

## **Allegato 1**

### **Chirurgia della cataratta**

#### **Premessa**

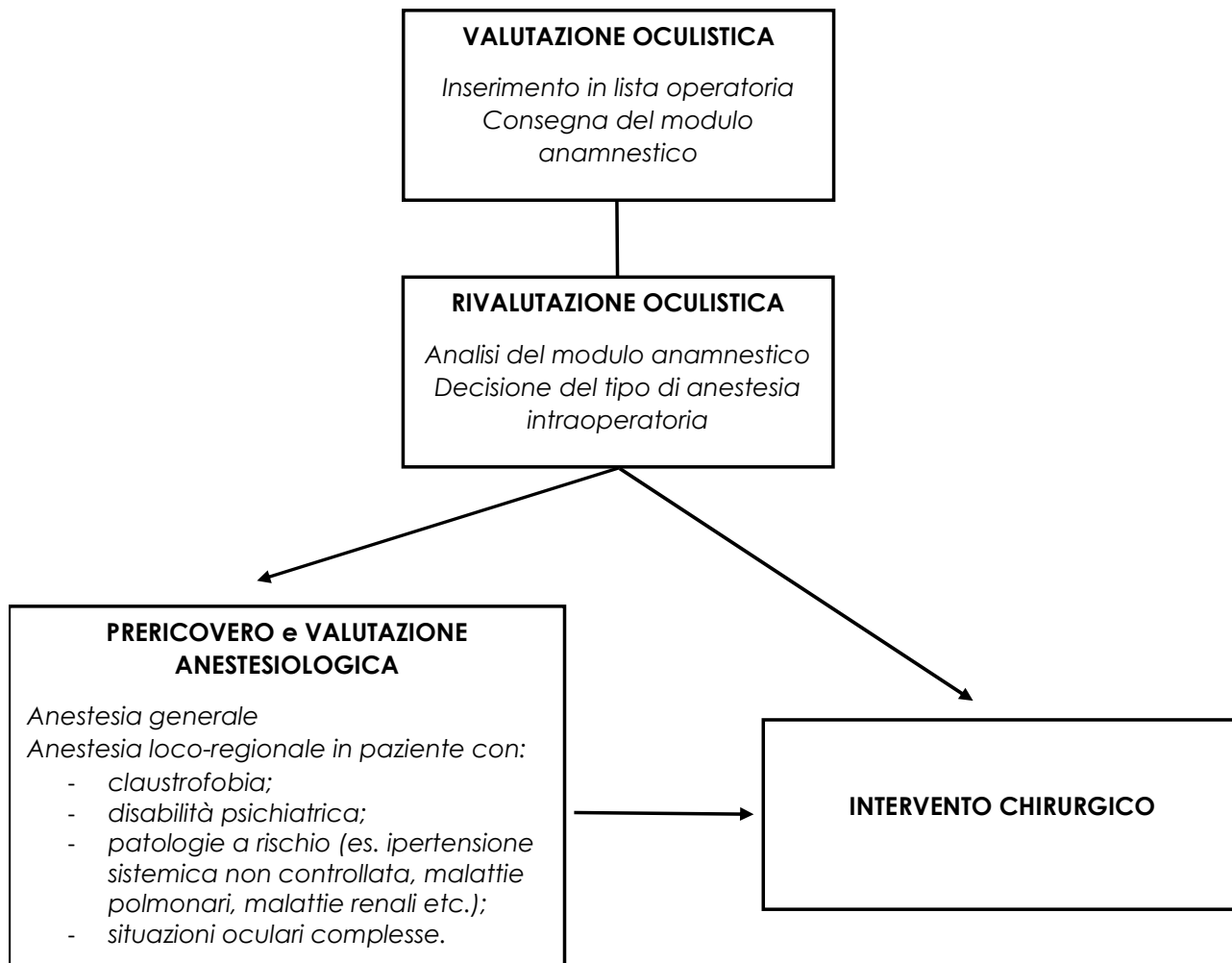
L'intervento di cataratta è, in termini di volumi, uno degli interventi chirurgici più impattanti sulla popolazione e sulle strutture sanitarie e rientra tra le operazioni a Bassa Intensità Chirurgica (BIC). Lo scopo di questo documento è razionalizzare il percorso dell'operando, dall'ingresso nella struttura fino al controllo post-operatorio.

Le linee guida dell'American Academy of Ophthalmology (LG AAO 2016), del Royal College of Ophthalmologists (LG RCO 2010), le linee guida NICE 2017 e le linee guida congiunte AIMO-SIAARTI-SISO-SIFoP del 2022 raccomandano di privilegiare, nell'inquadramento pre-operatorio dei pazienti, la raccolta anamnestica e la valutazione clinica, riservando l'esecuzione routinaria dei test di laboratorio e strumentali prima dell'intervento di cataratta solo per pazienti claustrofobici, pazienti con disabilità psichiatrica, pazienti con patologie a rischio, come ad esempio ipertensione sistemica non controllata, malattie polmonari, malattie renali e patologie che mettano a rischio le funzioni vitali o situazioni oculari complesse a giudizio del chirurgo.

Pertanto, nel percorso individuato, ogni step è definito con priorità dalle condizioni e dall'anamnesi del paziente, oltre che dalle esigenze chirurgiche. Questo processo permette di identificare i pazienti a rischio per eventi avversi nel periodo post-operatorio e modificare le scelte diagnostico-terapeutiche adattandole al singolo paziente. Nonostante la comparsa di un evento avverso in ambito di chirurgia di cataratta sia rara, è un'evenienza che deve essere considerata vista la tipologia di pazienti che si sottopongono a questa chirurgia: anziani e grandi anziani con diverse comorbidità.

## Percorso del paziente che si deve sottoporre a intervento di cataratta

Lo schema tipo del percorso del paziente operando di cataratta è il seguente:



A seguito di visita oculistica, viene posta indicazione per l'intervento di cataratta: il paziente viene posto in lista di attesa secondo le classi di priorità. Infatti la lista d'attesa basata esclusivamente su criteri cronologici non è sempre clinicamente appropriata: ci sono dei pazienti con cataratta che, per altre comorbidità sia oculari che non-oculari o per elevato rischio di complicanze, vanno necessariamente operati prima di altri; ciononostante il criterio cronologico si applica alla grande maggioranza dei casi di cataratta.

Al momento dell'inserimento in lista viene consegnato al paziente un questionario anamnestico (ad esempio, uno tra quelli proposti dalle linee guida "La chirurgia della cataratta dell'adulto: indicazioni all'intervento, percorso preoperatorio, tecniche operatorie, percorso postoperatorio" pubblicate sotto il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità) che dovrà essere valutato dallo specialista oculista in occasione della rivalutazione del paziente e apertura della cartella clinica ambulatoriale all'approssimarsi della data dell'intervento.

In questa occasione viene deciso il tipo di anestesia: l'anestesia locale (topica, sottotenoniana o peribulbare) costituisce la prima scelta in quasi la totalità degli interventi. La scelta dell'anestesia generale o anche dell'anestesia locale in pazienti con condizioni

cliniche particolari, che emergano dalla lettura del questionario anamnestico, renderanno necessaria la valutazione anestesilogica e l'esecuzione degli esami laboratoristici e strumentali in regime di precovero.

Non esistono dei limiti "ben definiti" della durata della cartella specialistica; è auspicabile che però non passi troppo tempo tra la visita oculistica che precede l'intervento e la procedura stessa per evitare che sopraggiungano delle condizioni sia generali che locali che modifichino il quadro clinico significativamente. In questo caso sarà fondamentale una rivalutazione pre-operatoria del paziente.

Il giorno dell'intervento il paziente deve essere dilatato (dilatazione pupillare) per affrontare la chirurgia. Ciò si può ottenere mediante l'impiego di colliri midriatici o con farmaci midriatici iniettati nella camera anteriore dell'occhio appena prima dell'intervento. Entrambe le modalità hanno vantaggi e svantaggi che devono essere valutati dall'operatore.

L'intervento deve essere eseguito, come da indicazione ministeriale, in sale operatorie chirurgiche che soddisfino almeno i criteri definiti per la BIC. Sono raccomandati il monitoraggio della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e della saturazione. È auspicabile che sia posizionato al paziente un accesso venoso per poter intervenire in caso di necessità.

Per i pazienti che si sottopongono ad un intervento di cataratta in anestesia loco-regionale, è necessario prevedere e organizzare la disponibilità di un Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione: l'anestesista deve essere presente nella struttura e deve poter intervenire in caso di situazioni di urgenza e di emergenza nei tempi codificati per tali evenienze da linee guida e documenti di buona pratica clinica. Da questa indicazione sono esclusi i casi per cui sia stata concordata la presenza continuativa dell'anestesista in sala operatoria, per pazienti con patologie giudicate a significativo rischio di complicanze sistemiche o con condizioni cliniche particolari, secondo il giudizio che l'anestesista esprime nella valutazione preoperatoria.

Nei pazienti che si sottopongono ad un intervento di cataratta, si raccomanda l'iniezione antibiotica intracamerulare di antibiotico alla fine dell'intervento per la prevenzione delle endoftalmiti postoperatorie. È importante impiegare il corretto dosaggio e la corretta concentrazione del farmaco per evitare eventi avversi.

Completato l'intervento il paziente potrà essere dimesso; è necessaria una rivalutazione del paziente prima che questi possa ritornare a casa.

### Bibliografia

- La chirurgia della cataratta dell'adulto: indicazioni all'intervento, percorso preoperatorio, tecniche operatorie, percorso postoperatorio. Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. [https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2023/03/LG-109-AIMO\\_Chirurgia-cataratta-adulti.pdf](https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2023/03/LG-109-AIMO_Chirurgia-cataratta-adulti.pdf)
- American Academy of Ophthalmology. Cataract in the adult eye preferred practice pattern. [www.aao.org/preferred-practice-pattern/cataract-in-adult-eye-ppp-2016](http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/cataract-in-adult-eye-ppp-2016).
- Cavallini G.M. et al. Impact of preoperative testing on ophthalmologic and systemic outcomes in cataract surgery. Eur J of Ophthalmology 2004; 14: 369-374.
- Katz J, Feldman MA, Bass EB, Lubomski LH, Tielsch JM, Petty BG, et al. Study of Medical Testing for Cataract Surgery Study Team. Adverse intraoperative medical events and their association with anesthesia management strategies in cataract surgery. Ophthalmology 2001;108(10):1721-6.

- National Institute for Health and Care Excellence. Cataracts in adults: management. [www.nice.org.uk/guidance/ng77](http://www.nice.org.uk/guidance/ng77)
- Reeves SW, Tielsch JM, Katz J, Bass EB, Schein OD. A self-administered health questionnaire for the preoperative risk stratification of patients undergoing cataract surgery. American Journal of Ophthalmology 2003;135(5):599-606.
- The Royal College of Ophthalmologists. Cataract surgery guidelines. [www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2014/12/2010-SCI-069-Cataract-Surgery-Guidelines-2010-SEPTEMBER-2010](http://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2014/12/2010-SCI-069-Cataract-Surgery-Guidelines-2010-SEPTEMBER-2010).