INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE PAIN IN CATARACT SURGERY

Jed H. Assam, MD, Ashlie Bernhisel, MD, Amy Lin, MD

Survey of ophthalmology (2017) I-II

L'intervento di cataratta è ad oggi la procedura chirurgica più eseguita globalmente. Gli avanzamenti tecnologici hanno fatto aumentare le aspettative di risultati visivi e confort intra e postoperatorio. Esistono diversi possibili meccanismi di sviluppo del dolore nella chirurgia della cataratta e numerosi metodi di controllo dello stesso. Lo scopo della presente Review è quello di elencarne e discuterne i più significativi. Recenti studi hanno identificato almeno 3 variabili chiave che possono predisporre i pazienti al dolore. Questi sono la dominanza di un occhio rispetto all'altro, precedente intervento di cataratta, e miopia elevata. Aslankurt et al., in uno studio su 76 pazienti sottoposti ad estrazione di cataratta, hanno identificato un aumento significativo dello score di dolore medio negli occhi dominanti rispetto ai controlaterali [Dexmedetomidine vs midazolam for monitored anaesthesia care during cataract surgery. Br J Anaesth. 2006;96(6):722e6]. Una maggiore sensazione dolorifica durante chirurgia del secondo occhio è stata messa in evidenza da diversi gruppi, anche se il dibattito a riguardo rimane aperto. Nei pazienti miopi elevati la semplice infusione della camera anteriore può comportare uno spostamento posteriore del diaframma iride-cristallino a causa della sottile zonula, e di conseguenza dilatazione pupillare e dolore. Cause comuni di dolore intraoperatorio sono la manipolazione diretta dell'iride, la luce del microscopio, i movimenti iridei determinati dai cambiamenti improvvisi della fluidodinamica intraoculare e l'inserzione della IOL. Postoperatoriamente invece le principali cause di discomfort/dolore sono la secchezza oculare, la terapia topica e la fotofobia. Altre potenziali cause sono le abrasioni corneali da blefarostato, i lembi di epitelio libero ai margini delle incisioni e gli esiti dell'essiccamento corneale durante l'intervento. L'eventuale presenza di viscoelastico in camera anteriore può inoltre bloccare il trabecolato per circa 24 ore e provocare aumento della IOP e dolore. Tutte le suddette evenienze comunque comportano un dolore lieve o moderato e si risolvono spontaneamente in circa 1 settimana. Complicanze intraoperatorie poco comuni possono comportare quadri di dolore più severo come l'effusione coroideale, l'emorragia sovracoroideale e il glaucoma maligno. Allo stato attuale i chirurghi mirano ad una chirurgia a paziente cosciente, anestesia topica e lieve sedazione opzionale. I rischi insiti dell'anestesia generale fanno di questa metodica un'eccezione a cui ricorrere solo in caso di pazienti selezionati come pazienti pediatrici, con ritardo mentale o con patologie neurologiche che non permettano di mantenere la testa immobile. Le benzodiazepine riducono l'ansia, ma non hanno potere analgesico. Gli effetti collaterali sono la dissociazione e la depressione respiratoria. Analgesici come Fentanyl o Remifentanil possono essere utilizzati, specialmente in pazienti anziani in cui gli effetti collaterali delle benzodiazepine possono essere più importanti. L'anestesia loco-regionale comprende diverse tecniche. Esse forniscono un ottimo livello di analgesia e acinesia, ma la loro esecuzione può comportare intenso dolore e discomfort al paziente. Il blocco retrobulbare consiste nell'iniezione di 3-5 ml di anestetico all'interno dello spazio intraconale che induce paralisi dei muscoli extraoculari ad eccezione dell'obliquo superiore. L'iniezione può essere dolorosa ed essere associata ad aumento della pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Può comportare rischi quali la perforazione bulbare, anestesia neuroassiale, emorragia retrobulbare e danni del nervo ottico. Il blocco peribulbare risulta essere più sicuro, essendo eseguito al di fuori del cono muscolare, mantenendo comunque il vantaggio dell'analgesia e acinesia. L'anestesia sottotenoniana provoca livelli di dolore inferiori rispetto ad entrambe le suddette tecniche, ed ha un potere analgesico superiore rispetto all'anestesia topica. Infine l'anestesia topica risulta essere la tecnica di scelta della maggior parte dei chirurghi poiché la più sicura e meno costosa. I suoi vantaggi sono: recupero visivo più veloce, meno invasiva, preserva la motilità oculare nei pazienti collaboranti. L'efficacia degli anestetici intracamerulari è ancora oggetto di dibattito. La tipica terapia post-operatoria della cataratta include un'associazione antibiotico/cortisone topica, con o senza FANS sistemico. Questa ha lo scopo di ridurre il rischio di infezione ed infiammazione, e di conseguenza il dolore. La secchezza oculare, che nel post-operatorio può durare fino a 3 mesi, può essere trattata a seconda della severità con lacrime artificiali, ciclosporina topica, acidi grassi omega-3 per via orale e plug delle vie lacrimali. Futuri studi potranno investigare il discomfort specifico di ogni step intra e post-operatorio della chirurgia della cataratta e studiare i metodi più idonei per minimizzarne il dolore.