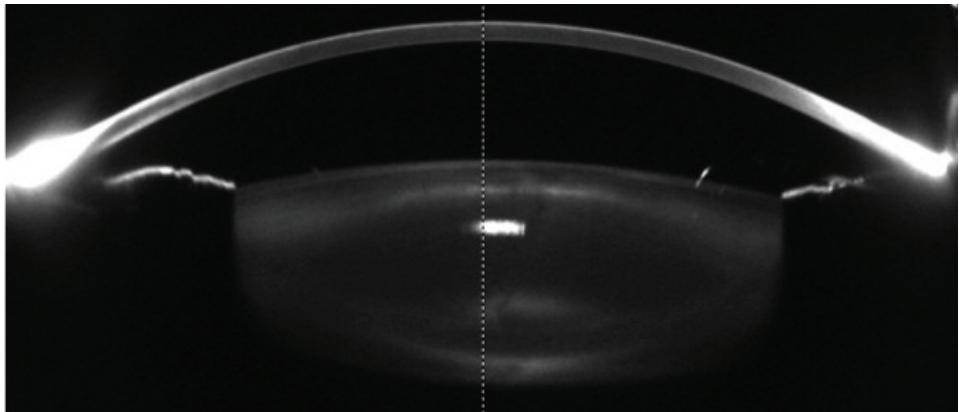


Figura 28

corrispondono ai punti più piatti, mentre quelli più caldi a curvature maggiori. Prima di sottopersi all'esame è necessario non utilizzare lenti a contatto per almeno 2/3 giorni.

- **Tomografia corneale:** è un esame che analizza la forma e alcune caratteristiche ottiche della cornea, misurando curvatura, forma e dimensioni di tutte le strutture della parte anteriore dell'occhio (la parte visibile dell'occhio). Misura la curvatura ed elevazione della superficie anteriore e posteriore della cornea, spessore della cornea, profondità della camera anteriore (lo spazio compreso tra cornea e iride) e angolo irido-corneale (la struttura che drena i liquidi nell'occhio). Permette di diagnosticare precocemente forme di ectasia corneale e di cheratocono sospetto o scarsamente evoluto. Consente l'esatta valutazione della curvatura della faccia posteriore della cornea fondamentale per il calcolo delle lenti intra oculari che correggono l'astigmatismo (toriche). Il confronto dei dati raccolti in più esami successivi consente di studiare l'evoluzione delle patologie.
- **Ecografia bulbare:** permette di valutare grossolanamente la morfologia della retina e della cavità interna dell'occhio quando la cataratta è così

grave, e quindi il cristallino così opacizzato da non consentire l'esplorazione delle strutture più profonde con altri esami.

A volte occorre valutare la presenza e la gravità di eventuali malattie oculari associate, per cui si possono effettuare altri esami retinici, della cornea o di altro tipo a discrezione dell'oculista come:

- **Tomografia ottica a luce coerente (OCT)** (vedi figura 28): l'esame permette di ottenere scansioni della cornea e della retina e di analizzare così nel dettaglio gli strati della cornea, della regione centrale della retina denominata macula ed il nervo ottico. Questa metodica di imaging consente la diagnosi e il follow-up di numerose patologie corneali e retiniche come ad esempio la degenerazione maculare senile, la retinopatia diabetica ed il glaucoma. È inoltre particolarmente utile nei casi di edema maculare di varia origine. È un esame indispensabile nella diagnosi preoperatoria e nel follow-up postoperatorio della gran parte delle patologie oculari che necessitano di un intervento chirurgico. Trattandosi di un esame digitalizzato consente di mettere a confronto gli esami eseguiti nel tempo dal paziente, fornendo delle mappe differenziali.
- **Fluorangiografia retinica:** è un esame utile a diagnosticare le patologie vascolari dell'occhio, fra cui le retinopatie, la degenerazione senile della macula, le occlusioni vascolari, che potrebbero compromettere la qualità della visione nonostante la cura della cataratta. Viene effettuato con uno strumento ottico che non prevede il contatto con l'occhio del paziente, ma tramite una semplice fotografia, preceduta dall'iniezione per via endovenosa di un colorante, la fluoresceina, che si diffondono lungo vasi sanguigni.
- **Campimetria computerizzata:** una valutazione del campo visivo è importante nei casi di glaucoma e di patologie neurologiche per quantificare il grado di danno preesistente prima di sottoporre il paziente all'intervento per la cataratta.
- **Pachimetria corneale:** questo esame, che consente di misurare lo spessore della cornea ed, eventualmente in associazione ad altri test, le sue caratteristiche biomeccaniche, viene sempre più spesso integrato nella tomografia corneale.

- **Visita ortottica:** la valutazione della motilità degli occhi può essere molto importante ai fini del risultato finale. Talvolta, infatti, c'è una grande differenza tra un occhio e l'altro, ma il paziente non se ne accorge perché la visione da una delle due parti è compromessa dalla cataratta. Quando questa si ristabilisce si rischia di avere una visione doppia.
- **Aberrometria** (vedi figura 29): calcolare le minime imperfezioni ottiche di ogni paziente serve per definire meglio la curvatura ideale per la correzione in quel paziente, per esempio quando si opta per una lente asferica.
- **Pupillometria:** valutare la grandezza e i movimenti della pupilla consente di valutare meglio quale tipo di lente può essere la più adatta in quel singolo paziente.
- **Esame del film lacrimale** la idonea lacrimazione è essenziale ad un buon recupero funzionale. Inoltre gravi alterazioni della lacrimazione possono controindicare l'impianto del cristallino artificiale multifocale o EDOF.

Prima dell'intervento

Nei giorni precedenti l'intervento il medico prescrive una terapia di **profilassi con colliri** antisettici/antinfiammatori che servono a facilitare l'intervento e rendere più agevole la fase postoperatoria, riducendo la reazione infiammatoria. In caso di infiammazioni oculari, herpes labiale o altre infiammazioni generali dell'organismo, è importante avvertire telefonicamente il Centro per rinviare l'intervento stesso.

Per sottoporsi in modo corretto all'intervento, è consigliabile essere a **digiuno**. Se l'intervento è fissato per la mattina, il digiuno deve durare almeno dalle ore 24 del giorno precedente. Se invece è fissato nel pomeriggio, è possibile consumare, prima delle 7-7,30 del mattino, una tazza di tea accompagnata da due fette biscottate.

Le terapie usuali (es. antiipertensivi) vanno seguite regolarmente.

È necessario **raggiungere il day hospital con almeno due ore di anticipo** prima dell'orario fissato per l'intervento per effettuare le pratiche di accettazione, presentandosi con il viso ben lavato e gli



Figura 29

occhi struccati e puliti, al fine di prevenire possibili infezioni.

Arrivati, occorre recarsi allo **sportello**

“Accettazione” per registrare i propri dati e **regolarizzare la propria presenza ai fini dell’intervento**. Qui viene rilasciata la documentazione che deve essere consegnata al personale di sala o ai volontari.

Nello spogliatoio

Dopo una breve sosta in sala d’attesa, un infermiere invita il paziente a recarsi nello spogliatoio, consegnando la chiave di un armadietto dove è possibile depositare abiti e oggetti personali (non di valore). È necessario spogliarsi (restando con i soli slip) e indossare camice, calzari e cuffietta “usa e getta” che vengono consegnati al momento.

La preparazione preoperatoria

Nella sala pre-operatoria, si viene fatti accomodare su un apposito lettino operatorio. Un infermiere provvede alla **raccolta dei dati e all’anamnesi**

infermieristica (stato di salute, allergie, farmaci abituali...), procede a reperire accesso venoso e al monitoraggio dei parametri vitali. Viene marcato l’occhio da sottoporre a intervento. Si procede all’istillazione di alcuni farmaci per la dilatazione della pupilla e l’anestesia locale. A questo punto tutto è **pronto per il trasferimento in sala operatoria**.

Questa fase può avere una **durata variabile da individuo a individuo** poiché comprende il tempo dedicato alla dilatazione della pupilla (diverso per ogni paziente), allo stabilizzarsi della pressione arteriosa, alla disinfezione della cute periocularare, alla instillazione di un antibiotico in collirio (che deve avere il tempo di agire).

Non si deve quindi immaginare che i tempi per la

procedura siano rigidamente scanditi e l'intero percorso dell'intervento, comprendendo i tempi di attesa prima e dopo l'operazione vera e propria, può occupare buona parte della giornata.

Durante l'intervento

In sala operatoria ha luogo l'identificazione del paziente e la preparazione del campo operatorio da parte del personale di sala. Si riceve l'invito a fissare la luce del microscopio rimanendo immobili e in silenzio. Questa raccomandazione serve per non perdere la posizione assunta, ma non esclude che in caso di problemi si possa comunicare col personale.

L'intervento non dura in media più di 15/20

minuti e non è doloroso. Alla sua conclusione il chirurgo medica l'occhio operato e lo protegge con una "conchiglia" in plastica e una benda.

**La buona riuscita
dell'intervento dipende anche
dai comportamenti tenuti
una volta tornati a casa**

Il postoperatorio

Nel postoperatorio si viene trasferiti su una poltrona, dove si viene monitorati dal personale, che interviene in caso di dolore. A questo punto viene servita una leggera colazione o uno snack, a seconda del momento della giornata. Il paziente viene tenuto **in osservazione in media per circa un'ora/un'ora e mezza**, ma talvolta si preferisce trattenerlo più a lungo. Al momento di uscire, il medico consegna la lettera di dimissioni, con le indicazioni da seguire nelle ore successive. Queste vanno lette con attenzione e rispettate: **la buona riuscita dell'intervento dipende anche dai comportamenti tenuti a domicilio** (vedi figura 30). Sulla lettera sono specificate la terapia da assumere e l'orario del controllo post-operatorio, che solitamente avviene il giorno che segue quello dell'intervento.

Il ritorno a casa

Al ritorno a casa, non bisogna per nessun motivo rimuovere la benda e la conchiglia posti sull'occhio operato. Operazione che deve essere eseguita esclusivamente dal medico, in occasione del controllo da effettuarsi il giorno successivo all'intervento.

Non bisogna sollevare pesi eccessivi né sforzare gli occhi, ma si può guardare la TV. Si consiglia il riposo e un buon numero di ore di sonno. In caso di bruciore è bene tenere entrambi gli occhi chiusi. Se si possiedono animali, non bisogna farli avvicinare all'occhio operato. Non guidare. Altre indicazioni più specifiche vengono fornite dal medico. Un eventuale leggero fastidio all'occhio (prurito, bruciore, lacrimazione, sensazione di sabbia nell'occhio) è una normale conseguenza dell'intervento. Se i disturbi fossero molto marcati o di altro tipo, invece, vanno riferiti allo specialista che, se necessario, prescrive le cure del caso.

L'occhio resta bendato solo fino al controllo del giorno successivo (e durante le notti – con l'apposita mascherina di plastica – per la prima settimana). Già nei giorni successivi comincia il recupero visivo, che tuttavia dipende dalle condizioni individuali del paziente, soprattutto in relazione alla eventuale compresenza di altre malattie dell'occhio.

È importante rispettare le norme igieniche. Lavarsi bene le mani prima di medicare l'occhio, tenere i colliri in luoghi freschi e puliti, non condividere il flacone con altre persone e non utilizzare flaconi già aperti. Per quanto riguarda l'igiene e la pulizia personale, la barba può essere fatta fin dal primo giorno, analogamente a bagno e doccia, avendo però cura di non far entrare sapone o shampoo nell'occhio operato e non esercitare pressione o sfregamenti con l'asciugamano.

In caso di **lacrimazione** (comune nei primi giorni), usare esclusivamente fazzoletti di carta usa e getta, mai fazzoletti di stoffa, specie se riposti in tasche o borse. È consentito andare dal parrucchiere già dopo alcuni giorni dall'intervento, avvertendolo tuttavia di prestare la massima attenzione.

Evitare in modo tassativo di strofinarsi l'occhio. Pulirlo sempre con le garze appositamente prescritte.

La guida dell'automobile andrà valutata caso per caso. È importante sapere che è obbligatorio aggiornare la patente per cancellare l'eventuale preesistente obbligo di guida con lenti.

Nei primi mesi dopo l'intervento occorre, inoltre, proteggersi con occhiali adatti dai raggi dal sole e

dall'acqua di mare o della piscina e non esporsi troppo al vento.

Da evitare sono le saune, perché vapore e acqua calda possono avere un effetto nocivo sugli occhi operati.

Dopo i primi controlli ravvicinati, nel corso del primo mese dall'intervento, il medico stabilirà l'opportunità e la frequenza delle visite successive, che saranno definite in relazione alle necessità e alla situazione del singolo paziente.



Figura 30

FAQ - Domande e risposte frequenti

Come posso capire di avere la cataratta?

La cataratta si manifesta con un annebbiamento più o meno intenso della vista, come se davanti agli occhi calasse un “velo” che offusca le immagini, compromettendo le normali attività quotidiane (lettura, guida, attività domestiche e professionali). L’annebbiamento è generalmente progressivo; a volte basta una intensa luce frontale a provocarlo; altre volte si può verificare uno sdoppiamento delle immagini. Talvolta si osserva un curioso effetto di miglioramento della visione da vicino. In alcuni casi i primi stadi di evoluzione della cataratta potrebbero essere confusi con la necessità di variare il potere delle lenti degli occhiali.

La cataratta può colpire entrambi gli occhi?

La cataratta senile è generalmente bilaterale, interessa quindi tutti e due gli occhi.

La cataratta può portare a perdere la vista?

Sì, e se non si interviene per tempo la malattia può degenerare fino alla cecità (che potrà essere risolta dall’intervento).

Quando è consigliabile eseguire una visita?

Alla comparsa dei primi sintomi (annebbiamento, abbagliamento) è bene farsi visitare da un oculista. Anche se non si manifestano altri problemi e anche in assenza di sintomi specifici, si consiglia di sottoporsi ad una visita oculistica periodica annuale dopo i 60 anni di età.

Quando si manifesta la cataratta?

A partire dai 50 anni il rischio aumenta con l’avanzare dell’età. La cataratta colpisce il 95% degli italiani con più di 75 anni. È quindi uno dei disturbi della vista più frequenti in età avanzata.

La cataratta si manifesta solo in età avanzata?

No. Anche se la maggior parte delle volte (nel 90% dei casi) la cataratta appare in età avanzata, ci sono delle forme precoci, le cosiddette cataratte giovanili.

Cos'è la cataratta giovanile?

Si tratta di una forma di cataratta che si manifesta prima dei 50 anni e può essere causata dall'uso di farmaci, da disfunzioni del metabolismo come diabete, da traumi, da altre malattie degli occhi, come l'uveite, o può avere un'origine congenita.

Che cos'è la cataratta congenita?

È una forma che può presentarsi fin dalla nascita o a causa di una terapia con ossigeno nei prematuri o in neonati con difetti metabolici (galattosemia) o cromosomici (sindrome di Down) o a causa di infezioni trasmesse al feto dalla madre (rosolia, toxoplasmosi).

Cos'è la cataratta secondaria?

Dopo l'intervento, a distanza di tempo variabile da alcuni mesi a molti anni, è possibile che si presenti l'opacizzazione della capsula che contiene il cristallino artificiale. Si tratta dalla cosiddetta cataratta secondaria che viene risolta tramite una veloce trattamento ambulatoriale (capsulotomia) che si esegue con uno specifico laser (Yag laser) risolvendo il problema definitivamente. Dopo uno o due giorni si può tornare tranquillamente alle normali attività, come la lettura o l'uso del computer.

Il diabete può provocare la cataratta?

Il diabete è una delle cause principali di cataratta nei giovani. Il rischio che un paziente diabetico sviluppi la cataratta è quattro volte superiore rispetto a una persona in salute. I pazienti diabetici vanno incontro a cataratta bilaterale, che colpisce entrambi gli occhi e soprattutto sono colpiti da un'evoluzione più rapida dell'opacizzazione del cristallino.

L'uso del computer può causare la cataratta?

Nessuno studio scientifico ha dimostrato che l'utilizzo frequente del computer influenzi l'evoluzione della cataratta. Sicuramente l'alterazione della vista dovuta alla cataratta interferisce negativamente sia con l'uso del computer sia con la lettura.

Ci sono altre cause che possono provocare la cataratta?

La cataratta può insorgere anche a causa del diabete e di altri fattori ambientali, come l'esposizione prolungata ai raggi ultravioletti o il fumo.

La cataratta può ostacolare la revisione/conseguimento della patente di guida?

Come tutti i disturbi della vista, la cataratta può essere un grave problema prima di tutto per la sicurezza dell'automobilista, ma anche per il conseguimento del rinnovo della patente. In base alle attuali regole chi è affetto da patologie oculari evolutive, come la cataratta anche al suo stadio iniziale, deve essere sottoposto a test speciali come l'esame della visione crepuscolare e l'esame della sensibilità all'abbigliamento.

Chi ha la cataratta ha, infatti, particolari difficoltà nella guida in caso di giornate molto luminose o in condizioni di sbalzi improvvisi di luminosità, come quelli che si presentano in entrata e in uscita delle gallerie. Chi è colpito da cataratta, inoltre, ha problemi con la luce che proviene frontalmente dai fari e dai fanali degli altri veicoli a causa dell'abbagliamento.

Quando è necessario intervenire?

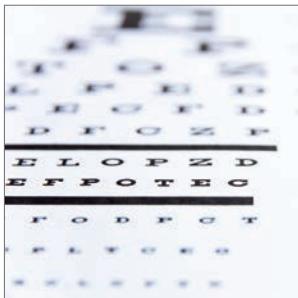
Il momento giusto per curare la cataratta dipende dal grado di evoluzione e dal disagio visivo che essa comporta. La decisione è quindi presa dopo un confronto tra medico e paziente valutando i risultati degli esami e l'entità del disturbo. La maggior parte degli oculisti consiglia l'intervento chirurgico quando la cataratta inizia a compromettere la qualità della vita o a interferire con le normali attività quotidiane, come leggere o guidare di notte.

È un intervento sicuro?

Sì. È uno degli interventi più eseguiti al mondo. I Centri più accreditati ne eseguono diverse migliaia ogni anno. Come tutti gli interventi chirurgici sono possibili complicazioni però percentualmente modeste.

È un intervento doloroso?

No. L'intervento viene eseguito in anestesia locale mediante l'uso di alcune gocce di collirio. Nella maggioranza dei casi non sono necessari punti di sutura.



Ci sono controindicazioni all'operazione per la rimozione della cataratta?

Le controindicazioni più frequenti sono il diabete scompensato e l'ipertensione non controllata, oltre alla presenza di altre patologie acute in corso.

L'intervento per rimuovere la cataratta può essere rimandato?

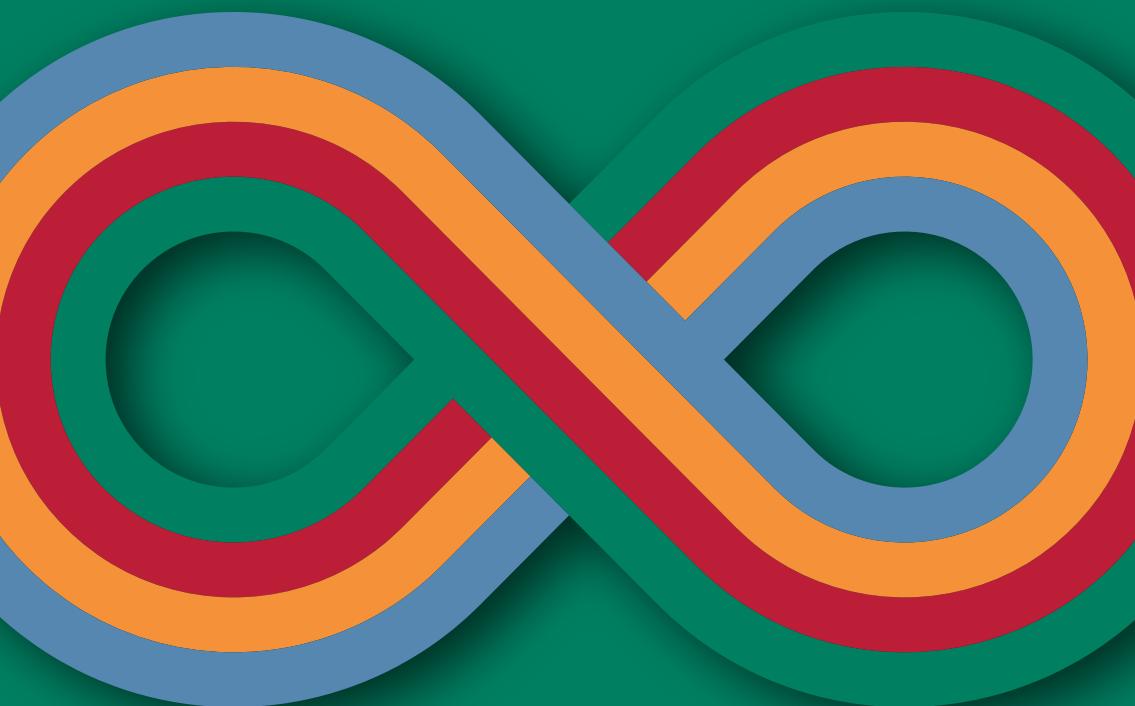
Nella maggior parte dei casi rimandare l'intervento non è pericoloso e non riduce la probabilità di recuperare la vista quando si deciderà di intervenire purché la cataratta non sia causa di altre patologie. Tuttavia, se la rimozione viene posticipata sono raccomandati controlli periodici per monitorare la progressione della malattia.

Posso correggere miopia, astigmatismo o ipermetropia insieme all'operazione di cataratta?

Su attenta valutazione medica la lente artificiale può essere calcolata per correggere i difetti visivi preesistenti (miopia e ipermetropia) o per lasciare un difetto residuo desiderato e concordato con il paziente. L'astigmatismo può essere corretto con apposite lenti intraoculari .

Quali sono le differenze tra le diverse lenti intraoculari?

Esistono lenti intraoculari che possono consentire una visione da lontano e da vicino, il cui uso va valutato caso per caso; lenti filtrate che “proteggono” la retina da radiazioni luminose potenzialmente pericolose; lenti asferiche che compensano i naturali difetti della cornea e consentono una generale migliore visione.



**Grazie alla Ricerca c'è cura.
Grazie a te c'è Ricerca.**

**Infinitamente grande è il valore
della tua firma: sostieni la Ricerca
di Humanitas con il tuo 5x1000**

Ricerca Sanitaria C.F. 10125410158
5x1000.humanitas.it



Scopri di più

HUMANITAS

Humanitas Centro Oculistico

Direttore: Prof. Paolo Vinciguerra

Percorso Cataratta

Informazioni e prenotazioni



<https://www.humanitas.it/centri/centro-oculistico/>



IRCCS Istituto Clinico Humanitas

Via Manzoni, 56 - 20089 Rozzano (MI)

Centralino

Tel. 02.82241

Direzione Medico Sanitaria
Dott.ssa Simona Sancini

www.humanitas.it



Organization Accredited
by Joint Commission International