

IL RETINOBLASTOMA:

Un'utile guida di supporto per rispondere a tutte le domande sulla malattia.

**“Centro di riferimento italiano per la diagnosi e la cura del retinoblastoma”
“Azienda Ospedaliera Universitaria Senese”**



IL RETINOBLASTOMA

Il retinoblastoma è un tumore maligno della retina. Di solito si manifesta prima dei 5 anni ma esistono casi più tardivi. Il tumore può interessare un solo occhio oppure entrambi. Può essere ereditario o sporadico. Quando la malattia interessa entrambi gli occhi è sempre ereditaria.

Segni clinici

La presenza di un riflesso bianco all'interno della pupilla (leucocoria) oppure la persistenza di uno strabismo non devono mai essere sottovalutati. La leucocoria può essere visibile solo in alcune posizioni dello sguardo del bambino oppure solo in presenza di alcune condizioni di luce. Spesso appare in fotografie eseguite con il flash. Uno strabismo intermittente e di breve durata può essere un evento tipico dell'età infantile, mentre uno strabismo permanente unilaterale o bilaterale è indicativo di un difetto della parte centrale della retina che impedisce la fissazione dell'occhio malato. Altri segni clinici, molto più rari, che possono far sospettare la presenza del retinoblastoma sono l'aumento del volume del bulbo oculare che può diventare rosso e dolente (bftalmo). Nel sospetto di un retinoblastoma va sempre effettuato il fondo oculare. La diagnosi del retinoblastoma si basa essenzialmente sull'esame del fondo dell'occhio eseguito in narcosi. Questo esame è fondamentale per eseguire una stadiazione del tumore. Il numero di focolai, la sede, le dimensioni, la presenza di seeding vitreale e/o di invasione della camera anteriore determineranno la scelta terapeutica. L'esame viene effettuato in anestesia generale (narcosi). Per il controllo del fondo oculare nei bambini di età inferiore ai 4 anni è necessaria l'anestesia generale; essa viene indotta tramite una maschera ed un gas anestetizzante; il bambino si addormenta in poche decine di secondi con accanto il genitore. Il risveglio solitamente è molto veloce ed il piccolo paziente può riprendere tutte le sue attività (bere, mangiare, giocare) al massimo mezz'ora dopo. Questo tipo di anestesia viene praticata in regime ambulatoriale.

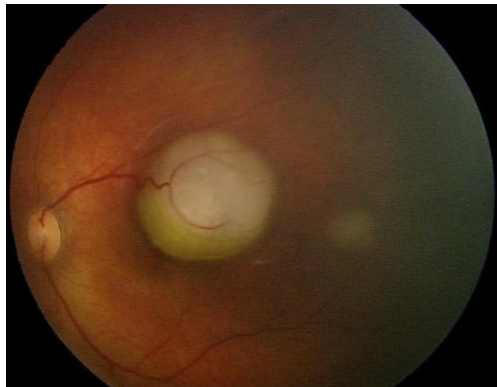


A



B

Fig. 1: Leucocoria in OD (A), buphthalmos in OS (B).



A



B

Fig. 2: Retinoblastoma monofocale (A), retinoblastoma multifocale (B).

SCHEMA PER IL DIGIUNO PREOPERATORIO

Questo schema va considerato in base all'effettivo orario di inizio delle varie sedute di salaoperatoria di volta in volta.

Neonati: 3 ore di digiuno (ad esempio se l'intervento è previsto per le 8:00, il digiuno comincia alle 5:00).

Lattanti tra 1 e 6 mesi: 4 ore di digiuno (ad esempio se l'intervento è previsto per le 8:00, il digiuno comincia alle 4:00).

Lattanti da 6 mesi a 4 anni: 6 ore di digiuno (ad esempio se l'intervento è previsto per le 8:00, il digiuno comincia alle 2:00 quando saranno permessi 150-200 ml di latte con 2-4 biscotti).

Per gli altri bambini: bisogna sempre considerare il digiuno a partire da 6 ore prima dell'intervento.

Per tutti (neonati, lattanti e bambini): acqua, the o camomilla zuccherati sono permessi fino a 2 ore prima dell'intervento.

SCHEMA PER LA DILATAZIONE

Bambini che dovranno essere visti da svegli:

CICLOPENTOLATO o TROPICAMIDE 1 % coll. 3 volte (1 goccia ogni 10 minuti).

Bambini che dovranno essere visti in anestesia:

CICLOPENTOLATO

TROPICAMIDE 1 % coll. 3 volte (1 goccia ogni 10 minuti).

ATROPINA 0.5 % coll. 3 volte (1 goccia ogni 10 minuti).

L'esame del fondo oculare viene effettuato attraverso l'oftalmoscopio indiretto e la macchina digitale RETCAM. In seguito all'esame del fondo oculare verrà effettuata una Risonanza Magnetica cranio e orbite con mezzo di contrasto, al fine di escludere disseminazioni di malattia e la presenza di un retinoblastoma trilaterale ovvero con localizzazione alla ghiandola pineale. La stadiazione della patologia derivante dall'integrazione dei reperti oftalmoscopici e radiologici (RM) permette la scelta l'iter terapeutico.



Fig. 3: Panocam.



Fig. 4: Retcam.

Fig. 5: Oftalmoscopia in sala operatoria.

Le terapie

Esistono differenti strategie terapeutiche per il retinoblastoma. Esse possono essere adottate singolarmente o in associazione. La scelta dipende dalla stadiazione della malattia e dalle condizioni generali del bambino.

Radioterapia esterna (in disuso)

Consiste nel sottoporre l'occhio colpito dal tumore a dosi frazionate di radiazioni. Il trattamento dura 4-6 settimane per cinque giorni a settimana. Non è una terapia di prima scelta ma riservata a casi molto avanzati post-enucleazione (infiltrazione del nervo ottico, malattia orbitaria) che non hanno risposto ad altre terapie .

Radioterapia con placche (raro)

Si tratta di sottoporre l'occhio interessato a radiazioni focalizzate sul focolaio tumorale. In questo caso la fonte delle radiazioni è data da una particolare placca metallica, che viene posta sull'occhio colpito in corrispondenza del tumore. L'applicazione della stessa si effettua per mezzo di un piccolo intervento in sala operatoria e necessita di un periodo di ricovero di circa 3-7 giorni. È un trattamento usato solo per tumori singoli, periferici e di media grandezza. Al termine del trattamento, la placca viene rimossa (sempre con un piccolo intervento). Questa terapia è riservata alle recidive singole.

TTT (Termoterapia Transpupillare) (poco utilizzata)

La termoterapia transpupillare (TTT) effettuata con Laser a Diodi, induce un aumento di temperatura (ipertermia media: 45-60 °C) dentro il tumore provocando una necrosi non coagulativa dello stesso. Se usata insieme a chemioterapia si parla di TCT – termochemioterapia.

Trattamento Laser

Il laser rappresenta un particolare tipo di luce ad elevata energia tale da poter provocare un intenso calore nella zona dove il fascio luminoso è indirizzato. In questo modo, si effettua una bruciatura del tessuto tumorale. Il laser si può usare per tumori di piccole e medie dimensioni con risultati eccellenti. Il trattamento può essere ripetuto più volte (di solito a distanza di 15 giorni) e può essere, in casi selezionati, associato alla chemioterapia sistemica ed intrarteriosa. Il trattamento viene effettuato in anestesia generale.

Crioterapia

Il principio di questo trattamento si basa sulla distruzione del tessuto tumorale per mezzo del congelamento della massa. Viene effettuato con un particolare strumento in grado di poter creare, alla sommità di una sonda, temperature fino a -80°C circa. Il trattamento viene effettuato in anestesia generale.

Chemioterapia sistemica

Si basa sulla somministrazione di particolari farmaci che inibiscono la crescita delle cellule tumorali. Rappresenta il trattamento di scelta quando il tumore è bilaterale e quando è esteso al di fuori dell'occhio o diffuso ad altri organi. Nel caso di trattamento conservativo, può essere utilizzata per ridurre le dimensioni della massa tumorale e quindi ottenere risultati più rapidi con la terapia Laser e Crio. La chemioterapia viene praticata dall'oncologo pediatrico. La durata dipende dalla gravità del caso. Il numero di cicli varia da 2 a 6.

Chemioterapia intrarteriosa

Si tratta di una tecnica innovativa che permette di iniettare il farmaco direttamente nell'occhio mediante cateterismo dell'arteria oftalmica a partire dall'arteria femorale (arteria situata all'inguine). Questo tipo di terapia permette di curare gli stadi più avanzati della malattia fino a qualche tempo fa destinati alla sola enucleazione. I bambini sottoposti a tale terapia saranno ospedalizzati per sole 24 ore. Si possono effettuare 2 cicli di 3 infusioni ciascuna (in alcuni casi anche più infusioni). Questa tecnica viene eseguita da un radiologo intervista in anestesia generale. Si procede all'inserimento di un microcatetere nell'arteria femorale, facendolo avanzare fino all'arteria oftalmica; una volta raggiunta la sede, si effettua la somministrazione selettiva del farmaco. Nei giorni successivi possono essere associate altre tecniche conservative (chemioterapia intravitreale, laser, crio).



Fig. 7: Retinoblastoma alla diagnosi (A), lo stesso dopo 4 cicli di chemioterapia intrarteriosa (B).

Chemioterapia intravitreale o perioculare

In alcuni casi selezionati il chemioterapico può essere iniettato intorno all'occhio a livello sottocongiuntivale/subtenoniano oppure all'interno dell'occhio tramite un'iniezione intravitreale (attualmente melphalan e/o topotecan). Questa innovativa ultima tecnica può essere somministrata in sinergia con la chemioterapia intrarteriosa e il suo scopo è quello di debellare il seeding vitreale che rappresenta il fattore prognostico peggiore.

Enucleazione

Consiste nel rimuovere l'occhio colpito dal tumore, risparmiando le palpebre, i muscoli ed i tessuti che lo circondano. Questa metodica viene usata per gli stadi più avanzati di malattia (glaucoma secondario, buftalmo invasione massiva della camera anteriore). Si ricorre a tale modalità terapeutica solo quando non esiste possibilità di effettuare un trattamento conservativo o quando l'adozione di terapie di tipo conservativo non hanno avuto successo. Il volume dell'occhio viene sostituito da un impianto in idrossiapatite sintetica. I muscoli dell'occhio vengono fissati sull'impianto per permettere un movimento della protesi consensuale con l'occhio controlaterale. La biglia di idrossiapatite viene ricoperta da più strati di tessuto e infine dalla congiuntiva per permettere l'appoggio della protesi. Subito dopo l'intervento il chirurgo inserisce una piccola conchiglia di plastica trasparente con dei piccoli forellini: il conformatore. Quest'ultimo serve per creare gli spazi giusti ad accogliere la protesi e rimane in sede fino a che verrà sostituito dalla protesi stessa. Dopo l'intervento, il bulbo enucleato verrà sottoposto ad esame istologico. In base al coinvolgimento o meno dei tessuti oculari, si deciderà la necessità o meno di terapie ulteriori quali Chemioterapia e/o Radioterapia.

La protesi

Dopo l'enucleazione viene inserita nella cavità orbitaria una protesi provvisoria che verrà poi sostituita con quella definitiva, disegnata e preparata presso centri specializzati. Successivamente la protesi verrà cambiata periodicamente compatibilmente con la crescita del bambino (ogni circa 4-6 mesi). Viene realizzata su misura da un protesista specializzato e verrà applicata circa 1 mese dopo in accordo con l'oculista. L'applicazione della protesi risulta indolore ed esteticamente molto valida. Si indossa giorno e notte ed a volte può dare delle secrezioni che si risolvono facilmente con l'applicazione di un collirio antibiotico.

L'esame genetico

L'esame genetico, eseguito con un semplice prelievo di sangue, permette di ottenere tutte le informazioni sulla predisposizione per il retinoblastoma, caso per caso. Il prelievo viene sempre eseguito anche su entrambi i genitori. Per ottenere i risultati sono necessari molti mesi ed è importante sapere che un risultato negativo oggi non significa l'assoluta certezza; infatti molte mutazioni e molti test sono ancora sconosciuti ai genetisti e saranno disponibili solo negli anni futuri.

Durante il consulto genetico il medico genetista con il contributo dei genitori avrà come obiettivo:

- Ricostruire la storia familiare, tutte le storie di neoplasie avvenute in famiglia e soprattutto l'età dei pazienti affetti; in questa occasione verrà ricostruito un albero genealogico
- Analizzare la storia del piccolo paziente, l'età della diagnosi, come si è presentata la malattia ed altre notizie sulla salute del bambino

A questo punto dopo aver ottenuto il consenso di entrambi i genitori si procede con l'acquisizione dei campioni da analizzare.

Il consulto con il medico genetista e l'analisi del DNA permette di valutare il rischio di un'eventuale trasmissione della malattia alle generazioni future.

Consiglio genetico

Sulla base delle indagini eseguite e della consulenza genetica, i genitori riceveranno una valutazione personalizzata del rischio di ricorrenza della patologia nella futura prole o nelle generazioni successive.

Controlli periodici

Sia dopo l'enucleazione che dopo qualsiasi altro tipo di trattamento, sono previsti dei controlli periodici, da stabilirsi caso per caso. I controlli verranno effettuati in narcosi per la comprensibile non collaborazione del paziente. Dai 5 anni in poi, i controlli potranno essere fatti, eventualmente, senza anestesia e con scadenza annuale. Oltre ai controlli oculistici il bambino verrà sottoposto a visite pediatriche per verificare lo stato di salute generale, specie se è stato sottoposto a chemioterapia e/o radioterapia.

Controlli dopo trattamento conservativo

Per i tumori in trattamento con terapia conservativa, cure e/o controlli sono previsti ogni 21 giorni fino a remissione completa della malattia o comunque ogni mese fino ad 1 anno di età, ogni 2 mesi fino ai 2 anni ed ogni 3 mesi fino ai 3 anni, per il rischio di recidive o di nuovi tumori.

Controlli dopo trattamento demolitivo

Dopo l'intervento di enucleazione il follow-up sarà dettato dall'età del bambino. Più il bambino è piccolo più ravvicinati saranno i controlli allo scopo di verificare l'eventuale comparsa di nuovi focolai nell'occhio sano (la bilateralizzazione è molto frequente nei primi 12 mesi di vita). Nelle stesse sedute si verificherà inoltre la crescita della cavità anoftalmica e l'adeguatezza della protesi al fine di ottenere il miglior risultato estetico possibile. Tra i controlli è prevista la Risonanza Magnetica annuale fino ai 3 anni di età, per verificare l'integrazione e la sede dell'impianto. I controlli saranno effettuati ogni mese fino ai 12 mesi, ogni 2 mesi fino ai 3 anni ed ogni 6 mesi fino ai 5 anni, dopo di che una volta l'anno fino ai 10/12 anni.

Recidiva

Può verificarsi talora una ricrescita del tumore nell'ambito della cicatrice di un focolaio precedentemente trattato. In tal caso si parla di recidiva. Le recidive possono verificarsi seppur raramente anche a distanza di anni dalla fine del trattamento.

Nuovi tumori

Quando si parla di nuovi tumori si vuole indicare la comparsa di nuovi focolai tumorali su retina sana, indipendentemente ed in sede diversa dai focolai precedentemente trattati. I nuovi tumori possono svilupparsi fino all'età di 24 - 28 mesi.

I trattamenti, le informazioni ed il consenso

I vari trattamenti per ogni singolo caso di retinoblastoma vengono decisi dal GOM (gruppo oncologico multidisciplinare) al quale partecipano l'oculista oncologo, l'oncologo pediatrico, il neuroradiologo, il neuroradiologo interventista, l'anatomopatologo, l'anestesista pediatrico e il genetista. Il GOM si riunisce settimanalmente per discutere i vari casi e prendere le decisioni terapeutiche da seguire di volta in volta. Al termine della riunione, i genitori vengono informati sulle decisioni intraprese e si procede alla richiesta del consenso informato per la prosecuzione del percorso terapeutico.



Fig. 8: Azienda Ospedaliera Universitaria Senese "Santa Maria alle Scotte".

Contatti:

oncologiaocularesi@ao-siena.toscana.it

segreteriaoculistica@ao-siena.toscana.it

0577 585181 (Segreteria oculistica)

0577 586125 (Ambulatorio oncologico – visite da svegli)

CAVITA' ANOFTALMICA - Domande frequenti

Cosa ci sarà al posto dell'occhio?

- Terminato l'intervento di enucleazione, un conformatore (guscio di plastica trasparente e forato) viene inserito in cavità anoftalmica al fine di mantenere gli spazi necessari ad accogliere la protesi. A tal fine bisogna evitare la fuoriuscita accidentale dello stesso e qualora accadesse va immediatamente reinserito. La presenza di fori nel conformatore serve a garantire il passaggio posteriore dei farmaci applicati localmente



Cosa devo fare una volta a casa?

- Bisogna effettuare la medicazione con pomata antibiotico-cortisonica (fino all'inserimento della protesi), un bendaggio semi-compressivo ed evitare di dormire sul lato dell'occhio enucleato (al fine di ridurre l'edema postoperatorio).
- La terapia antibiotica per via sistemica va eseguita per una settimana. Un antidolorifico potrà essere somministrato al bisogno nell'immediato postoperatorio.

Quando va messa la protesi?

- La protesi provvisoria entro 3 settimane dall'intervento, quella definitiva dopo 1 mese dall'intervento.

Come è fatta una protesi?

- Il materiale usato per le protesi è la resina, facilmente modificabile nella sua forma prima della cottura definitiva e resistente a traumi anche di grossa entità. Il colore e la forma saranno il più possibile simili all'occhio adelfo.



La protesi definitiva: quando va sostituita?

- Ogni 3 – 6 mesi nel primo anno di vita
- Ogni 6 mesi per i primi 5 anni
- 1 volta l'anno dai 5 ai 15 anni
- Ogni 2 anni dai 15 anni in su

Perché va sostituita?

- Per garantire lo sviluppo della cavità anoftalmica ed il miglior risultato estetico possibile

Perché bisogna fare il controllo della cavità anoftalmica?

- Per ricercare eventuale presenza di recidiva di malattia
- Per ricercare eventuali problematiche locali quali erosione congiuntivale, estrusione dell'impianto, papillomi, etc.

Gestione familiare della cavità anoftalmica e della protesi

Come dobbiamo gestire la cavità anoftalmica?

- pulendola ogni 2 – 3 giorni con fisiologica dopo rimozione mediante ventosa della protesi
- usando un antibiotico in collirio e/o pomata se infezione e/o infiammazione

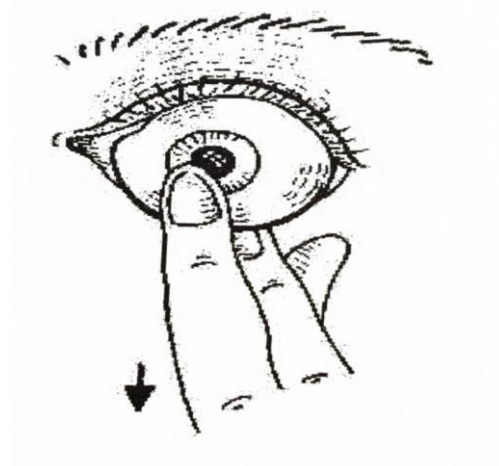
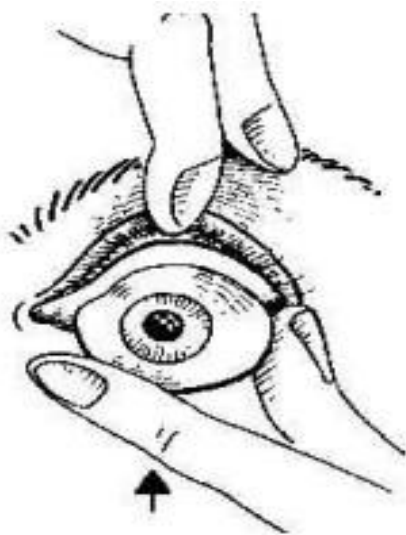
Come dobbiamo gestire la protesi?

- Pulendola ogni 2 – 3 giorni con fisiologica
- Applicando delle lacrime artificiali 4 – 5 volte al giorno per agevolare il movimento palpebrale e farla apparire più lucida e quindi più naturale esteticamente.

Gestione pratica della protesi oculare

- Pulizia della protesi La pulizia della protesi oculare deve essere effettuata con un detergente liquido neutro. La protesi, quando viene rimossa, va insaponata e strofinata per rimuovere i depositi presenti sulla superficie, sciacquata con acqua corrente e reinserita all'interno della cavità. Non devono essere utilizzati liquidi per lenti a contatto, soluzione salina, alcol o acqua ossigenata, che potrebbero rovinare la superficie. Non va mai tenuta immersa in un liquido, ma lavata, asciugata e riposta nell'apposito contenitore, senza cotone o altri involucri. Deve essere mantenuta sempre pulita per evitare infiammazioni della congiuntiva presente nella cavità/bulbo atrofico. Per asciugarla, si deve utilizzare un fazzolettino di carta monouso, prima di reinserirla. La pulizia va effettuata una volta a settimana o più frequentemente, in caso di necessità.

- Inserimento della protesi



- Rimozione della protesi

Inumidire la protesi per poterla far scivolare più facilmente dentro la cavità oculare.

Prendere in mano l'occhio artificiale nel modo in cui dovrà essere poi la direzione dello sguardo. Con l'altra mano, poi, tirare su la palpebra superiore, inserirvi sotto la protesi e sempre con tale mano tenere l'occhio artificiale fino a che la protesi non scivola dentro la cavità oculare, mentre si tira leggermente giù la palpebra inferiore (con l'altra mano). Qualora fosse necessario, si potrà poi correggere la posizione della protesi premendola leggermente con le dita. L'aria eventualmente inglobata in questo modo fuoriesce. Quando si lava o si strofina l'occhio, farlo sempre in direzione del naso. Nella direzione contraria si potrebbe girare o spingere fuori la protesi. Normalmente la parte larga della protesi è rivolta verso l'esterno e la parte corta verso il naso. L'occhio artificiale dovrà essere tolto tenendo lo sguardo rivolto verso l'alto, poi lo si deve appoggiare su una base morbida (asciugamano). È importante premere giù la palpebra inferiore fino a che non diventa visibile il bordo inferiore della protesi. Introdurre poi la punta dell'indice sotto il bordo inferiore della protesi e a questo punto utilizzare anche il dito medio per afferrare l'occhio artificiale e per estrarlo dalla cavità oculare verso il basso. In modo simile la protesi può essere tolta con un uncino, che può essere richiesto al protesista. Le protesi oculari dette anche "occhi artificiali", sono ausili che vanno a sostituire l'occhio in seguito alla sua enucleazione. Per creare le protesi oculari si utilizzano resine acriliche, anallergiche e biocompatibili, che sono più tollerate dai pazienti, sono facilmente lavabili, mantengono molto bene i colori, resistono agli sbalzi di temperatura e presentano grande resistenza a urti e cadute; inoltre, tali protesi sono facilmente modificabili e modellabili per adattarle alla forma della cavità oftalmica del paziente. Le principali funzioni che svolgono le protesi oculari sono:

- Funzione estetica: per una migliore accettazione della propria immagine e per un sereno proseguimento delle proprie attività sociali.
- Funzione protettiva: per un'attività di barriera contro agenti patogeni e irritativi esterni.
- Funzione strutturale: per un mantenimento dell'allineamento delle arcate sopraccigliari, della posizione delle palpebre e della simmetria del volto. La protesi oculare deve essere sostituita regolarmente con una nuova protesi oculare più grande, fino a quando la crescita del bambino è completa. Ciò è necessario per

prevenire il restringimento dell'orbita e per un adeguato sviluppo dei tessuti molli e

delle palpebre. Strategie di coping per favorire la comunicazione tra genitore e bambino Per evitare dei problemi relazionali nel rapporto tra genitore e figlio portatore di protesi oculare, ha un ruolo importante l'infermiere, il quale, grazie a metodi e strategie di coping efficaci può insegnare ai genitori come meglio comunicare con il figlio, per imparare ad accettare e gestire il suo cambiamento fisico. Una delle strategie che meglio permette ai genitori di dialogare con il proprio bambino è il gioco, metodo comunicativo che non solo permette al piccolo paziente di esprimere le proprie emozioni, ma anche di comunicare con gli adulti. Il gioco ha una funzione terapeutica quando viene condiviso da tutto il nucleo familiare, in quanto permette ai genitori di ascoltare e osservare il bambino intervenendo quando quest'ultimo presenta dubbi o paure riguardo la propria condizione. Infatti, il gioco libero, ovvero lasciare che il bambino giochi da solo, non è consigliato in questa situazione, perché permette al bambino solo di passare del tempo ma non di condividere i propri pensieri. La malattia genera scarsa fiducia nel piccolo, per questo devono essere proposte attività che valorizzino la "parte sana" e cercare giochi che gli permettano di ritrovare senso di indipendenza, che accrescano l'autostima e aumentino la sicurezza in se stesso. Inoltre le attività ludiche sono considerate un antistress per i genitori, in quanto permettono a quest'ultimi di mettere da parte, momentaneamente, i problemi ed essere creativi e originali con il loro bambino; essi possono distaccarsi dalla realtà e vedere le difficoltà in modo diverso. Il gioco può aprire la mente dei genitori, e li può aiutare a trovare nuove soluzioni ai problemi e nuovi metodi di interazione con il proprio figlio.

ANOPHTHALMIC CAVITY - Frequent Questions

What will be in place of the eye?

- After the enucleation, a conformer (a transparent and perforated plastic shell) is inserted into the anophthalmic socket in order to maintain the space necessary to accommodate the prosthesis. To this end, it is necessary to avoid accidental release of the same and if it happens it must be immediately reinserted. The presence of holes in the conformer serves to guarantee the posterior passage of locally applied drugs.



What should I do once at home?

- It is necessary to carry out the medication with antibiotic-cortisonic ointment (until insertion of the prosthesis), a semi-compressive bandage and avoid sleeping on the side of the enucleated eye (in order to reduce post operative edema).
- Systemic antibiotic therapy must be performed for a week. A painkiller can be administered as needed in the immediate post-operative period.

When do you put the prosthesis on?

- The provisional prosthesis within 3 weeks from the operation, the definitive one 1 month after the operation.

What is a prosthesis made of?

- The material used for the prostheses is resin, its shape easily modifiable before final size and resistant to even major trauma. The color and shape will be as similar as possible to the adelpic eye.



The definitive prosthesis: when should it be replaced?

- Every 3 – 6 months in the first year of life
- Every 6 months for the first 5 years
- Once a year from 5 to 15 years
- Every 2 years from 15 years of age

Why is it being replaced?

- To ensure the development of the anophthalmic cavity and the best possible aesthetic result

Why is it necessary to check the anophthalmic cavity?

- To search for the presence of any recurrence of the disease
- To search for any local problems such as conjunctival erosion, implant extrusion, papillomas, etc.

Family management of the anophthalmic cavity and the prosthesis

How should we manage the anophthalmic cavity?

- cleaning it every 2 – 3 days with saline after removal of the prosthesis using a suction cup
- using an antibiotic in eye drops and/or ointment if infection and/or inflammation

How should we manage the prosthesis?

- Cleaning it every 2 – 3 days with saline
- Applying artificial tears 4 – 5 times a day to facilitate eyelid movement and make it appear brighter and therefore more natural aesthetically.

Il principe Francesco e il drago che sputava fumo puzzolentino

C'era una volta in un paese lontano un drago che sputava un fumo puzzolentino.

Il paese era molto bello, sui muri delle case c'erano tanti bei disegni colorati, ma i suoi abitanti erano tristi e spaventati, perché avevano paura del drago e del suo fumo puzzolentino, e nessuno, ma proprio nessuno, aveva il coraggio di entrare nel bosco dove viveva il drago.

Un giorno il principe Francesco arrivò in quel paese in sella al suo cavallo.

Il principe Francesco era molto coraggioso e aveva già superato tante sfide, così decise di aiutare gli abitanti di quel paese.

In sella al suo cavallo, con la spada, lo scudo e il magico mantello blu che aveva ricevuto in dono dalla fata del dolce sorriso, si fece indicare la strada e si addentrò nel bosco dove viveva il drago che sputava il fumo puzzolentino.

Più il principe Francesco si addentrava nel bosco, più il drago sputava il suo fumo, ma il principe Francesco non indietreggiò e continuò a cavalcare, anche se l'odore si faceva sempre più forte.

Per non sentire quel terribile puzzo, smise di respirare con il naso e continuò a respirare solo con la bocca.

A un tratto sentì che qualcosa di strano stava accadendo al suo corpo, sentì che il suo corpo stava andando via... ebbe paura di questa sensazione, ma fu allora che il suo magico mantello blu si strinse intorno a lui come un caldo abbraccio che lo sosteneva e lo tratteneva, mentre la voce della fata del dolce sorriso, come una brezza leggera, sussurrava al suo orecchio: "non avere paura Francesco, ti stai solo addormentando, il tuo corpo rimarrà qui, il tuo mantello ti proteggerà e ti terrà qui, al sicuro!"

Rassicurato da quella dolce voce e dalla protezione del suo magico mantello blu, il principe Francesco continuò a respirare quel fumo, poi si stese sul dorso del suo cavallo e si addormentò.

Dormì a lungo, in pace e tranquillità e fece dei sogni bellissimi, pieni di momenti gioiosi e spensierati!

Il principe Francesco aveva scoperto la vera natura del drago che sputava il fumo puzzolentino: non era un drago cattivo di cui avere paura, ma un drago dal cuore buono. Il suo fumo puzzolentino era un fumo magico e meraviglioso, perché chi lo respirava si addormentava e sognava regni lontani, stupendi, pieni di persone gentili e

cose bellissime!

Così corse dagli abitanti di quel paese e disse a tutti di non aver più paura del drago: il fumo puzzolentino aveva un cattivo odore... ma faceva fare sogni bellissimi!

Da quel giorno, gli abitanti trovarono il coraggio di respirare il fumo puzzolentino, non ebbero più paura del drago, e vissero in pace, armonia e speranza nel futuro.

Per tutti i principi e le principesse, e per i loro genitori, che ogni giorno combattono e non si arrendono mai!

Mamma Chiara e il principe Francesco



Codice Fiscale per devolvere il 5 per mille 92023980524

Codice IBAN IT52V0103014299000000314495 per offerte liberalidetraibili fiscalmente.

**Donazione C/C Postale N° 11275534
Intestato a Associazione Genitori Italiana Retinoblastoma
V.le Bracci – 53100 Siena**

**Per iscriverti all'Associazione <https://www.aigr.it/iscrizioni/>
oppure inquadra il QR**

Iscrizione



sito A.I.G.R

