



**SOI Società
Oftalmologica Italiana**
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

4

Congresso Internazionale SOI

SOI International Congress



Roma
17-20 maggio 2006
Hotel Cavalieri Hilton



11th Annual Joint Meeting on Cataract and Refractive Surgery

- SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA
- OCULAR SURGERY NEWS
- ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA
- INTERNATIONAL SOCIETY OF REFRACTIVE SURGERY
AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY



programma



4° congresso internazionale SOI



Roma
17-20 maggio 2006

Sotto l'Alto Patronato

del Presidente della Repubblica

e con il patrocinio

del Ministero della Salute

della Regione Lazio

della Provincia di Roma,
Assessorato alle Politiche Sociali
e per la Famiglia

del Comune di Roma,
Assessorato alle Politiche Sociali
e Promozione della Salute

4	Messaggio del Presidente
5	Consiglio Direttivo & Comitato Scientifico
6	Premiazioni
11	Società Monotematiche aderenti
17	Informazioni generali
23	Appuntamenti
24	Elenco espositori
25	Planimetria dell'esposizione
26	Sintesi programma scientifico
29	Programma scientifico
69	Elenco corsi istituzionali
70	Riassunti corsi istituzionali
72	Elenco corsi monotematici
74	Riassunti corsi monotematici
84	Abstract sessioni internazionali
103	Comunicazioni
124	Poster
134	Elenco Presidenti, Moderatori, Relatori

*Il Consiglio Direttivo ringrazia
per il contributo dato all'Oftalmologia Italiana
i major sponsor:*

ALCON ITALIA
NOVARTIS OPHTHALMICS
SIFI

e

*la Bioos Italia e la Sooft Italia
per il servizio di traduzione simultanea*

È con vivo piacere ed orgoglio che sottopongo all'attenzione di tutti i Colleghi il programma scientifico del 4° Congresso Internazionale SOI 2006.

Ritengo che l'evento di quest'anno dimostri il grande livello qualitativo ed organizzativo raggiunto dalla Società Oftalmologia Italiana.

La creazione di una finestra d'eccellenza aperta verso i numerosi ospiti internazionali risulta essere il punto di arrivo di un percorso lungo ed impegnativo ed un incoraggiamento per tutto il Consiglio Direttivo a perseverare nell'impegno.

La volontà dell'American Academy of Ophthalmology di essere partner, su invito della SOI, del programma scientifico internazionale è la dimostrazione del rispetto e della significatività che l'oculistica italiana ha saputo conquistarsi in tutti questi anni.

E da cosa nascerà cosa, con ulteriori possibilità di interscambio e collaborazioni, già in avanzata fase di studio, con ricadute positive per tutti. Ma permettetemi di entusiasmarvi nel veder numerosi Colleghi stranieri ritornare a Roma per partecipare al nostro congresso.

Naturalmente i Simposi organizzati nell'Auditorium Salone dei Cavalieri rappresentano il programma ufficiale SOI e usufruiranno della traduzione simultanea italiano-inglese.

I numeri sono impressionanti: 60 corsi di istruzione di cui 7 istituzionali. 27 le Società Monotematiche attivamente presenti.

L'esposizione ha superato ogni record per presenze e servizi: quest'anno la novità dei wet-lab organizzati negli spazi espositivi. Prenotatevi ed approfittate di questa opportunità per approfondimenti pratici inerenti le nuove apparecchiature.

Oltre 1000 i funzionari delle aziende espositrici presenti. Ci aspettiamo una straordinaria partecipazione da parte di tutti gli oculisti: anche se abbiamo responsabilmente preso la decisione di porre per la prima volta una quota di iscrizione al congresso per una miglior tutela degli obblighi istituzionali della nostra Società. Se ciò vi ha arrecato disagi o perplessità ce ne scusiamo.

Ma è ora di guardare positivamente al futuro e di cogliere il frutto del lavoro di tutti noi che, anche in questa occasione, verrà apprezzato come elevato e prezioso contributo scientifico alla nostra Disciplina.

Ben tornati a Roma e buon lavoro!

Prof. Corrado Balacco Gabrieli
Presidente SOI

Consiglio Direttivo**Presidente**

Prof. Corrado Balacco Gabrieli

Vice Presidente Vicario

Dott. Antonello Rapisarda

Vice Presidente

Dott. Antonio Mocellin

Segretario Tesoriere

Dott. Matteo Piovella

Vice Segretario

Dott. Alberto Montericcio

Consiglieri

Prof. Marco Borgioli

Dott. Claudio Carbonara

Dott. Roberto Dossi

Prof. Leonardo Mastropasqua

Prof. Marco Nardi

Prof. Giuseppe Ravalico

Prof. Vincenzo Sarnicola

Dott. Giorgio Tassinari

Dott. Carlo Maria Villani

Dott. Lucio Zeppa

Revisori dei Conti Effettivi

Dott. Sen. Rosario Giorgio Costa

Prof. Gian Primo Quagliano

Dott. Luca Capoano

Revisori dei Conti Supplenti

Dott. Danilo Mazzacane

Prof. Paolo Nucci

Comitato Scientifico

Prof. Massimo Busin

Dott. Fabrizio Camesasca

Dott. Luigi Conti

Prof. Federico Garzione

Prof. Giorgio Marchini

Dott. Antonio Marino

Prof. Edoardo Midena

Dott. Mario Nubile

Segreteria

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514-0644702826

fax 064468403

e-mail: sedesoi@soiweb.com

<http://www.soiweb.com>**Segreteria Scientifica**

Consiglio Direttivo SOI

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514-0644702826

fax 064468403

e-mail: sedesoi@soiweb.com

<http://www.soiweb.com>**Segreteria Organizzativa**

Congressi Medici Oculisti s.r.l.

Unipersonale

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514

fax 064468403

e-mail: congressimedici@tin.it

Consulente per il Consiglio Direttivo

Maria Moretti Rossi

Ufficio Stampa

Responsabile: Monica Assanta

Assert Communication

Via V. Monti, 41 - 20121 Milano

Tel. 0243995206

e-mail: ufficiostampa@soiweb.com

Gian Battista Bietti *medal lecture***ROBERTO SAMPAOLESI**

Chief Professor of the Department of Ophthalmology of the "Universidad del Salvador" from 1962 to 1992. Chief Professor of the Department of Ophthalmology of the University of Buenos Aires from 1982 to 1992. Professor Emeritus of the University of Buenos Aires from 1992 to present time. In 1998 he was appointed Director of the Course of Specialization in Ophthalmology of the University of Buenos Aires.

Member of the Academy of Medicine of Rome, the American Academy of Ophthalmology and the French, German and Italian Societies of Ophthalmology. Honorary member of many Latin American Societies of Ophthalmology. Honorary Member of the Argentine Medical Association and Past President (1983-84) of the Argentine Society of Ophthalmology.

He has been appointed Emeritus Member of the International Ophthalmic Microsurgery Study Group. Founding member of the Club Jules Gonin and of the International Glaucoma Society, Member of the International Society of Ultrasound (SIDUO), International Perimetric Society. He has authored the books: "Glaucoma" (1st and 2nd editions) and "Ultrasound in Ophthalmology". He has edited the books: "Modern Problems in Ophthalmology vol. 6" (1966), "Ultrasonography in Ophthalmology" (1988) and "Seventh International Meeting on Scanning Laser Ophthalmoscopy, Tomography and Microscopy. Update 1" (1999). He has authored more than 130 papers in many languages (Spanish, English, Italian, French and German) published in peer-review journal worldwide. He has co-authored the books: "Basics of Ophthalmology"; "Confocal Tomography of the retina and optic nerve"; "Confocal Tomography of the Retina and the Optic Nerve Head". He has been an invited contributor in several books.

He has been the President of the "12th Meeting of the SIDUO", the "14th Argentine Congress of Ophthalmology" and the "Seventh International Meeting on Scanning Laser Ophthalmoscopy, Tomography and Microscopy", (Bariloche, Argentina, 1999). In 2001, he organized in Buenos Aires the "Updating Course: Medical and Surgical Therapy for glaucoma". He was awarded the following Prizes: Biennial "Pedro Lagleyze" (1955), "Josefina Sabin" (1960) and "Noceti Tiscornia" (1961 and 1987). In 1994 he was the "Jules Francois Memorial Lecturer" at the SIDUO Meeting (Cortina D'Ampezzo, Italy). In 1995, the Pan-American Society of Ophthalmology created the Roberto Sampaolesi Honorary Conference and Prof. Sampaolesi was in charge of the first one during the 20th Pan-American Congress of Ophthalmology (Quito, Ecuador). In 1995 he was in charge of the "Annual Report", organized by the Argentine Society of Ophthalmology, and was invited by the University of Texas to give the Special Lecture at the "Meeting on Scanning Laser Ophthalmoscopy, Tomography and Microscopy". In 1998 he was guest of honor at the Swiss Ophthalmological Society Meeting. In 2001 he was invited as keynote lecturer at the "First International Congress on non-penetrating glaucoma surgery" (Lausanne, Switzerland). In 2002 he was the Guest of Honor at the "Forum Oftalmologico Medio Adriatico" (San Benedetto del Tronto, Italy), where he was in charge of 5 keynote lectures. At the Meeting "Italians in America. Special edition: Argentina", the Glaucoma Day was organized as a tribute to him, with a lecture on Glaucoma given by him. In 2002, he was invited to give a lecture at the "Santa Maria de la Misericordia" Hospital of Udine, Italy, before his participation in the "International Ophthalmology Symposium" (Udine, Italy). In 2003 he was in charge of the keynote lecture and other presentations at the "2nd International Meeting of Glaucoma Surgery" (Luxor, Egypt). In 2003 he lectured at the "Tor Vegata" University of Rome, attended the ICO Glaucoma Society Meeting (Chantilly, France) and was invited to contribute with 3 presentations at the "Svyatoslav Fyodorov Memorial Lectures" and at the Course "Highlight of glaucoma surgery", in Moscow, Russia. Every year he is invited as a speaker to the "Meeting of Ocular Health" (Montevideo, Uruguay).

Benedetto Strampelli medal lecture**RICHARD L. LINDSTROM**

Dr. Richard L. Lindstrom, founder and attending surgeon of Minnesota Eye Consultants, is a board-certified ophthalmologist and internationally recognized leader in corneal, cataract, refractive and laser surgery. He has been at the forefront of ophthalmology's evolutionary changes throughout his career, as a recognized researcher, teacher, inventor, writer, lecturer and highly acclaimed physician and surgeon.

After graduating Magna Cum Laude from the College of Liberal Arts at the University of Minnesota, Dr. Lindstrom completed his doctorate degree in medicine in 1972. He conducted research, residency and fellowship training at the University of Minnesota and affiliated hospitals and extended his fellowship training at Mary Shield Hospital in Dallas and as a Heed Fellow at University Hospitals in Salt Lake City. In 1980, Dr. Lindstrom returned to the University of Minnesota, where he spent ten years on the faculty of the Department of Ophthalmology, the last two as a full professor and the Harold G. Scheie Research Chair. He continues as an Adjunct Professor Emeritus at the University of Minnesota. He entered private practice in 1989, and has led the growth and expansion of Minnesota Eye Consultants as managing partner. Dr. Lindstrom is medical director of the Phillips Eye Institute Center for Teaching and Research in Minneapolis and plays an active role in teaching and training at the Phillips Eye Institute and the University of Minnesota. He is also medical director of TLC Vision, Midwest Surgical Services, and associate director of the Minnesota Lions Eye Bank.

Dr. Lindstrom was Secretary of the Executive Committee of the American Society of Cataract and Refractive Surgeons and has been elected Vice President/President Elect of the ASCRS Executive Committee. He is the Chair of the Corporate Gifts Committee of the American Society of Cataract and Refractive Surgeons. He is Chairman and CEO of Lindstrom Cleaning and Construction, a three-generation family business.

Dr. Lindstrom holds 32 patents in ophthalmology and has designed a number of intraocular lenses and instruments that are used in clinical practices globally. He serves on the Board of Directors of TLC Vision, Occulogix, eyeonics and the Minnesota Medical Foundation, and Inner City Tennis. A frequent lecturer throughout the world on cornea, cataract and refractive surgery, he has presented over 35 named lectures and keynote speeches before professional societies in the U.S. and abroad.

Dr. Lindstrom serves on a number of editorial boards, including JCRS, JRS and OSN, OSN International, OSN Latin America, and OSN Japan where he is Chief Medical Editor. He is the Honorary Editor-in-Chief of the U.S./Chinese Journal of Ophthalmology, and on the Tracey Medical Advisory Board. He has co-edited three books, published over 350 journal articles and 60 book chapters. His professional affiliations are extensive, including Global Education Director of the American Academy of Ophthalmology for refractive surgery, past President of the International Intraocular Implant Club, past President of the International Society of Refractive Surgery, and is a member of the American Ophthalmology Society. He is the recipient of numerous awards for distinguished service by national and international ophthalmology associations, including the LANS, Barraquer and the first lifetime achievement award from the International Society of Refractive Surgery, the Binkhorst Lecture Award from the American Society of Cataract and Refractive Surgery, and the Paton Award from the Eye Bank Association of America.

**LUCA MICHELONE**

Date of birth: 5 October 1977

Degree in "Medicina e Chirurgia" from University of Trieste (19 December 2003).

Specializing in Ophthalmology from Eye Clinic, University of Trieste.

Only person in charge of the Optical Coherence Tomography (OCT) unit in the Eye Clinic of the University of Trieste.

Speaker in various national and international congresses.

Winner of "Miglior Poster dell'85° Congresso SOI".

**Mario Gelsomino SOI Award****SOI Award "A life spent serving ophthalmology"****BRUNO MONFRINI**

Bruno Monfrini, President of NewTech SpA, started working in 1959 in ACISE Snc as a junior and his initial job consisted of managing importations and the warehouse, and taking care of post accounts. Later he worked as a technician and a sales person.

In 1975 ACISE was sold to Mr Schwind who changed the name into ACISE-SCHWIND SpA. In September of the same year Mr. Monfrini became the Managing Director and began travelling around the world, especially in the US to participate in congresses, such as the AAO and ASCRS Meetings.

In 1982 Mr Schwind sold the company to Mr Ranalli, who changed it into ACISE-ITALIA, and Mr Monfrini was appointed President of the board of Directors. At the end of 1987, he was ready to set up New Tech SpA, which started its own activity on March 1988.

Today New Tech is a very well known Company in Italy as well as abroad. These important results could be reached also thanks to the contribution of the people who worked and still work with New Tech and who Mr. Monfrini is sincerely grateful to.

A.I.C.C.E.R.

Presidente:
Segretario Scientifico:
Segretario Amministrativo:

Associazione Italiana di Chirurgia della Cataratta e Refrattiva

A. Caporossi
P. Vinciguerra
V. Orfeo

Via Donizetti, 24 - 20052 Monza (MI) - Tel. 0392300669 - Fax 0392300964
e-mail: aiccer@vedobene.com

A.I.La.R.P.O.

Presidente:
Segretario:

Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica

F. Dossi
G. Aimino

Corso Vittorio Emanuele II, 14 - 10123 Torino - Tel. 011884000 - Fax 011888028
e-mail: ailarpo@libero.it

A.I.S.

Presidente:
Segretario:

Associazione Italiana Strabismo

G. Ferreri
G.B. Marcon

Clinica Oculistica - Ospedale S. Orsola - Malpighi
Via Massarenti - 40100 Bologna - Tel./Fax 051511187

A.I.S.Co.

Presidente:
Segretario:

Associazione Italiana Studio Cornea

F.M. Grignolo
C.E. Traverso

Clinica Oculistica dell'Università di Torino
Via Juvarra, 21 - 10122 Torino - Tel. 0115666032 - Fax 011539024

A.I.S.G.

Presidente:
Segretario:

Associazione Italiana Studio per il Glaucoma

B. Boles Carenini
B. Brogliatti

Clinica Oculistica dell'Università di Torino
Via Juvarra, 19 - 10122 Torino - Tel. 0115666032 - Fax 011539024
e-mail: oftalmologicaaisg@libero.it

Fondazione per la Macula

Presidente:

F. Cardillo Piccolino

Piazza della Vittoria, 14/6 - 16121 Genova - Tel. 0105954873
e-mail: info@fondazionemacula.it - www.fondazionemacula.it

G.I.V.

Presidente:
Segretario:

Gruppo Italiano Vitreo

V. De Molfetta
A. Battistini

Dipartimento di Oculistica - Ospedale S. Gerardo
Via Solferino, 16 - 20052 Monza (MI) - Tel. 0392333867 - Fax 0392302692

G.I.V.Re.

Presidente:
Segretario:

Gruppo Italiano di Chirurgia Vitreoretinica

S. Zenoni
G. Tassinari

Divisione Oculistica - Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi
Largo Bartolo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna
Tel. 0516478582 - Fax 0516478945 - e-mail: segreteria@givre.it

IAPB Italia

Presidente:

Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - Sezione Italia

G. Castronovo

Via G.B. Vico, 1 - 00196 Roma
Tel. 0636004929 - Fax 0636086880 - e-mail: sezione.italiana@iapb.it

IAWES

Presidente:

International Association Women Eye Surgeons

L. Scorolli

Clinica Oculistica - Policlinico S. Orsola Malpighi - Università degli Studi
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. / Fax 051345176

O.P.I. Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana*Presidente:*
*Segretario:*G. Lesnoni
V. OrfeoClinica Mediterranea, Via Orazio, 2 - 80122 Napoli
Tel. 0817259206 - Fax 0817644843 - e-mail: segreteria@oculistipi.it**R.O.P. Gruppo di Studio Retinopatia del Pretermine***Presidente:*
Segretario Oculista:
Segretario Neonatologo:
*Segretario Tesorerie:*V. Console
G. Anselmetti
C. Romagnoli
D. Spinelli

Via Belfiore, 16 - 20145 Milano - e-mail: anselmetti@tin.it

S.I.Co.M. Società Italiana di Contattologia Medica*Presidente:*
*Segretario:*P. Troiano
E. BonciClinica Oculistica Ospedale Maggiore di Milano IRCCS
Via F. Sforza, 35 - 20122 Milano
Tel. 0255033919 - Fax 025453186
e-mail: info@contattologiamedica.it - www.contattologiamedica.it**S.I.C.O.P. Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica***Presidente:*
*Segretario:*G. Bonavolontà
C. de ConciliisVia Plinio, 64 - 20129 Milano - Tel. 0245489754 - Fax 02700420375
e-mail: info@sicopweb.it - www.sicopweb.it**S.I.C.S.S.O. Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare***Presidente:*
*Segretario:*V. Sarnicola
A. MontericcioVia Mazzini, 62 - 58100 Grosseto
Tel. 0564414775 - Fax 0564425691**S.I.E.D. Società Italiana di Endoscopia e Dacriochirurgia***Presidente:*
*Segretario:*C.M. Valazzi
G. Davì

Via Cal Piandre, 7 - 31049 Valdobbiadene (TV)

S.I.E.O. Società Italiana di Ecoftalmologia*Presidente:*
*Segretario:*V. Mazzeo
T. AvitabileVia Clementi, 36 - 95124 Catania - Tel. 0957435710
e-mail: clinicaoculistica@mbox.unict.it**S.I.E.T.O. Società Italiana di Ergoftalmologia e Traumatologia Oculare***Presidente:*
Segretario Ergoftalmologia:
*Segretario Traumatologia:*V. De Molfetta
V. Bongiorno
M. Borgioli

Viale Martiri della Libertà, 57 - 62100 Macerata - Tel. 0733236493 - Fax 0733237977

S.I.L.O. Società Italiana Laser in Oftalmologia*Presidente:*
*Segretario:*R. Brancato
B. LumbrosoDipartimento di Oftalmologia e Scienze della Visione - Ospedale San Raffaele
Via Olgettina, 60 - 20132 Milano - Tel. 0226432648 - Fax 0226433643
e-mail: brancato.rosario@hsr.it - www.siloweb.com**S.I.N.O. Società Italiana di Neuroftalmologia***Segretario:*

S. Bianchi Marzoli

Ospedale S. Raffaele - Servizio di Neuroftalmologia
Via Olgettina, 60 - 20132 Milano - Tel. 0226433589 - Fax 0226433550
e-mail: bianchi.stefania@hsr.it

S.I.O.G. Società Italiana di Oftalmologia Genetica

Presidente: F. Simonelli
Segretario: A. Sodi

Dipartimento di Oftalmologia - II Università di Napoli
Via Pansini, 5 - 80131 Napoli - Tel./Fax 0815666767 - e-mail: francetes@tin.it

S.I.O.L. Società Italiana Oftalmologia Legale

Presidente: D. Spinelli
Segretario: F. Cruciani

Dipartimento Scienze Oftalmologiche - Università degli Studi "La Sapienza"
Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma
Tel. 0649975364 - Fax 0649975304 - e-mail: Filippo.Cruciani@tin.it

S.I.O.O. Società Italiana di Oncologia Oculare

Presidente: E. Balestrazzi
Segretari: M.A. Blasi, N. Delle Noci

Clinica Oculistica de L'Aquila - Ospedale San Salvatore
Viale Nizza, 5 - 67100 L'Aquila - Tel. 0862319673 - Fax 0862319672

S.I.R. Società Italiana Retina

Presidente: A. Giovannini
Segretario: F. Bandello

Clinica Oculistica - Università degli Studi
Piazza S. Maria della Misericordia - 33100 Udine
Tel. 0432559907 - Fax 0432559904 - e-mail: segreteria.sir@retina.it

S.I.Tra.C. Società Italiana Trapianto di Cornea

Presidente: S. Fruscella
Segretario: L. Spadea

Piazza della Marina, 9 - 00196 Roma
Tel. 063211910 - Fax 063201258 - e-mail: info@sitrac.it

S.I.U.M.I.O. Società Italiana Uveiti e Malattie Infiammatorie Oculari

Presidente: A.G. Secchi

Clinica Oculistica - Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Tel. 0498212978 - Fax 0498755168 - e-mail: segr.oculistica@unipd.it

Sede del Congresso

CENTRO CONGRESSI HOTEL CAVALIERI HILTON
Via Cadlolo, 101 - 00136 Roma - Tel. 06 35091

Segreteria Scientifica

Consiglio Direttivo S.O.I.
Via dei Mille, 35 - 00185 Roma - Tel. 06 4464514 - 06 44702826 - Fax 06 4468403
e-mail: sedesoi@soiweb.com

Segreteria Organizzativa

Congressi Medici Oculisti Srl
Via dei Mille, 35 - 00185 Roma - Tel. 06 4464514 - Fax 06 4468403
e-mail: congressimedici@tin.it

Prenotazioni alberghiere

Studio Schiavo - Consulenze & Servizi Congressuali
Via Casilina Nord, 387 - 03100 Frosinone - Tel./Fax 0775 871538
e-mail: prenotel@sedesoi.com

**MODALITÀ
DI PARTECIPAZIONE
AL CONGRESSO****PAGAMENTO:**

l'iscrizione al congresso dovrà essere pagata a:

Congressi Medici Oculisti Srl
con le seguenti modalità:

- Assegno di c/c
- Contanti
- Bancomat
- Carte di Credito: Visa, MasterCard, American Express

Per poter accedere al 4° Congresso Internazionale SOI, all'esposizione e a tutte le manifestazioni congressuali è necessario essere iscritti al congresso ed in regola con il pagamento della quota associativa.

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

Da quest'anno, per partecipare al 4° Congresso Internazionale, è necessario versare una quota di iscrizione. Il Consiglio Direttivo ha deciso che tale quota includa le colazioni di lavoro allestite presso le nuove sale dell'Hotel Hilton. Pertanto, la quota di partecipazione per i soci SOI, in regola con le quote associative, è stabilita come segue:

■ Soci SOI (<i>in regola con la quota associativa 2006</i>)	€ 120,00
■ Medici specialisti (<i>su presentazione di attestato di specialità</i>)	€ 250,00
■ Oculisti non Soci SOI	€ 900,00
■ Studenti in medicina ed in ortottica (<i>su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica di studenti</i>)	€ 0,00
■ Ortottisti, Assistenti di sala operatoria	€ 100,00
■ Biologi	€ 100,00
■ Oftalmologi stranieri	€ 180,00

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AI CORSI

■ Corsi istituzionali SOI	€ 0,00
■ Corsi di istruzione	€ 40,00
■ Corso CERSOI	€ 240,00

**MODALITÀ
DI PARTECIPAZIONE
AI CORSI**
CORSI DI ISTRUZIONE

Per la partecipazione ai corsi è prevista una quota di adesione come specificato nel dettaglio alla voce relativa.

**CORSI ISTITUZIONALI SOI
DI AGGIORNAMENTO PERMANENTE**

Il Consiglio Direttivo ha deciso di offrire una importante opportunità di aggiornamento per i soci in regola che potranno frequentare gratuitamente corsi istituzionali della Società Oftalmologica Italiana in occasione dei congressi SOI.

I corsi sono programmati come segue:

Mercoledì 17 maggio 2006

Corso A	Glaucoma	ore 11.30-13.30	Sala Verde
Corso B	Oncologia oculare	ore 14.30-16.30	Sala Verde

Giovedì 18 maggio 2006

Corso C	Retina	ore 8.00-10.00	Sala Verde
Corso D	Contattologia	ore 14.30-16.30	Sala Verde
Corso E	Cornea	ore 17.00-19.00	Sala Verde

Sabato 20 maggio 2006

Corso F	Semeiotica	ore 8.30-10.30	Sala Verde
Corso G	Orbita	ore 11.00-13.00	Sala Verde

Si ricorda che i posti gratuiti sono limitati a 100 e che verranno accettati in ordine cronologico.

Ogni socio può richiedere un massimo di n. 2 corsi, indicando quello di suo maggior interesse. La segreteria provvederà ad assegnare secondo disponibilità.

La partecipazione ai corsi è nominativa e non cedibile al fine di evitare disguidi nell'assegnazione dei crediti ECM.

I Congressi Nazionali delle **Società Monotematiche** potranno prevedere una quota di partecipazione a totale discrezione delle società stesse i cui importi – specificati alla pagina del programma relativo – verranno riscossi a cura delle relative segreterie.

Le quote associative annuali per le Società Monotematiche potranno essere regolarizzate in sede congressuale ai desk appositamente allestiti in prossimità delle rispettive sale.

**QUOTE
ASSOCIATIVE
AL CONGRESSO**

I pagamenti della quota associativa 2006 potranno essere effettuati con le seguenti modalità:

- Assegno di c/c
- Contanti
- Bancomat
- Carta di credito
Visa, MasterCard

Il banco di registrazione del congresso avrà i seguenti orari:

■ Martedì 16 maggio	ore 18.00-20.00
■ Mercoledì 17, Giovedì 18, Venerdì 19 maggio	ore 8.00-19.00
■ Sabato 20 maggio	ore 8.00-13.00

Le quote di iscrizione per l'anno 2006 sono stabilite come segue:

RINNOVI	entro il 31/1	dopo il 31/1
■ Socio Benemerito Sostenitore	€ 670,00	€ 870,00
■ Socio Ordinario	€ 420,00	€ 670,00
■ Specializzandi	€ 220,00	€ 470,00
■ Oftalmologi stranieri <i>(con residenza e attività professionale all'estero)</i>	€ 180,00	€ 430,00

N.B. - Si ricorda l'art. 5 del Regolamento dell'Associazione.

Art. 5 - Quota di iscrizione. La quota di iscrizione deve essere versata alla Associazione con le modalità stabilite dal Consiglio Direttivo entro il 31 gennaio dell'esercizio in corso. I Soci Ordinari che non esercitino più la professione sono esonerati dal pagamento della quota annua, pur conservando tutti i diritti di Socio.

"Nello stabilire le quote di iscrizione come previsto nel 1° comma, il Consiglio Direttivo può fissare, per i soci che, a causa del permanere della computerizzazione dei loro dati anche in carenza di regolare versamento della quota, abbiano ugualmente potuto fruire anche se in minima parte di servizi associativi, una quota di riammissione da versarsi con la quota ordinaria". *[omissis...]*

Badge

Al momento della registrazione in sede congressuale ad ogni partecipante in regola con le quote di iscrizione verrà consegnato un badge nominativo personale e non cedibile, pena l'annullamento, che dovrà essere portato in modo visibile. Il badge consentirà l'accesso all'area espositiva e congressuale tramite la lettura di un codice a barre. L'eventuale duplicazione del badge darà luogo automaticamente all'annullamento del precedente ed avrà un costo di € 25,00.

I badges saranno così contraddistinti:

- Partecipanti Espositori Staff  Consiglio Direttivo

Ai partecipanti in regola saranno consegnati in sede congressuale:

- Badge, indispensabile per l'ingresso e la circolazione nella zona espositiva e congressuale
- Attestato di partecipazione
- Borsa congressuale
- Documentazione ECM

Attestati di partecipazione

Gli attestati verranno rilasciati unicamente su richiesta personale dell'interessato ed emessi solo per i giorni di effettiva presenza.

**Programma di
aggiornamento continuo
Acquisizione crediti**

La partecipazione al 4° Congresso Internazionale SOI dà diritto all'acquisizione di crediti stabiliti dal Ministero della Salute. L'accreditamento è stato richiesto per ogni singola Sessione e per ogni Corso di cui la segreteria abbia ricevuto documentazione completa entro i termini stabiliti dal regolamento ECM. Sono stati richiesti i Crediti anche per gli Ortottisti, gli Infermieri e i Biologi nelle seguenti Sessioni e Corsi:

- per Ortottisti: Sessione 24, Sessione 44, Corso CERSOI, Corso 143, Corso 148
- per Infermieri: Corso CERSOI
- per Biologi: Sessione 8

Non è stato possibile accreditare la Sessione 41-bis.

**Modalità per l'ottenimento
dei Crediti**

- Partecipazione effettiva all'intera durata della Sessione o Corso.
- Compilazione delle schede di valutazione degli eventi ECM.
- Compilazione dei test di apprendimento, sulla base delle relazioni seguite.
- Rilevazione della presenza effettiva alle varie Sessioni effettuata tramite controllo elettronico dei badge.
- Restituzione del Fascicolo RISPOSTE alla Segreteria, prima di lasciare il Congresso, completo di tutti i dati richiesti, codice del partecipante (numero posto in basso a destra sul badge), firma.
- La certificazione attestante l'acquisizione dei Crediti verrà inviata dopo l'avvenuta comunicazione da parte del Ministero, i cui tempi di assegnazione non sono determinabili, e dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.

Traduzione simultanea

È previsto un servizio di traduzione italiano-inglese nelle sessioni in Sala Cavalieri, per la sessione 22 di giovedì e per il corso 128 di venerdì in sala Ellisse.

Ristorazione

Buffet lunch compreso nella quota di iscrizione al congresso.

Prenotazioni alberghiere

Lo Studio Schiavo è stato incaricato di ottenere la prelazione su un certo numero di camere, da riservare a partecipanti ed espositori. In sede congressuale può essere contattato all'apposito desk.

Servizio navetta

Gli alberghi prenotati tramite la segreteria sono collegati alla sede congressuale, al mattino per l'inizio delle sessioni ed alla sera al termine delle riunioni in programma.

Esposizione

Nell'ambito dell'area congressuale è stata allestita una esposizione tecnico-scientifica che può essere visitata da tutti gli iscritti muniti di badge. Gli espositori devono rivolgersi al loro desk per ritirare i badge nominativi a cui hanno diritto.

Guardaroba

All'ingresso è allestito un servizio guardaroba gratuito a cura dell'Hotel Hilton.

OPPORTUNITÀ PER I SOCI

Durante la Sessione n. 3 – "New Horizons in Ophthalmology" tra i partecipanti Soci SOI presenti in sala verranno **estratti a sorte 10 nominativi** ai quali sarà riconosciuta l'**iscrizione gratuita alla SOI** per l'anno 2007.

INFORMAZIONI PER I RELATORI

Tutte le sale sono dotate di videoproiezione esclusivamente VHS e di proiezioni da computer.

Non è prevista la proiezione di diapositive.

Per le presentazioni da computer è consentito utilizzare il proprio personal computer. È inoltre vivamente consigliato di munirsi di una ulteriore copia del lavoro su dischetto o CD da consegnare al centro prova proiezioni. È possibile limitarsi a consegnare "al centro prova proiezioni" un supporto magnetico che verrà consegnato dagli addetti al centro ai tecnici di sala.

Allo scopo di uniformare le dotazioni di 10 sale e consentire un agile svolgimento del programma scientifico, chiediamo a tutti i relatori la massima collaborazione nel prestare attenzione alle richieste dei tecnici.

Le presentazioni da PC devono essere predisposte con programma POWER POINT e presentate su Floppy Disk, oppure su CD, oppure su Pen Desk USB (chiavetta), oppure con proprio computer.

Il materiale video o informatico deve essere consegnato al personale tecnico del centro prova proiezioni **ALMENO 3 ORE** prima dell'inizio della sessione, dopo averlo verificato e siglato. Non è assicurata la corretta proiezione di supporti consegnati dopo il termine o direttamente al tecnico di sala.

I relatori che utilizzano il proprio computer sono pregati di verificare comunque presso i tecnici del centro prova la compatibilità del loro strumento con le dotazioni del congresso e presentarsi in sala **ALMENO 30 MINUTI** prima del loro intervento.

Non è possibile proiettare in contemporanea un video e una proiezione da computer in quanto ogni aula sarà attrezzata con un solo proiettore dedicato alternativamente a proiettare un video o una presentazione da computer.

Centro prova proiezioni

Il servizio è a disposizione dalle ore 18.00 alle ore 20.00 di martedì 16 maggio per i relatori delle prime sessioni di mercoledì 17 maggio, ed i giorni successivi secondo gli orari del programma scientifico.

Comunicazioni

I presentatori di comunicazioni hanno a disposizione 7 minuti.

Poster

I poster accettati dovranno essere affissi dalla mattina di mercoledì 17 maggio 2006 per tutta la durata del congresso a cura dell'autore. Le dimensioni massime dovranno essere di cm 90 di base per cm 110 di altezza. I poster verranno discussi nella sessione loro dedicata. I presentatori di poster hanno a disposizione 3 minuti.

CERSOI
Ente di certificazione
di qualità SOI

In occasione del 4° Congresso Internazionale, SOI ripropone un'importante opportunità di aggiornamento professionale, organizzando una edizione del **CORSO SULLA QUALITÀ IN OCULISTICA (REQUISITI TECNICI, ISO 9001), I SISTEMI CERSOI PER LA CERTIFICAZIONE**

■ **giovedì 18 maggio dalle 8.00 alle 13.00, Sala Rodi**

Il corso, che ha una durata di cinque ore, offre ai partecipanti la possibilità di affrontare il tema della certificazione di qualità in ambito oculistico. Il possesso di un sistema di qualità sta assumendo rilevanza sempre crescente e in alcune regioni è già requisito per l'autorizzazione e l'accreditamento. È facile prevedere che tale requisito sarà presto esteso anche al resto d'Italia.

CERSOI è l'ente di certificazione di qualità SOI costituito da SOI AMOI per offrire agli oculisti italiani una struttura autorevole in grado di certificare la qualità nello svolgimento dell'attività oculistica, sia essa diagnostica, chirurgica o chirurgica refrattiva. La quota di iscrizione al corso, ancora in fase promozionale, è di 240 Euro (IVA inclusa). Le iscrizioni sono aperte ai medici oculisti, gli assistenti di sala e i responsabili di struttura.

Il corso affronterà i seguenti argomenti:

1. scopi e vantaggi della certificazione
2. meccanismi di tutela e struttura organizzativa degli organismi di certificazione
3. comunicazione con i clienti
4. i diversi schemi di certificazione della cersoi
5. certificazione degli studi medici
6. certificazione chirurgia oculistica e refrattiva
7. le norme iso 9001:2000
 - sistema di qualità
 - responsabilità della direzione
 - gestione delle risorse
 - realizzazione del servizio
 - misurazione analisi e miglioramento
8. requisiti cersoi vs iso 9001
9. criteri per la redazione dei documenti della qualità
10. come ottenere la certificazione

Il corso è tenuto dal dott. Lorenzo Salvi, esperto di certificazione e consulente per la qualità di numerose strutture sanitarie.

Per ulteriori informazioni sull'attività di CERSOI, si rimanda al sito internet della SOI www.soiweb.com/cersoi.html oppure telefonicamente alla segreteria tecnica **tel. 06.84241848**

Premi scientifici

Premio "Mario Gelsomino" - Borsa di studio annuale

Attribuzione del Premio come da bando pubblicato sul programma dell'85° Congresso Nazionale SOI.

ISRS/AAO

ISRS / AAO organizza un wet-lab per il quale i partecipanti sono pregati di rivolgersi direttamente allo stand 137.



SESSIONE 3

New Horizons in Ophthalmology

Il giorno **mercoledì 17 maggio**
in **Sala Cavalieri** alle ore **16.45**

SOI, OSN, AICCER e ISRS/AAO presentano

Keynote Lectures Symposium "New Horizons in Ophthalmology"

- **Benedetto Strampelli Medal Lecture**
CATARACT SURGERY IN THE GLAUCOMA PATIENT
Richard L. Lindstrom
Professor of Ophthalmology, Phillips Eye Institute and Minnesota Eye & Laser Surgery Center, Minneapolis, USA
- **Mario Gelsomino SOI Award 2005**
- **Gian Battista Bietti Medal Lecture**
CONGENITAL GLAUCOMA MANAGEMENT
Roberto Sampaolesi
Professor Emeritus of Ophthalmology, University of Buenos Aires, Argentina
- **SOI Award "A LIFE SPENT SERVING OPHTHALMOLOGY"**



Assemblea Ordinaria dei Soci SOI

Il giorno **giovedì 18 maggio**
in **Sala Belle Arti** alle **ore 12.45** è indetta la

Assemblea Ordinaria dei Soci

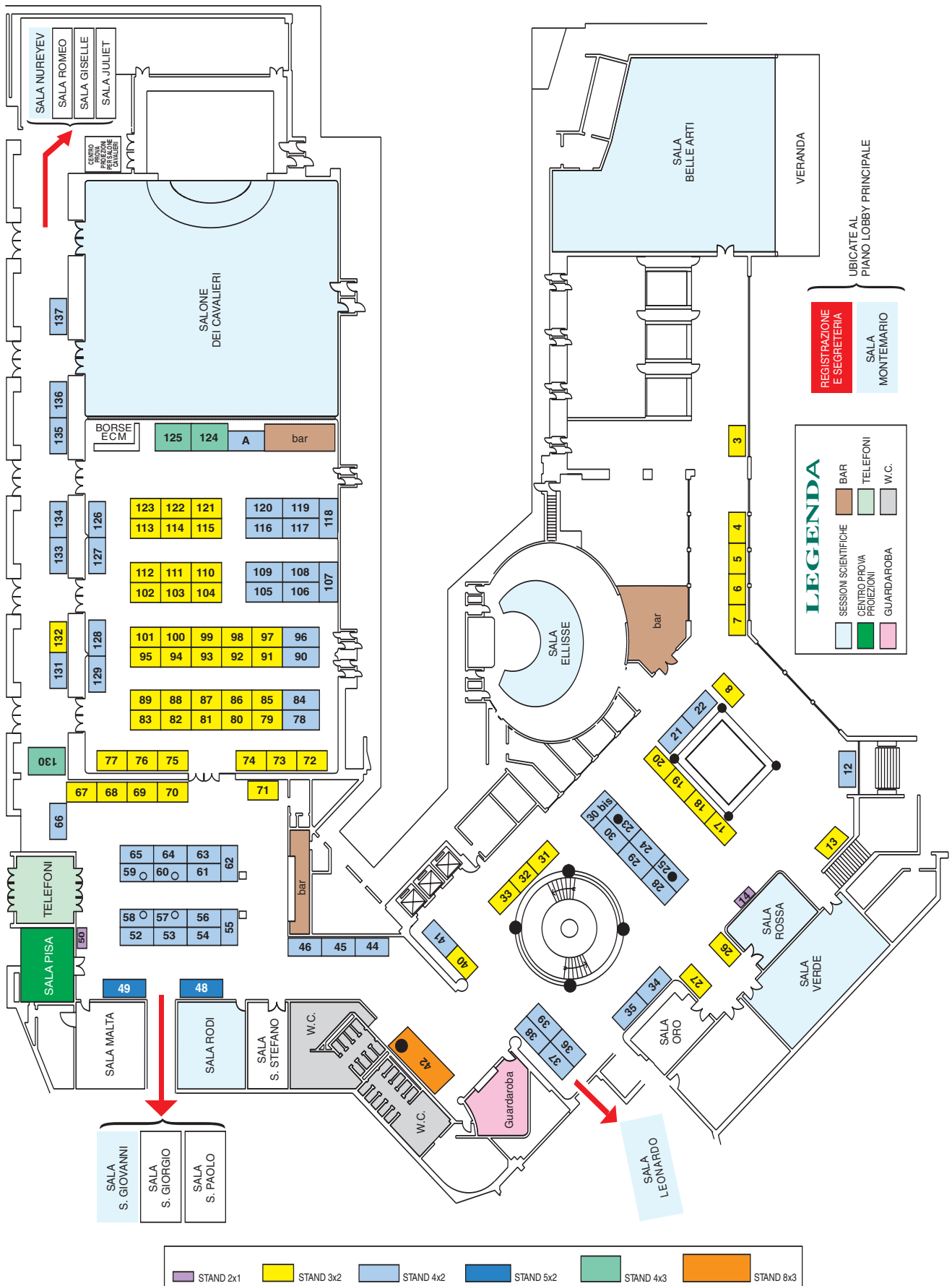
della Società Oftalmologica Italiana Associazione Medici Oculisti Italiani

ORDINE DEL GIORNO

- ① Relazione del Presidente sulle attività della ASSOCIAZIONE, consuntivo e nuovi indirizzi
- ② Relazione del Segretario Tesoriere, del Collegio dei Revisori dei Conti ed approvazione del rendiconto economico e patrimoniale chiuso al 31 dicembre 2005 ed approvazione del rendiconto preventivo 2006
- ③ Rinnovo componenti del Collegio Revisori dei Conti
- ④ Ratifica modifiche regolamentari approvate dal Consiglio Direttivo
- ⑤ Ratifica dell'ammissione dei nuovi soci
- ⑥ Varie ed eventuali

Azienda	Stand
A.C. SERVICE S.r.l.	17
AGENZIA INT. PREVENZIONE CECITÀ	
ALCON ITALIA S.p.A.	52-53-54-55-56-57-58
ALFA INTES S.r.l.	19-20-21-22
ALLERGAN S.p.A.	67-68-69-70
AMO ITALY S.r.l.	105-106-107-108-109
ASSICURAZIONI - SOI	27
BAUSCH & LOMB IOM S.p.A.	23-24-25-28-29-30-30bis
BECTON DICKINSON ITALIA S.p.A.	12
BRUSCHETTINI S.r.l.	92
C.B. MEDICAL S.r.l.	73-74
C.I.O. S.c.a.r.l.	78-84
C.S.O. S.r.l.	93-94-95
CARL ZEISS S.p.A.	116-117-118-119-120
CERSOI S.p.A.	26
COOPERVISION ITALIA S.r.l.	8
E. JANACH S.r.l.	31
E.T.I. S.r.l.	133
EDILMON S.r.l.	14
EOS OFTALMICA S.r.l.	A
ESPANSIONE MARKETING S.p.A.	129
EUPHARMED S.r.l.	126-127
F.A.S.S. S.r.l.	72
FABIANO S.r.l.	40-41
FARMIGEA S.p.A.	79-80-81-85-86-87
FIorentINO A.M. S.r.l.	44
FOGLIAZZA & C. S.a.s.	5-6
FRATEMA OPHTHALMICS S.r.l.	32-33
GENESIS 2005 S.r.l.	3
GIANT MEDICAL	4
INNOVED S.r.l.	101

Azienda	Stand
ISRS/AAO	137
LEICA MICROSYSTEMS S.p.A.	135-136
LIGI TECNOLOGIE MEDICALI S.p.A.	49
M.S.D. S.r.l.	18
MECCANOTTICA MAZZA S.r.l.	71
MEDICAL BOOKS	50
MEDIVIS S.r.l.	7
MERCK SHARP & DOHME (ITALIA) S.p.A.	121-122-123
NEW TECH S.p.A.	90-91
NIDEK MEDICAL S.r.l.	103-104-110-111-112
NIKON INSTRUMENTS S.p.A.	131
NOVARTIS FARMA S.p.A.	42
OCULAR SURGERY NEWS	34
OFTALMICA S.r.l.	13
OPTIKON 2000 S.p.A.	124-125
POLYOFTALMICA NEW S.r.l.	45-46
ROMANI INTERMEDICA S.r.l.	113-114-115
S.I.D.O. S.c.r.l.	96-97-98-99-100
S.I.F.I. S.p.A.	59-60-61-62-63-64-65
SALMOIRAGHI & VIGANÒ S.p.A.	35
SBISÀ INDUSTRIALE S.p.A.	128
SIR OFTALMICA S.r.l.	134
THEA S.p.A.	36-37-38-39
TOPCON	75-76-77
TRANSITIONS OPTICAL Ltd	132
TUBILUX PHARMA S.p.A.	82-83-88-89
VERDUCI EDITORE S.r.l.	130
VISION SERVICE GROUP S.p.A.	66
VISUFARMA S.r.l.	48
WAVELIGHT LASER TECHNOLOGIE AG	102



		Mercoledì 17 maggio 2006																								
sale		8.00	8.30	9.00	9.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00	18.30	19.00	19.30	
Cavalieri																										
Belle Arti																										
Elilisse																										
Montemario																										
Verde																										
Leonardo																										
S. Giovanni																										
Nureyev																										
Rossa																										
S. Giorgio																										

		Giovedì 18 maggio 2006																								
sale		8.00	8.30	9.00	9.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00	18.30	19.00	19.30	
Cavalieri																										
Belle Arti																										
Elilisse																										
Montemario																										
Verde																										
Leonardo																										
S. Giovanni																										
Nureyev																										
Rossa																										
Rodi																										
S. Giorgio																										

		Venerdì 19 maggio 2006																							
sale		8.00	8.30	9.00	9.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00	18.30	19.00	19.30
Cavallieri		SESSIONE 30 - 11th JOINT MEETING OF SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO p.50												SESSIONE 31 - 11th JOINT MEETING OF SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO p.51											
Belle Arti		SESSIONE 32 - SIMPOSIO S.I.C.O.P. CHIR. OFTALMOPLASTICA IN PEDIATRIA 4p.52												SESSIONE 36 - SIMPOSIO GLAUCOMA: 4 PASSI NELLA TERAPIA 4p.52											
Elifisse		SESSIONE 34 - SIMPOSIO CHIRURGIA DELLA CORNEA p.53												SESSIONE 33 - TR. S.I.N.O. NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA p.54											
Montemario		SESSIONE 37 - SIMPOSIO S.I.E.T.O. URGENZA NEI TRAUMI OCULARI 4p.54												SESSIONE 39 - SIMPOSIO S.I.O.L. PARAMETRI VISIVI ED IDONEITA' BLEFAROPLASTICA p.57											
Verde		CORSO 129 SINDROMI GENETICHE p.56												SESSIONE 40 SIMPOSIO A.L.L.A.P.O.-S.I.E.D. CORNEA CLINIC INTERATTIVA p.57											
Leonardo		CORSO 132 DALK p.57												CORSO 134 CORNEA CLINIC INTERATTIVA p.57											
S. Giovanni		CORSO 136 - LESIONI MALIGNI-BENIGNE PALPEBRE p.58												CORSO 138 CAVITA' ANOFTALMICA p.58											
Nureyev		CORSO 140 EPIFORA p.58												CORSO 142 OTALMOPATIA DI GRAVES p.58											
Rossa		CORSO 145 MITI E CONTROVERSIE NELLE UVEITI p.58												CORSO 143 CHIRURGIA PAZIENTE STRABICO p.58											
Rodi		CORSO 148 GDVCC p.59												CORSO 147 CHIRURGIA DELLE UVEITI p.59											
														SESSIONE 41 - POSTER CATARATTA, GLAUCOMA, CORNEA... p.59											
														SESSIONE 41 bis - SIMPOSIO ASFERICITA' CORNEALE 4p.61											

		Sabato 20 maggio 2006																							
sale		8.00	8.30	9.00	9.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00	18.30	19.00	19.30
Cavallieri		SESSIONE 42 - 11th JOINT MEETING OF SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO p.62																							
Belle Arti		SESSIONE 43 - RIUNIONE S.I.C.S.S.O. CHERATTI MICROBICHE 4p.63												SESSIONE 44 - RIUNIONE A.I.S. TORSIONE OCULARE 4p.63											
Elifisse		SESSIONE 45 - VIDEOSIMPOSIO SOI CHIRURGIA SEGMENTO ANTERIORE p.63												SESSIONE 47 - SIMPOSIO O.P.I. CHIRURGIA SEGMENTO POSTERIORE OSPEDALITA' PRIVATA p.65											
Montemario		SESSIONE 46 - SIMPOSIO G.I.V. RECIDIVE CHIRURGIA VITREORETINICA 4p.64												CORSO G OFTALMOPLASTICA p.65											
Verde		CORSO F SEMEOTICA OCULARE p.65												SESSIONE 48 - SIMPOSIO I.A.W.E.S. CATARATTA REFRAATTIVA E IOL FACHICHE 4p.66											
Leonardo		CORSO 149 - COMPLICANZE CHIRURGIA VE LACRIMALI p.65												CORSO 151 REFERTO GDV p.66											
S. Giovanni		CORSO 150 BLEFAROPLASTICA STEP BY STEP p.66												CORSO 152 PTK CON LASER AD ECCIMERI p.67											
Nureyev		SESSIONE 49 COMUNICAZIONI CATARATTA p.66												SESSIONE 50 COMUNICAZIONI GLAUCOMA p.67											
Rossa		CORSO 153 SEGNI E SINTOMI UVEITE p.67																							



4° congresso internazionale SOI



Roma
17-20 maggio 2006

programma scientifico

tavole rotonde

congressi nazionali

simposi

corsi di istruzione

09.00-13.00

SESSIONE 1 Simposio Internazionale SOI**Primary rhegmatogenous retinal detachment: surgical trends**

Chairpersons: G. Tassinari, G. Lesnoni

Introduction

09.00 PHYSIOPATHOLOGICAL ASPECTS OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT
E. Dal Fiume09.10 PREOPERATIVE CLINICAL EVALUATION OF PATIENT WITH PRIMARY RHEGMATOGENOUS
RETINAL DETACHMENT
P. Rossi09.20 **Magistral Lecture: MANAGEMENT OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT:
STATE OF THE ART AND INDICATIONS FOR PRIMARY VITRECTOMY**
H. Lincoff (USA)**Session 1. Extraocular minimal scleral buckling**09.40 PRINCIPLES OF TECHNIQUE AND PREOPERATIVE DIAGNOSTICS
I. Kreissig (Germany)09.55 RESULTS AND COMPLICATIONS
M. Nicoletti10.05 MANAGEMENT OF RECURRENCES
G. Ravalico10.15 **Discussion: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF EXTRAOCULAR MINIMAL SCLERAL
BUCKLING**
Moderator: G. Tassinari
Panel: C. Mariotti, P. Fantaguzzi, M. Borgioli, G. Nuzzi, V. Ferrara**Session 2. Traditional scleral buckling**10.40 DIAGNOSTIC EVALUATIONS AND PRINCIPLES OF SURGICAL TECHNIQUES
M. Stirpe10.50 SCLERAL BUCKLING IN PVR COMPLICATED PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL
DETACHMENT
R. Ratiglia11.00 RESULTS AND COMPLICATIONS
S. Rizzo11.10 MANAGEMENT OF RECURRENCES
P. Arpa11.20 **Discussion: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF TRADITIONAL SCLERAL BUCKLING**
Moderator: G. Lesnoni
Panel: A. Morocutti, R. di Lauro, L. Zeppa, C. Forlini, C.M. Villani**Session 3. Primary vitrectomy**11.40 DIAGNOSTIC EVALUATIONS AND PRINCIPLES OF SURGICAL TECHNIQUES
U. Bartz-Schmidt (Germany)11.50 PRIMARY VITRECTOMY WITH AND WITHOUT EXPLANT
S. Bopp (Germany)12.00 VITRECTOMY VERSUS SCLERAL BUCKLING IN THE PSEUDOPHAKIC PATIENT
P.D. Brazitikos (Greece)12.10 RESULTS AND COMPLICATIONS
B. Kirchof (Germany)12.20 MANAGEMENT OF PVR IN PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT
C. Mateo (Spain)12.30 **Discussion: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF PRIMARY VITRECTOMY**
Moderator: V. De Molfetta
Panel: S. Zenoni, C. Azzolini, A. Reibaldi, T. Rossi**Traduzione simultanea / Simultaneous translation****GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 84**

14.00-16.30

SESSIONE 2 Simposio Società Italiana di Contattologia Medica – S.I.Co.M.
European Contact Lens Society of Ophthalmologists – E.C.L.S.O.**La correzione dell'astigmatismo con lenti a contatto**

Presidenti: A. Franceschetti, L. Mannucci

Coordinatore: P. Troiano

- 14.00 ASTIGMATISM AND ABERRATION CONTROL WITH SILICONE-HYDROGEL LENSES
R. Van't Pad Bosch (Paesi Bassi)
- 14.15 CORREZIONE DEI RESIDUI ASTIGMATICI DOPO CHIRURGIA RIFRATTIVA
U. Merlin
- 14.30 DISPOSABLE SOFT TORIC LENSES FOR ASTIGMATISM
X. Subirana (Francia)
- 14.45 CORREZIONE DEGLI ESITI ASTIGMATICI DEL TRAPIANTO DI CORNEA
M. Bifani
- 15.00 CONTACT LENS CORRECTION FOR ASTIGMATISM USING ASD - ACCELERATED STABILIZATION DESIGN
T. Albert (USA)
- 15.15 CORREZIONE DELL'ASTIGMATISMO DA ECTASIE CORNEALI
P. Troiano
- 15.25 DISPOSABLE SOFT TORIC CONTACT LENSES FOR OBLIQUE ASTIGMATISM
Y. Biger (Israel)
- 15.40 THE ROLE OF SCLERAL LENS IN THE CORRECTION OF ASTIGMATISM
K. Pullum (UK)

Traduzione simultanea / Simultaneous translation**GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 87**

16.45-18.35

SESSIONE 3 SOI, OSN, AICCER and ISRS/AAO present**Keynote Lectures Symposium "New Horizons in Ophthalmology"**

Chairpersons: C. Balacco Gabrieli, A. Rapisarda, A. Mocellin, M. Piovella, A. Montericchio

- 16.45 OPENING REMARKS
C. Balacco Gabrieli
- 17.00 Introduction to Benedetto Strampelli Medal Lecture
HISTORY OF INTRA OCULAR IMPLANT: THE ROLE OF AN ITALIAN GENIUS
P.E. Gallenga
- 17.12 Benedetto Strampelli Medal Lecture
CATARACT SURGERY IN THE GLAUCOMA PATIENT
R.L. Lindstrom (USA)
- 17.32 Mario Gelsomino SOI Award 2005
L. Michelone
- 17.40 SOI AWARD "A LIFE SPENT SERVING OPHTHALMOLOGY"
B. Monfrini
- 17.48 ISRS/AAO REMARKS
A.M. Torres (Columbia)
- 17.53 OSN REMARKS
R.L. Lindstrom (USA)
- 17.58 Introduction to Gian Battista Bietti Medal Lecture
HISTORY OF AN ITALIAN "GENTLEMAN SCIENTIST"
M.G. Bucci
- 18.10 Gian Battista Bietti Medal Lecture
CONGENITAL GLAUCOMA MANAGEMENT
R. Sampaolesi (Argentina)
- 18.30 CLOSING REMARKS
M. Piovella
- 18.35 End of Session

Traduzione simultanea / Simultaneous translation**GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 91**

11.30-13.30

SESSIONE 4 Simposio Società Italiana Retina – S.I.R.**La terapia antiangiogenica nella degenerazione maculare legata all'età**

Presidente: U. Menchini

- 11.30 INTRODUZIONE
U. Menchini
- 11.35 LUCENTIS
F.M. Bandello
- 11.50 MACUGEN
M. Varano
- 12.05 ANECORTAVE ACETATO
E. Midena
- 12.20 POSURDEX
U. Menchini
- 12.35 PDT E TRIAMCINOLONE
G. Staurenghi
- 12.50 AVASTINA
A. Giovannini
- 13.05 *Discussione*

14.15-16.45

SESSIONE 5 Simposio**Qualità della visione: un nuovo indice nella degenerazione maculare**

Presidenti: R. Brancato, U. Menchini

Coordinatori: G. Virgili, S. Piermarocchi

Risultati funzionali dei trials clinici sul trattamento delle maculopatie

- 14.15 LA TERAPIA PARACHIRURGICA
U. Introini
- 14.30 LA TERAPIA CON ANTIANGIOGENICI
F.M. Bandello
- 14.45 LA TERAPIA CON TRIAMCINOLONE ACETONOIDE
F. Boscia
- 15.00 QUALITÀ DELLA VISIONE E QUALITÀ DELLA VITA NEI TRIALS MULTICENTRICI SULLA AMD
P. Lanzetta
- 15.15 **I metodi dello studio QoVi – Sezione Video**
(M. Sartore, S. Piermarocchi, G. Virgili, G. Giacomelli)
LA MISURAZIONE DELLA ACUITÀ VISIVA
LA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO
LA CAPACITÀ DI LETTURA
- 15.35 I RISULTATI DELLO STUDIO QoVi
S. Piermarocchi, G. Virgili, M. Varano
- 16.05 *Parte interattiva*
- 16.15 *Discussione*

Si ringrazia NOVARTIS OPHTHALMICS

Sala Ellisse

- 09.00-12.00** **SESSIONE 6** Riunione Annuale Società Italiana di Oncologia Oculare - S.I.O.O.
Presentazione di casi clinici
Presidente-Moderatore: E. Balestrazzi
Coordinatore: M.A. Blasi
Panelists: E. Balestrazzi, M.A. Blasi, E. Midena, N. Delle Noci, C. Mosci, A. Reibaldi, T. Hadjistilianou
- 12.30-13.30** **CORSO 101** **La lente intraoculare a enclavazione iridea "Verisyse"**
Direttore: V. Orfeo
Istruttori: S. Rossi, L. Loffredo, G.P. Miniello
- 14.30-16.30** **SESSIONE 7** Simposio della Fondazione per la Macula
Macula update
Presidenti/ Moderatori: B. Lumbroso, A. Giovannini, P. Rossi
Coordinatore: F. Cardillo Piccolino
- 14.30 QUALITÀ DELLA VISIONE NEL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE
M. Varano
- 14.42 CHIRURGIA DEL FORO MACULARE IN STADIO AVANZATO
P. Rossi
- 14.54 ANGIOGRAFIA AD AMPIO ANGOLO
G. Staurengi
- 15.06 COSA FARE OGGI NELLA CORIORETINOPATIA SIEROSA CENTRALE
F. Cardillo Piccolino
- 15.18 RUOLO DELL'OCT NELL'AMD
R. Rigault de la Longrais
- 15.30 ATTUALITÀ E PROSPETTIVE NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'AMD
A. Giovannini
- 15.42 AVASTIN
A. Ciardella
- 15.54 PDT NELLA CNV NON SENILE E NON MIOPICA
M. Battaglia Parodi
- 16.06 *Discussione*

Sala Montemario

- 09.00-11.00** **SESSIONE 8** Simposio Società Italiana di Oftalmologia Genetica – S.I.O.G.
La genetica del glaucoma
Presidenti: R. Brancato, U. Menchini, E. Rinaldi
Coordinatore: F. Simonelli
- Il glaucoma infantile**
Moderatori: B. Boles Carenini, C. Fiore, M.P. Manitto
- 09.00 GLAUCOMA PRIMARIO CONGENITO
P. Vadalà
- 09.15 GLAUCOMA CONGENITO ASSOCIATO AD ANOMALIE EREDITARIE
G. Marchini
- 09.30 ASPETTI GENETICI
C. Patrosso
- 09.45 *Discussione*

Il glaucoma primario ad angolo aperto

Moderatori: P. Brusini, C. Sborgia, A. Sodi

- 09.55 GLAUCOMA CRONICO SEMPLICE
P. Frezzotti
- 10.10 GLAUCOMA A PRESSIONE NORMALE
S. Gandolfi
- 10.25 ASPETTI GENETICI
A. Renieri
- 10.40 *Discussione*
- 10.50 CONCLUSIONI
F. Simonelli

11.15-13.15 SESSIONE 9 Simposio Società Italiana Uveiti e Malattie Infiammatorie Oculari - S.I.U.M.I.O.**Up-to-date in patologia infiammatoria oculare**Presidenti: A.G. Secchi, P. Pivetti Pezzi
Coordinatori: A. Leonardi, M. Accorinti

PRESENTAZIONE DELLA S.I.U.M.I.O.: A.G. Secchi

- 11.15 LE ALTERAZIONI DELLA SUPERFICIE OCULARE NELLA SINDROME DI SJÖGREN
P. Aragona
- 11.30 LE CONGIUNTIVITI ALLERGICHE: DALLA PATOGENESI AI NUOVI ORIENTAMENTI TERAPEUTICI
A. Leonardi
- 11.45 IL PEMFIGOIDE CICATRIZIALE: DIAGNOSI E TERAPIA
E. Miserocchi
- 12.00 L'UVEITE NELL'ARTITE IDIOPATICA GIOVANILE
L. Latanza
- 12.15 LE CHERATO-UVEITI VIRALI
R. Scorrano
- 12.30 LE CHERATO-UVEITI INTERMEDIE
A.G. Secchi
- 12.45 LE RETINITI VIRALI
G.M. Modorati
- 13.00 UP-TO-DATE SULLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA ED IMMUNOMODULANTE DELLE UVEITI
P. Pivetti Pezzi, M. Accorinti
- Discussione*

13.30-17.00 SESSIONE 10 XXII Congresso Nazionale della Società Italiana Laser in Oftalmologia – S.I.L.O.Presidente: R. Brancato
Moderatore: B. Lumbroso

- 13.30 Tavola Rotonda: TERAPIE DELLE MALATTIE RETINICHE
Presidente: R. Brancato
Panelisti: F. Bandello, U. Menchini, B. Lumbroso, G. Carella, F. Boscia
- 14.15 *Presentazione di comunicazioni sul tema*
AUTOFLUORESCENZE ED OCT NELLA DISTROFIA MACULARE VITELLIFORME DELL'ETÀ ADULTA
C. Furino, F. Boscia, N. Cardascia, L. Sborgia, T. Micelli Ferrari, C. Sborgia (Bari)
- TRATTAMENTO COMBINATO PDT E TAAC INTRAVITREALE NEL TRATTAMENTO DELLE CNV RECIDIVATE DOPO PDT
N. Cardascia, T. Micelli Ferrari, C. Furino, F. Boscia, G. Smaldoni, L. Sborgia, C. Sborgia (Bari)
- TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE ASSOCIATO A TRATTAMENTO LASER MICROPULSATO PER L'EDEMA MACULARE SECONDARIO AD OCCLUSIONE VENOSA DI BRANCA
M. Battaglia Parodi, G. Di Stefano, M. Pedio, L. Michelone, G. Ravalico (Trieste)
- UP TO DATE ON OCT TECHNOLOGY
S. Donati, C. Azzolini (Varese, Como)
- 14.45 *Discussione*

- 14.55 Tavola Rotonda: NUOVI TRATTAMENTI LASER IN CHIRURGIA REFRAITTIVA
Presidente: E. Balestrazzi
Panelisti: M. Piovella, F. Carones, A. Rapisarda, L. Mastropasqua, C. Tamburrelli
- 15.40 *Presentazione comunicazione sul tema e discussione*
CHERATOPLASTICA LAMELLARE "SOLO LASER": PREPARAZIONE DEL LEMBO CON LASER A FEMTOSECONDI E SUTURA CON LASER A DIODO
L. Menabuoni, M. Fantozzi, I. Lenzetti, S.H. Yoo, R. Pini (Prato, USA, Firenze)
- 15.50 *Comunicazioni libere*
ACUTE NONARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY TRATTATO CON PROSTAGLANDINA E1 ENDOVENA, NADROPARINA E CORTISONE
R.D. Steigerwalt Jr., M.R. Cesarone, G. Belcaro, S. Pintucci, M. Melillo, R. Appolloni, A. Pascarella (Roma, Pescara)
DCR LASER ASSISTITA TRANSCANALICOLARE: UN'ESPERIENZA FALLIMENTARE
D. Surace, L. Caretti (Padova)
- 16.10 *Assemblea dei Soci*

Sala Verde

- 09.00-11.00 **CORSO 102** *Microphaco: coassiale o bimanuale?*
Direttore: A. Franchini
Istruttori: A. Caporossi, G.M. Cavallini, P. Giardini, D. Tognetto
- 11.30-13.30 **CORSO A** **Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente**
Corso SOI organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU
Glaucoma
Direttore: C.E. Traverso
Istruttori: S. Miglior, R. Carassa, M. Vetrugno, G. Marchini, P. Brusini, G.L. Manni
- 14.30-16.30 **CORSO B** **Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente**
Oncologia oculare
Direttore: E. Midena
Istruttori: E. Balestrazzi, M.A. Blasi, E. Pilotto, C. Mosci

Sala Leonardo

- 11.30-13.30 **CORSO 104** *Microfacoemulsificazione bimanuale nella chirurgia della cataratta: up to date*
Direttore: G.M. Cavallini
Istruttori: L. Campi, C. Chiesi, G. Delvecchio, A. Franchini, P. Giardini, A. Lazzarini, E. Martini, G. Neri, A. Pupino, D. Tognetto

- 14.30-16.30** **SESSIONE 11** **Simposio Associazione Italiana Studio Cornea – A.I.S.Co.**
Il trapianto di membrana amniotica nelle patologie corneali
 Presidente/Moderatore: F.M. Grignolo
 Coordinatore: U. De Sanctis
- 14.30 PRELIEVO E METODICHE DI CONSERVAZIONE DELLA MEMBRANA AMNIOTICA
 P. Indemini, G. Caramello
- 14.45 PROPRIETÀ BIOLOGICHE DELLA MEMBRANA AMNIOTICA
 G. Caramello, P. Indemini
- 15.00 INDICAZIONI AL TRAPIANTO DI MEMBRANA AMNIOTICA: RICOPRIMENTO E TRAPIANTO
 C.E. Traverso
- 15.15 TRAPIANTO DI MEMBRANA AMNIOTICA NELLA CHERATOPATIA BOLLOSA
 F.M. Grignolo, U. De Sanctis
- 15.25 UTILIZZO DELLA MEMBRANA AMNIOTICA NELLA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO
 U. De Sanctis, F.M. Grignolo
- 15.35 TRAPIANTO DI MEMBRANA AMNIOTICA IN DIFETTI EPITELIALI, ULCERE, DESCEMETOCELI
 E PERFORAZIONI CORNEALI
 G. Caramello, P. Indemini
- 15.50 MEMBRANA AMNIOTICA E TRAUMI CHIMICI
 F.M. Grignolo, U. De Sanctis
- 16.05 *Discussione*

Sala S. Giovanni

- 11.30-13.30** **CORSO 105** ***Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche***
 Direttore: L. Conti
 Istruttore: V. Sarnicola
- 14.30-16.30** **CORSO 106** ***Stenosi delle vie lacrimali: sinergia tra oculista-radiologo ed otorinolaringoiatra***
 Direttore: A. Di Maria
 Istruttori: L. Balzarini, A. Poletti, G. Colombo

Sala Nureyev

- 11.30-13.30** **CORSO 107** ***Chirurgia del distacco di retina***
 Direttore: F. Miranti
 Istruttori: F.M. Grignolo, P. Rossi, M. Jacobbi, C. Panico, C.M. Eandi
- 14.30-16.30** **SESSIONE 13** ***Sessione di comunicazioni su Retina medica e Retina chirurgica***
 Moderatori: M. Battaglia Parodi, F. Camesasca, M. Codenotti, L. Conti
- 14.30 **C13.** LA RETINOPESSIA COME FATTORE DI PROTEZIONE DALLA RECIDIVA DI DISTACCO RETINICO DOPO RIMOZIONE DEL MATERIALE INDENTANTE
 G. Nuzzi, S. Rossi (Parma)
- 14.37 **C14.** FORO MACULARE IV STADIO: NOSTRA ESPERIENZA. VALUTAZIONE PREOPERATORIA COME VALORE PROGNOSTICO FUNZIONALE
 S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti, G. Amato, M. Paci, M. Pantanetti (Ancona)

- 14.44 **C15.** TRIAMCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREALE: NOSTRE ESPERIENZE
R. Sciacca, G.A. Nicoletti, V.M. Marino, G. Scalia (Catania)
- 14.51 **C16.** MACULAR PUCKER IDIOPATICO: RIMOZIONE CHIRURGICA SENZA VITRECTOMIA 20G - 25G
F. Viti, C. Mariotti, S. Salvolini, G. Amato, M. Pantanetti, M. Paci (Ancona)
- 14.58 **C17.** TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE NELL'EDEMA MACULARE DIABETICO: STUDIO COMPARATIVO SULL'EFFICACIA DI DIVERSI DOSAGGI (4 mg, 8 mg, 20 mg)
P.F. Fiorini, F. Quagliano, L. Di Silvestre, G. Tassinari (Bologna)
- 15.05 **C18.** UTILIZZO DELLA RETINOTOMIA INFERIORE PER LA RISOLUZIONE DEI CASI COMPLICATI DI DISTACCO DI RETINA CON PROLIFERAZIONI VITREO-RETINICHE INFERIORI
C. Mariotti, S. Salvolini, F. Viti, M. Paci (Ancona)
- 15.12 **C19.** MICROFACOEMULSIFICAZIONE CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE IN PAZIENTI CON CATARATTA ED EDEMA MACULARE DIABETICO
G. Neri, V. Volante, C. Masini, S. Pelloni, A. Mascia, B. Moretti, G.M. Cavallini (Modena)
- 15.19 **C20.** MICROFACOEMULSIFICAZIONE BIMANUALE CON IMPIANTO DI LENTE ACRISMART 46S COMBINATA ALLA CHIRURGIA VITREORETINICA
A. Pupino, L. Campi, C. Masini, S. Pelloni, G.M. Cavallini (Modena)
- 15.26 **C21.** ENDOCHIRURGIA NELLA OCCLUSIONE VENOSA DI EMIRETINA
M.A. Rigamonti, O. Beccaria (Milano)
- 15.33 **C22.** ELETTRORETINOGRAMMA DELLA REGIONE MACULARE IN RISPOSTA A STIMOLI SPECIFICI DEI CONI NELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ
A.M. Minnella, L. Ziccardi, G. Stifano, L. Montrone, G. Iarossi, A. Scupola, S. Aliberti, B. Falsini (Roma)
- 15.40 **C23.** MONITORAGGIO DELLA DISFUNZIONE RETINICA NEI FORI MACULARI IDIOPATICI (IMH) MEDIANTE ELETTRORETINOGRAMMA FOCALE (FERG): CRITERI COMBINATI DI AMPIEZZA E FASE
A.M. Minnella, L. Montrone, L. Ziccardi, G. Stifano, M. Piccardi, G. Zinzanella, L. Mosca, B. Falsini (Roma)
- 15.47-16.30 *Discussione*

Sala Rossa**09.00-11.00** **SESSIONE 12** **Sessione di comunicazioni su Retina medica**

Moderatori: P. Lanzetta, E. Midena, L. Pierro, C. Santillo, G. Scorcia

- 09.00 **C01.** NUOVE MUTAZIONI DEL GENE ABCR ASSOCIATE ALLA MALATTIA DI STARGARDT. UNA CASISTICA ITALIANA
B. Giambene, A. Sodi, I. Passerini, F. Girolami, U. Menchini, F. Torricelli (Firenze)
- 09.07 **C02.** DISCORDANZE GENOTIPO FENOTIPO IN TRE FAMIGLIE ITALIANE AFFETTE DA MALATTIA DI STARGARDT
A. Bini, A. Sodi, B. Giambene, I. Passerini, F. Girolami, F. Torricelli, U. Menchini (Firenze)
- 09.14 **C03.** VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E DEI FATTORI DI RISCHIO SU PAZIENTI CON AMD SOTTOPOSTI A PDT. REPORT A TRE ANNI
G. Manzi, E. Minutillo (Napoli)
- 09.21 **C04.** COSA È BENE SAPERE SULL'OCT
C. Franzetti, D. Battistello, V. Ferrara, V. Belloli (Arona)
- 09.28 **C05.** VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ MACULARE NEL SOGGETTO SANO CON mf-ERG
M. Bellizzi, G. Rizzo, U. Procoli, M.C. Gentile, G. Bellizzi (Bari)
- 09.35 **C06.** CORRELAZIONE TRA PARAMETRI OCT E FLUORANGIOGRAFICI NELL'INDICAZIONE AL RITRATTAMENTO FOTODINAMICO DELLE MEMBRANE NEOVASCOLARI SOTTORETINICHE (MNSR)
L. Campi, C. Masini, E. Martini, V. Volante, M. Sportelli (Modena)

- 09.42 **C07.** SILDENAFIL E OCCHIO: EFFETTO SUI VASI OCULARI E STUDIO IMMUNOISTOCHEMICO
L. Caretti, C. Foresta, A. Galan (Padova)
- 09.49 **C08.** LA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE NELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA RETINOPATIA DIABETICA: IPOTESI ISTOPATOLOGICHE
L. De Martino, L. Scorolli, S. Degli Esposti, M. Morara, S.Z. Scalinci, R. Meduri (Bologna)
- 09.56 **C09.** SINDROME DI GRONBLAD-STRANBERG E STRIE ANGIOIDI IN UN GRUPPO FAMILIARE
S. Donati, M. Bianchi, M. Prati, C. Azzolini (Varese)
- 10.03 **C10.** VALUTAZIONE TOMOGRAFICA MACULARE (OCT3 Stratus) DOPO TRATTAMENTO DI EDEMA RETINICO CON LASER A DIODO MICROPULSATO
A. Lazzerini, E. Martini, G. Neri, A. Pupino, G.M. Cavallini (Modena)
- 10.10 **C11.** TERAPIA FOTODINAMICA (PDT) E TRIAMCINOLONE ACETONIDE (TA) INTRAVITREALE IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOVASCULARIZZAZIONE SOTTORETINICA (CNV)
S. Lusvardi, L. Campi, S. Pelloni, G. Guaraldi, C. Zambelli, G.M. Cavallini (Modena)
- 10.17 **C12.** ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI E TROMBOSI RETINICA
C. Manganelli, S. Turco, E. Balestrazzi (Roma)
- 10.24-11.00 *Discussione*
- 11.30-13.30 **CORSO 109 Occlusione della vena centrale della retina: fattori di rischio, diagnosi e terapia**
Direttore: R. Brancato
Istruttori: R. Lattanzio, A. D'Angelo, M. Codenotti, G. Maestranzi
- 14.30-15.30 **CORSO 110 Vitrectomia via pars plana: elementi di tecnica chirurgica**
Direttore: V. De Molfetta
Istruttori: P. Arpa, M. Sborgia, M. Azzolini, M. Coppola, M. Kacerik

Sala San Giorgio

- 11.30-13.30 **SESSIONE 14 Comunicazioni su Tumori Oculari, Neuro-oftalmologia, Oftalmologia pediatrica e Strabismo, Orbita e Chirurgia plastica, Ipvisione, Altro**
Moderatori: F. Garziona, P. Vassallo, G. Virgili
- 11.30 **C24.** CICLOSPORINA TOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE CONGIUNTIVITI PRIMAVERILI
G. Bellizzi, U. Procoli, G. Rizzo, M. Bellizzi, L. Spadavecchia, P. Fanelli, L. Armenio (Bari)
- 11.37 **C25.** I TEMPI DI REAZIONE A STIMOLI VISIVI
G. Nuzzi, S. Rossi, L. Riggio (Parma)
- 11.44 **C26.** STENOSI CONGENITA DEL DOTTO NASO-LACRIMALE: INDICAZIONI E TIMING TERAPEUTICO
C. Chiesi, D. Palmieri, R. Pignatti Morano, G. Guaraldi, G.M. Cavallini (Modena)
- 11.51 **C27.** CONGIUNTIVODACRIOCISTORINOSTOMIA CON IMPIANTO DI TUBO DI JONES
M. Delle Grottaglie, G. Carlevaro, P.U. Mainardi (Milano)
- 11.58 **C28.** REVISIONE DI CAVITÀ ANOFTALMICA MEDIANTE L'UTILIZZO DI INNESTO DERMOCRASSOSO
M. Delle Grottaglie, G. Carlevaro, P.U. Mainardi (Milano)
- 12.05 **C29.** READING EFFICIENCY INDEX: UN NUOVO PUNTEGGIO PER LA VALUTAZIONE DEL CAMPO UTILE NELLE ATTIVITÀ VISIVE PER VICINO. QUALE GRIGLIA?
A. Brombin, L. Bussolari, G. Delvecchio, P. Ducange (Modena)
- 12.12 **C30.** ANALISI MUTAZIONALE DEL GENE RB1 IN 35 PAZIENTI ITALIANI CON RETINOBLASTOMA: CASI PARTICOLARI DI CONSULENZA GENETICA
T. Hadjistilianou, K. Sampieri, F. Mari, C. Speciale, M.A. Mencarelli, F. Cetta, S. Manoukian, B. Peissel, D. Giachino, B. Pasini, A. Acquaviva, A. Caporossi, R. Frezzotti, M. Bruttini, A. Renieri (Siena, Torino, Milano)

- 12.19 **C31.** LA PACHIMETRIA NELL'INFANZIA
M. Illiano, A. Menna, M. Fortunato (Napoli, Roma)
- 12.26 **C32.** MANIFESTAZIONI OCULARI DELLA MALATTIA DI FABRY. RISULTATI DEL FOS (FABRY OUTCOME SURVEY)
A. Sodi, L. Vannozzi, A. Ioannidis, S. Pitz, U. Menchini (Firenze, Londra-UK, Mainz-Germania)
- 12.33 **C33.** TRATTAMENTO DELL'ORBITOPATIA BASEDOWIANA MEDIANTE DECOMPRESSIONE ORBITARIA DELLA PARETE LATERALE PROFONDA. DESCRIZIONE E RISULTATI DI UNA TECNICA A BASSISSIMO RISCHIO DI STRABISMO
D. Surace, L. Caretti, A. Galan (Padova)
- 12.40 **C34.** DIFFERENZE NELLE RISPOSTE ELETTRORETINOGRAFICHE DEI CONI L- E M- IN PAZIENTI CON ATASSIA SPINO-CEREBELLARE (SCA), IN ASSENZA O IN PRESENZA DI SINTOMATOLOGIA VISIVA MINIMA
G. Iarossi, G. Stifano, L. Montrone, L. Ziccardi, P. Piscopo, M. Masciullo, G. Silvestri, E. Balestrazzi, B. Falsini (Roma)
- 12.47-13.30 *Discussione*

09.30-12.30 **SESSIONE 15** Tavola Rotonda SOI – Gruppo di Studio Retinopatia del Pretermine – ROP**Risk Management e danno professionale nella ROP**

Presidenti/Moderatori: V. Console, P. D'Agostino

Coordinatori: V. Console, D. Spinelli

- 09.30 INTRODUZIONE: RISK MANAGEMENT
V. Console, P. D'Agostino
- 09.40 IL RISULTATO A DISTANZA (6/15ANNI) DEL TRATTAMENTO DELLA ROP THRESHOLD
A. Reibaldi, A. Scuderi
- 09.50 PROFILO CLINICO-ORGANIZZATIVO DELLE TIN
M.T. Marsili, L. Ilardi
- 10.00 CONSULENZA OCULISTICA: ISTITUZIONALIZZAZIONE E PERSONALE DEDICATO
P.E. Bianchi, C. Migliori, R. Guagliano
- 10.10 CARTELLA CLINICA OCULISTICA SPECIALISTICA
D. Dolcino, S. Pignatto
- 10.20 TIMING, SCREENING E INTERVENTI
C. Carlevaro, C. Borroni
- 10.30 CONSENSO INFORMATO
D. Spinelli, S. Gambaro
- 10.40 ROP IN ZONA I: COSA FARE?
G. Anselmetti, E. Piozzi
- 10.50 USO DEI CORTICOSTEROIDEI NELLA ROP: QUANDO E PERCHÉ
S. Pignatto, L. Tomazzoli, E. Parolini
- 11.00 VITRECTOMIA PRECOCE: QUANDO E PERCHÉ
G. Anselmetti, P.L. Rossi, M. Mazza
- 11.10 OFTALMOLOGIA E PEDIATRIA: IL RUOLO DELLE SOCIETÀ MEDICO-SCIENTIFICHE NELLA GESTIONE DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
M. Piovella, G. Bona
- 11.20 *Discussione*

Traduzione simultanea / Simultaneous translation**14.00-15.30** **SESSIONE 16** Simposio SOI**La gestione della infiammazione oculare in presenza o a rischio di infezione batterica**

Presidente: A. Caporossi

Moderatori: A. Rapisarda, A. Montericcio

- 14.00 LO SCENARIO CLINICO DI RIFERIMENTO
M. Nardi
- 14.15 PROTOCOLLI TERAPEUTICI ED APPROCCI FARMACOLOGICI
R. Ratiglia
- 14.30 TRATTAMENTO DELLE FLOGOSI INFETTIVE E SUPERFICIE OCULARE
C. Bianchi
- 14.45 NETILDEX: NUOVA OPPORTUNITÀ TERAPEUTICA
L. Spadea
- 15.00 *Discussione*
A. Rapisarda, A. Montericcio
- 15.20 CONCLUSIONI
A. Caporossi

Traduzione simultanea / Simultaneous translation

16.30-18.30

SESSIONE 17 Tavola Rotonda SOI***Il ruolo dell'anestesista nella chirurgia oftalmica***

Presidente: C. Balacco Gabrieli

Moderatori: A. Mocellin, A. Rapisarda, G. Ravalico

Panelisti: V. Carpino, G. Marraro, M. Piovella, A. Caporossi, P.E. Gallenga, G. Pirazzoli, L. Zeppa, G.C. Muccio, P. d'Agostino, G. Panzardi

16.30 L'ANESTESIA TOPICA

16.45 L'ANESTESIA LOCOREGIONALE

17.00 L'ANESTESIA GENERALE

17.15 QUALI I DIVERSI RUOLI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

17.30 L'INTERVENTO DEL GIURISTA

17.45 LA NECESSARIA COLLABORAZIONE TRA ANESTESISTA ED OCULISTA

18.00 CONCLUSIONI

18.15 *Discussione***Traduzione simultanea / Simultaneous translation**

Sala Belle Arti

08.00-10.00

SESSIONE 18 Simposio SOI***Aspetti di chirurgia avanzata della cataratta***

Moderatori: R. Bellucci, S. Morselli

08.00 IL CALCOLO DELLA IOL DOPO CHIRURGIA CORNEALE
M. Camellin08.10 WAVEFRONT IOLS E TOPOGRAFIA CORNEALE
R. Bellucci08.20 TECNICHE FACO IN CASI DIFFICILI
G. Beltrame08.30 LA FACO NELLE CATARATTE EXTRADURE
A. Galan08.40 LA FACO AD ALTO VUOTO COME TECNICA STANDARD
D. Tognetto08.50 MINI INCISIONE COASSIALE SARÀ LA TECNICA STANDARD
S. Morselli09.00 QUANDO NON È OPPORTUNO USARE L'INIETTORE PER INSERIRE LA IOL
V. Picardo09.10 CHIRURGIA PEDIATRICA E IOL MULTIFOCALI
G. Tassinari09.20 *Discussione*

10.20-12.30

SESSIONE 19 Simposio***In ambulatorio con il paziente: casi clinici interattivi sulla gestione del paziente glaucomatoso***

Presidente/Coordinatore: E. Balestrazzi

10.20 INTRODUZIONE
E. Balestrazzi10.25 **Intervento del Prof. Roberto Sampaolesi** (Argentina)10.35 FILMATO INTERATTIVO SULLA GESTIONE DEL PAZIENTE GLAUCOMATOSO
S. Miglior, S. Gandolfi11.15 *Discussione*

- 11.30 IMPORTANZA DELLE FLUTTUAZIONI NELLA GESTIONE DELLA TERAPIA
S. Miglior
- 11.45 TERAPIA DEL GLAUCOMA: QUANDO, COSA E QUANTO ASSOCIARE
S. Gandolfi
- 12.00 COMBINAZIONE FISSA TRAVOPROST-TIMOLOLO
L. Rossetti
- 12.15 *Discussione e chiusura*
- Si ringrazia ALCON ITALIA**

12.45-13.45 ASSEMBLEA SOCI SOI

- 14.30-17.30** **SESSIONE 20** **Simposio**
La nuova sfida della sanità: sopravvivere o crescere.
L'economia sanitaria e la gestione delle risorse in Oculistica
Presidenti: P. Conti, P. Lanzetta, U. Menchini
Coordinatori: P. Lanzetta, G. Virgili
- 14.30 INTRODUZIONE
U. Menchini, P. Lanzetta
- 14.40 LA CLINICAL GOVERNANCE
S. Brusaferrò
- 14.55 DAL CONTROLLO DIREZIONALE AL CONTROLLO STRATEGICO: I SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCES: ESPERIENZE INTERNAZIONALI
P. Conti
- 15.10 I SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCES IN OCULISTICA: LE PRIME ESPERIENZE ITALIANE
G. Virgili
- 15.25 LA GESTIONE PER PROCESSI IN OCULISTICA
G. Grignaffini
- 15.40 IL BUDGET DELL'UNITÀ OPERATIVA
G. Guarnaccia
- 15.55 L'INNOVAZIONE E LA RICERCA: COME COSTRUIRLE E VALUTARLE
E. Gori
- 16.10 IL TECHNOLOGY ASSESSMENT IN OCULISTICA
G. Virgili
- 16.25 CREARE UNA RETE DI EFFICIENZA: LA TELEMEDICINA
C. Azzolini
- 16.40 *Discussione*
- 17.20 CONCLUSIONI
F.M. Bandello, P. Lanzetta
- Si ringrazia NOVARTIS OPHTHMICS**
- 18.00-19.00** **CORSO 111** **Corso base di aberrometria clinica**
Direttore: R. Bellucci
Istruttori: G. Prosdocimo, S. Morselli

08.00-10.00

SESSIONE 21 Simposio SOI**Le più recenti acquisizioni diagnostiche in oftalmologia**

Coordinatore: L. Pierro

- 08.00 STUDIO INTEGRATO CON GDX, MICROPERIMETRIA E MICROSCOPIO CONFOCALE DELLE ALTERAZIONI NEURONALI RETINICHE E CORNEALI IN PAZIENTI DIABETICI
E. Midena
- 08.20 PERIMETRIA FDT E MORFOMETRIA PAPILLARE OTTICA HRT
R. Carassa
- 08.40 MICROSCOPIO CONFOCALE LASER NELLA PATOLOGIA E NELLA CHIRURGIA DELLA SUPERFICIE OCULARE NELLO STUDIO DELLA CORNEA
M. Nubile
- 09.00 ANGIOGRAFIA STATICA E DINAMICA A CONFRONTO
U. Introini
- 09.20 PRIME ESPERIENZE CLINICHE CON OCT/SLO E CONFRONTO CON OCT 3 NELLA PATOLOGIA MACULARE
L. Pierro
- 09.40 UTILIZZO OCT VISANTE PER LO STUDIO DELLA CAMERA ANTERIORE
M. Piovella

10.30-12.30

SESSIONE 22 Simposio**Nuove opportunità di terapia medica nell'ambliopia**

Moderatori: E. Campos, A. Dickmann

Coordinatore: F. De Gregorio

- 10.30 INTRODUZIONE GENERALE SULL'AMBLOPIA E STATO DELL'ARTE
E. Campos
- 10.50 BIOCHIMICA DELLA CITICOLINA
F. Di Lisa
- 11.10 CITICOLINE RESCUES RETINAL GANGLION CELLS FOLLOWING RAT OPTIC NERVE CRUSH
F. Schuettauf (Germania)
- 11.30 RISULTATI CLINICI DEL TRATTAMENTO CON CITICOLINA ORALE NELL'AMBLOPIA
M. Fresina
- 11.50 EFFETTI SULL'ACUTEZZA VISIVA E SULLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO DEL TRATTAMENTO CON CITICOLINA ORALE IN SOGGETTI AFFETTI DA AMBLOPIA
R. Frosini
- 12.10 *Discussione e conclusioni*

Si ringrazia TUBILUX PHARMA**Traduzione simultanea / Simultaneous translation****GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 91**

14.30-16.30

SESSIONE 23 Simposio SOI**Oculisti Italiani nel mondo**

Moderatore: M. Busin

- 14.30 INTRODUZIONE
M. Busin
- 14.45 L'ESPERIENZA IN GRAN BRETAGNA
V. Maurino
- 15.00 L'ESPERIENZA NELL'EUROPA CONTINENTALE
L. Baldeschi
- 15.15 IL PROBLEMA DEL RITORNO
F. Camesasca
- 15.30 **Tavola Rotonda**
Panelists: M. Busin, V. Maurino, L. Baldeschi, F. Camesasca, M. De Bac, C.E. Traverso, L. Mastropasqua

- 17.00-19.00** **SESSIONE 24** Simposio IAPB Italia – Agenzia Internazionale per la Prevenzione della cecità – Sezione Italia
La riabilitazione del bambino ipovedente in Italia e nei paesi in via di sviluppo: ciò che l'oculista deve sapere
Presidenti/Moderatori: G. Castronovo, C. Balacco Gabrieli
Coordinatore: F. Cruciani
- 17.00 INTRODUZIONE
G. Castronovo
- 17.10 LA CECITÀ E L'IPOVISIONE DEL BAMBINO NEL MONDO
S.P. Mariotti
- 17.25 LA RIABILITAZIONE DEL BAMBINO CIECO E IPOVEDENTE NEL MONDO
M. Angi
- 17.40 L'IPOVISIONE E LA CECITÀ DEL BAMBINO IN ITALIA
F. Cruciani
- 17.55 LA RIABILITAZIONE DEL BAMBINO IPOVEDENTE
M.C. Martinoli
- 18.10 LA RIABILITAZIONE DEL BAMBINO CIECO
E. Tioi
- 18.25 IL RUOLO DELL'ORTOTTISTA NELLA RIABILITAZIONE VISIVA INFANTILE
D. Bruzichessi
- 18.40 *Discussione e conclusioni*

Sala Montemario

- 08.00-10.00** **SESSIONE 25** Simposio Gruppo Italiano di Chirurgia Vitreoretinica – G.I.V.Re.
Il distacco di retina in età pediatrica
Presidente: E. Dal Fiume
Coordinatore: G. Tassinari
- Distacco di retina regmatogeno**
Moderatore: V. De Molfetta
- Forme cliniche:**
- 08.00 DISTACCO DI RETINA DA MALFORMAZIONI CONGENITE
G. Nuzzi
- 08.08 DISTACCO DI RETINA DA DEGENERAZIONI VITREO-RETINICHE EREDITARIE
F. Boscia, P. Arpa
- 08.16 DISTACCO DI RETINA TRAUMATICO
A. Reibaldi
- Trattamento:**
- 08.24 CHIRURGIA AB ESTERNO
N. De Casa
- 08.32 CHIRURGIA VITREORETINICA
M. Zemella
- 08.40 *Discussione*
Pannel di esperti: R. Ratiglia, M. Scrivanti, S. Zenoni, R. di Lauro
- Distacco di retina trazionale**
Moderatore: A. Morocutti
- Forme cliniche:**
- 08.50 ROP CICATRIZIALE
P. Rossi
- 08.58 ALTERAZIONI VITREO-RETINICHE POST-INFIAMMATORIE E TRAUMATICHE
T. Micelli Ferrari

Trattamento:

09.06 TRATTAMENTO CHIRURGICO
G. Gini

09.14 *Discussione*
Panel di esperti: G. Anselmetti, C. Azzolini, C. Mariotti, A. Battistini

Distacco di retina essudativo
Moderatore: M. Borgioli**Forme cliniche:**

09.24 POST-INFIAMMATORIE
L. Cappuccini

09.32 DA ANOMALIE VASCOLARI RETINICHE
G. Lesnoni, L. Colecchia

09.40 DA PATOLOGIA TUMORALE
E. Dell'Omo

09.48 TRATTAMENTO
F. Montrone

09.56 *Discussione*
Panel di esperti: F. Bozzoni, P. Fantaguzzi, S. Rizzo, G. Carlevaro

10.30-12.30 **SESSIONE 26** Simposio Società Italiana di Ecoftalmologia – S.I.E.O.**Attualità in patologia vitreo-retinica**

Presidente/Moderatore: V. Mazzeo
Coordinatore: T. Avitabile

10.30 ESAME DELLA MACULA A 20 MHz
N. Rosa, G. Iaccarino

10.40 L'INTERFACCIA VITREO-RETINICA NEL MIOPE ELEVATO
G. Cennamo

10.50 ECOGRAFIA ED OCT
L. Pierro

11.00 MONITORAGGIO DEL TRIAMCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREALE
P.E. Gallenga

11.10 RETINOSCHISI
C. Tamburrelli

11.20 VITREO-RETINA E CORPI ESTRANEI
T. Avitabile, M. Reibaldi, M. Pulvirenti, A. Reibaldi

11.30 MEZZI TAMPONANTI
F. Genovesi Ebert

11.40 ECOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELLA RETINA
V. Mazzeo

11.50 *Discussione*

14.30-16.30 **CORSO 112** **Tamponamenti pesanti**

Direttore: C. Forlini
Istruttori: V. De Molfetta, P. Fantaguzzi, S. Rizzo, P. Arpa, S. Zenoni, F. Boscia

17.00-19.00 **SESSIONE 27** Simposio Associazione Italiana per lo Studio del Glaucoma – A.I.S.G.**Il trattamento chirurgico del glaucoma primario ad angolo aperto**

Presidente: B. Boles Carenini
Coordinatore: C.E. Traverso
Moderatori: F.M. Grignolo, C.E. Traverso

TAVOLA ROTONDA CON DIBATTITO DI ESPERTI

Panelists: P. Brusini, R. Carassa, S. Gandolfi, G.L. Manni, G. Marchini, L. Mastropasqua, S. Miglior, M. Zanini

Sala Verde

08.00-10.00 **CORSO C** Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente

Retina

Direttore: F. Camesasca

Istruttori: A. Pece, R. Lattanzio, M. Battaglia Parodi

10.30-12.30 **CORSO 113** **Calcolo della IOL negli operati di refrattiva**

Direttore: M. Camellin

Istruttore: C. Carbonara

14.30-16.30 **CORSO D** Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente

Contattologia

Direttore: P. Troiano

Istruttori: E. Bonci, E. De Gioia, V. Goffi, S. Palma, A. Vinciguerra

17.00-19.00 **CORSO E** Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente

Corso SOI organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Cornea

Direttori: M. Busin, G. Marchini

Istruttori: A. Caporossi, D. Ponzin, L. Fontana, L. Mastropasqua

Sala Leonardo

08.00-10.00 **CORSO 114** **Laser a Femtosecondi: Intralase®**

Direttore: E. Balestrazzi

Istruttori: C. Tamburrelli, C. Genisi, L. Buzzonetti, L. Mosca, R. Fasciani, P. Michieletto, G. Perone, L. Menabuoni

10.30-12.30 **CORSO 115** **Corso pratico di oftalmologia pediatrica**

Direttore: M. Fortunato

Superesperti: C. Maggi, P. Vadalà

Istruttori: P. Capozzi, R. Maggi, A. Menna, C. Massaro, A. De Pino, L. Specchia, L. Gravina, E. Melina, I. Memmi, D. Romanelli, S. Ignagni, G. Di Marzio, G. Villani

14.30-16.30 **CORSO 116** **Correzione dell'afachia con lente a fissazione iridea anteriore e posteriore: risultati e complicanze a lungo termine**

Direttore: A. Mularoni

Istruttori: P.F. Fiorini, M. Di Maita, S. Rossi, G. Beltrame, G. Tassinari

17.00-18.00 **CORSO 117** **Endoscopia: quale ruolo nella chirurgia bulbare?**

Direttore: C. Forlini

Istruttori: R. Sciacca, P. Rossini, A. Aversano

Sala S. Giovanni

08.00-10.00 **CORSO 118** **Distrofie retiniche ereditarie: diagnosi, follow-up e possibilità terapeutiche**

Direttore: F. Simonelli

Istruttori: C. Macaluso, S. Rossi, M. Rinaldi, M.P. Manitto, A. Sodi, C. Scassa

- 10.30-12.30 **CORSO 119** *Vitrectomia mini-invasiva transcongiuntivale autosuturante 23G*
 Direttore: G. Pertile
 Istruttori: C. Panico, F. Raveggi, C. Bogetto
- 14.30-16.30 **CORSO 120** *La correzione aberrometrica della presbiopia con laser ad eccimeri*
 Direttore: F.M. Grignolo
 Istruttori: F. Bartoli, G. Bollini della Predosa, M. Dal Vecchio, A. Fea
- 17.00-19.00 **CORSO 121** *Lo studio della superficie corneale posteriore: tecniche diagnostiche a confronto (Orbscan, Pentacam, OCT, Artemis)*
 Direttore: A. Mularoni
 Istruttori: C. Lovisolo, M. Camellin, G. Alessio, P. Vinciguerra, A. Duca

Sala Nureyev

- 08.00-10.00 **CORSO 122** *Vitrectomia del foro e delle membrane epiretينية maculari*
 Direttore: F. Miranti
 Istruttori: F.M. Grignolo, P. Rossi, M. Jacobbi, A.M. Fea, L. Ventre
- 11.30-12.30 **CORSO 123** *Evoluzione dell'anestesia topica: dal collirio a gel*
 Direttore: G. Sanfelici
 Istruttore: G.P. Pesce
- 14.30-16.30 **CORSO 124** *Riabilitazione funzionale della paralisi del faciale*
 Direttore: C. de Conciliis
 Istruttore: F. Bernardini
- 17.00-19.00 **CORSO 125** *Tomografia a Coerenza Ottica (OCT): metodica d'esame e applicazioni*
 Direttore: E. Giacomotti
 Istruttori: P.G. Limoli, L. D'Amato, E.M. Vingolo

Sala Rossa

- 08.00-10.00 **CORSO 126** *L'interpretazione dell'esame del campo visivo nella diagnosi e nel follow-up del glaucoma*
 Direttore: P. Brusini
 Istruttore: C. Tosoni
- 10.30-12.30 **CORSO 127** *Qual è oggi la lente intraoculare che garantisce la migliore qualità della visione?*
 Direttore: A. Franchini
 Istruttori: R. Bellucci, R. Mencucci, G. Ravalico, D. Tognetto

- 14.30-15.30** **SESSIONE 28** **Comunicazioni su Cornea, Superficie oculare, Malattie degli annessi**
Moderatori: M. Busin, C. Macaluso, D. Ponzin, P. Vinciguerra
- 14.30 **C35.** LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA DESCEMETICA E PREDESCEMETICA NEL CHERATOCONO. RISULTATI VISIVI A LUNGO TERMINE
L. Fontana, G. Parente, G. Tassinari (Bologna)
- 14.37 **C36.** CONFRONTO TRA CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA E CHERATOPLASTICA PERFORANTE NEL TRATTAMENTO DEL CHERATOCONO
A. Sbabo, R. Frisina, M. Passilongo, E. Pedrotti, G. Marchini (Verona)
- 14.44 **C37.** MODIFICAZIONE DELL'ENDOTELIO CORNEALE DOPO TRAPIANTO PERFORANTE DI CORNEA IN PAZIENTI AFFETTI DA CHERATOCONO
G. Parente, S. Primitivo, A. Zerbinati, L. Fontana, G. Tassinari (Bologna)
- 14.51 **C38.** RUOLO DELL'APPLICAZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA DURANTE INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA PERFORANTE: NOSTRA ESPERIENZA
F. Passani, R. Martini, V. Pianini (Massa Carrara)
- 14.58 **C39.** LA CORNEA NELLA SINDROME DI SJÖGREN: VALUTAZIONI MORFOLOGICHE IN VIVO MEDIANTE MICROSCOPIA CONFOCALE
E. Villani, F. Viola, R. Ratiglia (Milano)
- 15.05 **C40.** [Comunicazione ritirata]
- 15.12-15.30 *Discussione*
- 16.00-18.00** **SESSIONE 29** **Comunicazioni su Chirurgia vitreo-retinica e Chirurgia refrattiva**
Moderatori: G. Alessio, M. Buscemi, F. Camesasca, C. Santillo, G. Scorcia
- 16.00 **C41.** PRESSIONE INTRAOCULARE DOPO CHIRURGIA REFRAATTIVA: CONFRONTO TRA TONOMETRIA PASCAL A CONTORNO DINAMICO E GOLDMANN AD APPLANAZIONE
M. Azzolini, M. Sborgia, P. Radice (Monza)
- 16.07 **C42.** CORREZIONE ASTIGMATISMO IPERMETROPICO CON LASER INPRO ULTIMA GENERAZIONE: TECNICA A POLI: NOSTRA ESPERIENZA
A. Laborante, U. Merlin (San Giovanni Rotondo, Rovigo)
- 16.14 **C43.** LA BIOMETRIA DOPO IMPIANTO DILENTE FACHICA GBR
P. Colosi, M. Napoli, S. Puliafico, N. Foti (Messina)
- 16.21 **C44.** STUDIO CLINICO DELLA CORREZIONE DEI VIZI REFRAATTIVI TRAMITE LASER ALLO STATO SOLIDO
M. Rossi, P. Garimoldi, M. Schmidt, R. Pinna, A. Aondio (Busto Arsizio)
- 16.28 **C45.** UTILIZZO DI COLLA CIANACRILICA NELLA CHIRURGIA VITREO-RETINICA CON SISTEMA 25G. UN MODELLO SPERIMENTALE
S. Salvolini, C. Mariotti, F. Viti (Ancona)
- 16.35 **C46.** LA BIOMETRIA PER IOL FACHICA A SUPPORTO ANGOLARE
N. Dalla Pellegrina, S. Morselli, R. Bellucci (Verona)
- 16.42 **C47.** CONFRONTO IN MICROSCOPIA CONFOCALE DI CORNEE SOTTOPOSTE A CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT CON TECNICA EPILASIK E PRK - 6 MESI DI FOLLOW UP
P. Garimoldi, M. Rossi, M. Schmidt, P. Giorgi, A. Aondio (Busto Arsizio)
- 16.49 **C48.** LONG TERM FOLLOW-UP OF MYOPIC FOVEOSCHISIS: NATURAL COURSE AND SURGICAL OUTCOME
D. Gaucher, B. Haouchine, P. Massin, A. Erginay, R. Tadayoni, A. Gaudric (Paris, France)
- 16.56 **C49.** TECNICHE DI CORREZIONE DELL'ASTIGMATISMO ELEVATO POST CHERATOPLASTICA PERFORANTE
L. Spadea, A. Di Gregorio (L'Aquila)
- 17.03 **C50.** ABLAZIONE CONVENZIONALE VERSUS PERSONALIZZATA UTILIZZANDO IL LASER AD ECCIMERI LADARVISION 4000
L. Vigo, E. Scandola, F. Carones (Milano)
- 17.10-18.00 *Discussione*

Sala Rodi

08.00-13.00 Corso CERSOI - Qualità in oculistica (requisiti tecnici, ISO 9001), i sistemi CERSOI per la certificazione

Direttore: L. Salvi
Istruttore: S. Pane

- SCOPI E VANTAGGI DELLA CERTIFICAZIONE
- MECCANISMI DI TUTELA E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEGLI ORGANISMI DI CERTIFICAZIONE
- COMUNICAZIONE CON I CLIENTI
- I DIVERSI SCHEMI DI CERTIFICAZIONE DELLA CERSOI
- CERTIFICAZIONE DEGLI STUDI MEDICI
- CERTIFICAZIONE CHIRURGIA OCULISTICA E REFRATTIVA
- LE NORME ISO 9001:2000
 - sistema di qualità
 - responsabilità della direzione
 - gestione delle risorse
 - realizzazione del servizio
 - misurazione analisi e miglioramento
- REQUISITI CERSOI VS ISO 9001
- CRITERI PER LA REDAZIONE DEI DOCUMENTI DELLA QUALITÀ
- COME OTTENERE LA CERTIFICAZIONE

14.30-16.30 CORSO 108 Confronto tra esperti sull'impiego di IOL bi-multifocali ed accomodative

Direttore: M. Fortunato
Istruttori: C. Lovisolo, F. Simona, P. Leuenberger, L. Mastropasqua, M. Nubile, P. Vadalà

17.00-19.00 CORSO 146 Patologie delle vie lacrimali in età pediatrica

Direttore: F. Menicacci
Istruttori: T. Hadjistilianou, W. Calcatelli, G. Savino

Sala San Giorgio

16.30-18.30 CORSO 139 La chirurgia dello pterigion

Direttore: A. Montericcio
Istruttori: L. Conti, V. Sarnicola, P.E. Prosio

08.00-13.08

SESSIONE 30 11th Joint Meeting of SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO

LIVE SURGERY FROM SAN CARLO IDI HOSPITAL OF ROME

Chairman Ophthalmic Department: S. Rossi

Vitreoretinal Surgery Consultants: N. De Casa, S. Rizzo

Part one

Auditorium Chairpersons: F. Camesasca, R.L. Lindstrom, A. Mocellin, V. Picardo, P. Vinciguerra

Surgical Theatre Chairpersons: G. Panzardi, M. Piovella, L. Zeppa

08.00 **Live cataract surgery**

Surgeons: P. Boscolo Rizzo (Alcon), G. Grieco (AMO)

08.30 PSEUDOEXFOLIATIO: SINGLE PIECE VS THREE PIECES IOL. INTRAOPERATIVE AND POST-OPERATIVE IOL RELATED COMPLICATIONS

G. Lofoco

08.38 SLEEVED MICROPHACO WITH THE 0,7 mm TIP AND NEW MICRON 1,4 mm SLEEVE – THE FINAL EVOLUTION IN PHACO

K.R. Mehta

08.46 SECONDARY GLAUCOMA ASSOCIATED TO ANIRIDIA IOL IMPLANTATION

M.G.J. Izak

08.54 **Live cataract surgery in complex cases**

Surgeons: L. Zeppa (Optikon), G. Panzardi (B&L)

09.22 PROPHYLACTIC STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF ENDOPHTHALMITIS

F.A. Bucci

09.30 Keynote Lecture: CATARACT SURGERY IN THE PATIENT WITH COMPROMISED

ENDOTHELIUM

R.L. Lindstrom

09.43 **Live cataract surgery in complex cases**

Surgeons: M. Piovella (Amo), C. Carbonara (Optikon)

10.11 ABERROMETRIC EVALUATION AFTER ASPHERIC IOLs SUPPORT ADVANCED OPTIC IMPLANTATIONS

L. Spadea

10.19 COMBINING THE REEZOOM AND ReSTOR MULTIFOCAL IOLs TO ACHIEVE MAXIMUM PATIENT OUTCOME

F.A. Bucci

10.27 ISRS/AAO PRESENTATION

A.M. Torres

10.32 *Break*

10.55 Keynote Lecture: FACING PRESBYOPIA

S. Georgaras

11.08 **Live surgery in complex cases**

Surgeons: K. Tjia (Alcon), A. Caporossi (Alcon)

11.36 SIX MONTHS RESULTS OF 100 ReSTOR IOLs: PATIENT SELECTION AND REFRACTIVE GOAL

E. Haefliger

11.44 TOTAL CROSS CUTTING ARTIPHAKIC CAPSULE (TCCC) TO INCREASE IOL ACCOMMODATION

S. Georgaras

11.52 **Live cataract surgery in complex cases**

Surgeons: G. Lofoco (B&L), G. Caramello (AMO)

12.20 VIDEO PRESENTATION OF TWO TRAUMATIC CATARACT SURGERIES

L. Corydon

12.28 **Live surgery with Intralase**

Chairpersons: M. Knorz, R.L. Lindstrom

Panelists: E. Balestrazzi, L. Buratto, L. Mosca, C. Tamburrelli

13.08 End of Session

Traduzione simultanea / Simultaneous translation**GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 92**

14.00-18.30

SESSIONE 31 11th Joint Meeting of SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO

LIVE SURGERY FROM SAN CARLO IDI HOSPITAL OF ROME

Chairman Ophthalmic Department: S. Rossi

Vitreoretinal Surgery Consultants: N. De Casa, S. Rizzo

Part two

Auditorium Chairpersons: G. Alessio, A. Caporossi, R. Dossi, R.B. Packard, S. Morselli

Surgical Theatre Chairpersons: A. Montericcio, A. Mularoni, M. Piovella

14.30

Live cataract surgery

Surgeons: P. Bordin (Optikon), A. Mularoni (B&L)

15.00

DIFFRACTIVE IOLs (ReStor) USED AS LOW VISION AIDS IN CATARACT PATIENTS WITH MACULAR PROBLEMS

S. Georgaras

15.08

LIFESTYLE CONSIDERATIONS FOR PATIENTS BILATERALLY IMPLANTED WITH A DIFFRACTIVE REFRACTIVE INTRAOCULAR LENS - LONG TERM FOLLOW-UP

R.B. Packard

15.16

Cataract pre-loaded IOLs surgery

Surgeons: S. Rossi (Staar), A. Bartolino (Ioltech)

15.45

USING INTRACAMERAL PHENYLEPHRINE INTRAOPERATIVELY TO DEAL WITH FLOPPY IRIS AND OTHER PUPILLARY PROBLEMS IN CATARACT SURGERY

R.B. Packard

15.53

IOL CALCULATIONS AFTER REFRACTIVE SURGERY

J.J. Salz

16.01

USING THE CORNEAL CONFOCAL MICROSCOPE IN REFRACTIVE SURGERY

S. Klyce

16.09

Auditorium Chairpersons: L. Fontana, M. Knorz, A. Mocellin, G. Tassinari

16.09

Live deep anterior lamellar keratoplasty surgery

Surgeons: V. Sarnicola, A. Montericcio, L. Conti

16.24

SCREENING FOR KERATOCONUS IN REFRACTIVE SURGERY PRACTICES

S. Klyce

16.32

Live deep anterior lamellar keratoplasty surgery

Surgeons: V. Sarnicola, A. Montericcio, L. Conti

16.47

KEY CRITERIA FOR SUCCESS IN WAVEFRONT GUIDED ABLATIONS

M. Knorz

16.55

Live deep anterior lamellar keratoplasty surgery

Surgeons: V. Sarnicola, A. Montericcio, L. Conti

17.10

Auditorium Chairpersons: G. Alessio, A. Caporossi, M. Mc Donald, S. Morselli

17.10

SUCCESSFULLY INTEGRATING REFRACTIVE IOLS INTO YOUR PRACTICE

R. Chu

17.18

INTERFACE TOLERANCE AFTER FEMTO LASIK RETRACTION FINE TUNING IN RESTOR PATIENTS

E. Haefliger

17.26

INTRALASE-ASSISTED ENDOKERATOPLASTY

D. Azar

17.34

INTRALASE AND VISX CUSTOM VUE CLINICAL OUTCOMES AND PEARLS

R.L. Lindstrom

17.42

INTRALASE BIOPTICS IN HIGH MYOPIA AND HYPEROPIA

M. Knorz

17.50

MULTIFOCAL ABLATIONS FOR THE TREATMENT OF PRESBYOPIA

M. McDonald

17.58

PRE AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF REFRACTIVE SURGERY IN PATIENTS WITH LARGE SCOTOPIC PUPILS

J.J. Salz

- 18.06 LIGHT TOUCH CK FOR THE TREATMENT OF PRESBYOPIA: TECHNIQUE CONSIDERATIONS, CLINICAL OUTCOMES
M. McDonald
- 18.14 CRS MASTER REPAIRMENT
K. Ditzen
- 18.22 DRY EYE AND LASIK: DIAGNOSIS, PREVENTION AND TREATMENT
M. Mc Donald
- 18.35 End of Session

Traduzione simultanea / Simultaneous translation

GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 94

Sala Belle Arti

- 08.30-10.30** **SESSIONE 32** Simposio Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica – S.I.C.O.P.
Chirurgia oftalmoplastica in età pediatrica
Presidente, Moderatore e Coordinatore: G. Bonavolontà
- 08.30 INTRODUZIONE, PROBLEMATICHE SPECIFICHE DELLA CHIRURGIA PEDIATRICA
G. Bonavolontà
- 08.40 CHIRURGIA DELLE VIE LACRIMALI, ENDOSCOPICA E NON
F. Trivella, P. Steindler
- 09.00 CHIRURGIA DEI TRAUMI DELLE PALPEBRE, COMPRESO VIE LACRIMALI
F.M. Quaranta Leoni
- 09.10 CHIRURGIA DELLE MALFORMAZIONI PALPEBRALI, BLEFAROFIMOSI, EPIBLEFARON/ENTROPION, COLOBOMI
G. Actis
- 09.20 CHIRURGIA DELLA PTOSI CONGENITA
M. Puccioni
- 09.40 PATOLOGIA ORBITARIA CISTICA E MALFORMATIVA
G. Bonavolontà
- 09.50 PATOLOGIA ORBITARIA TUMORALE BENIGNA
L.A. Bauchiero
- 10.00 PATOLOGIA ORBITARIA TUMORALE MALIGNA
L. Baldeschi
- 10.15 *Discussione*
- 11.00-16.00** **COLLEGAMENTO TV/CC CON SALA CAVALIERI**
- 16.30-18.30** **SESSIONE 36** Simposio **Glaucoma: 4 passi nella terapia**
Presidenti: G. Marchini, L. Mastropasqua, C. Sborgia
Moderatore: G.L. Manni
- 16.30 INTRODUZIONE
G.L. Manni
- Terapia medica**
- 16.40 1° PASSO: LE MONOTERAPIE
L. Rossetti
- 17.00 2° PASSO: LE TERAPIE DI ASSOCIAZIONE
M. Centofanti

Terapia chirurgica

3° PASSO: CHIRURGIA DEL GLAUCOMA

17.20 – TRADIZIONALE - M. Vetrugno

17.35 – ALTERNATIVA - G. Marchini

Il nuovo paradigma terapeutico

17.50 4° PASSO LA NEUROPROTEZIONE

S. Gandolfi

18.10 *Discussione****Si ringrazia ALLERGAN***

Sala Ellisse

08.30-10.30 **SESSIONE 34** **Simposio Nuove tecniche per la chirurgia della cornea****Chirurgia del trapianto lamellare di cornea – Chirurgia con ALTK**

Coordinatore: M. Busin

Relatori: P. Brusini, A. Galan, C. Macaluso

08.30 INTRODUZIONE
M. Busin08.42 CHERATOPLASTICA LAMELLARE ANTERIORE
P. Brusini08.54 CHERATOPLASTICA LAMELLARE POSTERIORE. L'APPROCCIO ANTERIORE: ENDOCHERATOPLASTICA
A. Galan09.06 CHERATOPLASTICA LAMELLARE POSTERIORE. L'APPROCCIO POSTERIORE: DSEAK
C. Macaluso09.18 NUOVE TECNICHE
M. Busin**Chirurgia refrattiva – EPI-LASIK con EPI-K**

Coordinatore: M. Rossi

Relatori: M. Camellin, P. Garimoldi, L. Mastropasqua, M. Nubile, M. Schmidt

09.30 BREVE STORIA DELLA CHIRURGIA REFRATTIVA: DALLA ASPORTAZIONE DI LENTE CHIARA ALLA EPILASIK
M. Rossi09.40 EPILASIK E LASEK: IL CONTROLLO DELL'HAZE E DEL DOLORE
M. Camellin09.50 ASPETTI ISTOLOGICI DIFFERENZIALI PRK-LASIK-LASEK-EPILASIK
L. Mastropasqua, M. Nubile10.00 IL SEPARATORE EPITELIALE MORIA EPI-K
M. Rossi10.10 PRK CON LASER ALLO STATO SOLIDO: ASPETTI FISICI, ISTOLOGICI E RELATIVE CORRELAZIONI CLINICHE
P. Garimoldi10.20 EPI-K E LASER ALLO STATO SOLIDO. PRIME ESPERIENZE COMBinate
M. Schmidt***Si ringrazia CIO – Compagnia Italiana Oftalmologica***

- 11.00-13.00** **SESSIONE 35** **Simposio**
Il trattamento integrato della neuropatia ottica glaucomatosa
Moderatori: A. Rapisarda, C.E. Traverso, S. Gandolfi
- 11.00 L'EFFETTO DOMINO: PATOGENESI DELLA NEUROPATIA OTTICA GLAUCOMATOSA
F. Drago
- 11.15 LA NEUROPROTEZIONE INDIRETTA: LE EVIDENZE CLINICHE
M. Vetrugno
- 11.30 LA NEUROPROTEZIONE INDIRETTA: L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA
S. Miglior
- 11.45 LA NEUROPROTEZIONE DIRETTA: LE EVIDENZE SPERIMENTALI
M.D. Lograno
- 12.00 *Discussione interattiva di casi clinici*
C.E. Traverso, A. Rapisarda, S. Miglior, S. Gandolfi
- Si ringrazia SIFI***

- 14.00-16.00** **SESSIONE 33** **Tavola Rotonda Società Italiana di Neuroftalmologia – S.I.N.O.**
Neuropatia ottica ischemica: dubbi e certezze
Panelists: S. Bianchi Marzoli, A. Carta, A.M. De Negri, F. Sadun

- 16.30-18.30** **CORSO 128** ***Update on new IOLs technologies***
Direttore: F. Carones
Istruttore: K. Tjia
- Si ringrazia ALCON ITALIA***

Traduzione simultanea / Simultaneous translation

GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 102

Sala Montemario

- 08.30-10.30** **SESSIONE 37** **Simposio Società Italiana di Ergoftalmologia e Traumatologia Oculare – S.I.E.T.O.**
L'urgenza nei traumi oculari
Presidente: V. De Molfetta
Moderatore: R. di Lauro
Coordinatore: M. Borgioli
- 1^a Sessione
- 08.30 DATI EPIDEMIOLOGICI (RITO)
C. Azzolini, S. Donati
- 08.40 TRAUMI CHIMICO-FISICI
G. Carlevaro
- 08.50 TRAUMI DELLA CORNEA
P. Melani, L. Faillace
- 09.00 TRAUMI DEL CRISTALLINO
S. Zenoni, G. Iacono
- 09.10 IPERTONO TRAUMATICO
A. Morocutti, E. Rapizzi
- 09.20 *Discussione*

2ª Sessione

- 09.35 FERITE PENETRANTI E PERFORANTI - CEIO
G. Tassinari
- 09.45 DISTACCO DI RETINA TRAUMATICO
S. Rizzo
- 09.55 ENDOFTALMITE POSTRAUMATICA
P. Arpa
- 10.05 ASPETTI MEDICO LEGALI
D. Spinelli
- 10.15 *Discussione*

11.00-13.00 **SESSIONE 38** Simposio Società Italiana Trapianto di Cornea – S.I.Tra.C.
La cheratopatia bollosa: dalla diagnosi alla terapia

Presidente: E. Dal Fiume
Moderatore: A. Rapizzi
Coordinatore: L. Spadea

- 11.00 FISIOPATOLOGIA ENDOTELIO CORNEALE
D. Ponzin
- 11.08 EZIOPATOGENESI
A. Galan
- 11.16 PREVENZIONE
P. Bonci
- 11.24 DIAGNOSI CLINICA
M. Nardi
- 11.32 DIAGNOSTICA STRUMENTALE
C. Traversi
- 11.40 TERAPIA MEDICA E USO DELLE LAC
A. Rapisarda
- 11.48 TERAPIA PARACHIRURGICA
S. Fruscella
- 11.56 NUOVE TECNICHE DI FACO NELLA FUCHS
A. Caporossi
- 12.04 EPIDEMIOLOGIA DELLA CHERATOPLASTICA PERFORANTE PER CHERATOPATIA BOLLOSA
L. Spadea
- 12.12 CHERATOPLASTICA PERFORANTE
G. Caramello
- 12.20 TRIPLICE
E. Balestrazzi
- 12.28 CHERATOPLASTICHE ENDOTELIALI
M. Busin
- 12.36 *Discussione*

- 14.00-17.00** **SESSIONE 39** Simposio Società Italiana di Oftalmologia Legale – S.I.O.L.
Parametri visivi ed idoneità: concetti generali e condizioni specifiche
Presidente: D. Spinelli
Moderatore: F. Marmo
Coordinatori: F. Marmo, F. Cruciani
- 14.00 INTRODUZIONE
F. Marmo
- 14.15 **Letture Magistrali: IL CONCETTO DI IDONEITÀ**
D. Rodriguez
- 14.40 ACUITÀ VISIVA
F. Cruciani
- 14.55 CAMPO VISIVO
L. Quaranta
- 15.10 SENSO CROMATICO
L. Basile
- 15.25 SENSIBILITÀ AL CONTRASTO
E. Rispoli
- 15.40 VISIONE BINOCULARE
S.M. Recupero, A. Leonardi
- 15.55 VISIONE NOTTURNA
N. Pescosolido
- 16.10 L'IDONEITÀ MILITARE: LA LEGISLAZIONE ATTUALE
M. Cantarini
- 16.25 PROPOSTE PER UNA REVISIONE DELLA LEGISLAZIONE PER L'IDONEITÀ MILITARE
L. Marino
- 16.40 *Discussione*
- 17.30-18.30** **Riunione Oculisti Ambulatoriali**
Le nostre esperienze
Coordinatore: D. Mazzacane
Moderatore: C. Bianchi
Relatori: P. Graziosi, P. Sottotetti

Sala Verde

- 08.30-10.30** **CORSO 129** ***Le principali sindromi genetiche di interesse oftalmologico***
Direttore: M.P. Manitto
Istruttori: E. Martina, P. Nucci, F. Simonelli, F. Testa
- 11.00-13.00** **CORSO 130** ***Traumatologia bulbare: strategie di approccio chirurgico***
Direttore: C. Forlini
Istruttori: M. Borgioli, G. Carlevaro, G. Beltrame, G.P. Gini, V. Sarnicola, E. Dal Fiume, E. Dell'Omo

- 14.00-16.00** **SESSIONE 40** **Simposio Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica – A.I.La.R.P.O. e Società Italiana di Endoscopia e Dacriochirurgia – S.I.E.D.**
Blefaroplastica: lo stato dell'arte
Presidenti: F.M. Grignolo, F. Dossi
Moderatori: G. Actis, C. Valazzi
Coordinatore: G. Aimino
- 14.00 PRESENTAZIONE PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER LA BLEFAROPLASTICA
G. Actis, G. Aimino, G. Davi, U. De Sanctis, R. Dossi, C. Lucchini (Gruppo di studio per la determinazione delle linee guida degli interventi di blefaroplastica)
- 14.15 BLEFAROPLASTICHE E RADIOFREQUENZA
M. Santella
- 14.30 BLEFAROPLASTICA INFERIORE ASSOCIATA A RIMODELLAMENTO DELLA REGIONE MALARE
G. Davi
- 14.45 TECNICHE ALTERNATIVE ALLA BLEFAROPLASTICA: BOTOX, FILLER
C. Lucchini
- 15.00 RIMODELLAMENTO NON ABLATIVO CON RADIOFREQUENZA (TERMAGE)
R. Tisbo
- 15.30 PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER I TUMORI DEGLI ANNESSI OCULARI
G. Frongia
- 15.30 *Discussione*

- 16.30-18.30** **CORSO 131** **Chirurgia palpebrale mini-invasiva fatta facile**
Direttore: F.P. Bernardini
Istruttori: M. Puccioni, C. de Conciliis, F. Quaranta Leoni

Sala Leonardo

- 08.30-10.30** **CORSO 132** **La cheratoplastica anteriore lamellare profonda descemetica e pre-descemetica (DALK)**
Direttore: V. Sarnicola
Istruttori: L. Conti, L. Fontana, A. Montericcio
- 11.00-13.00** **CORSO 133** **La DCR: precisazioni e segreti per una chirurgia di successo**
Direttore: L. Bauchiero
Istruttori: F. Bernardini, C. de Conciliis, P. Losavio, F. Quaranta Leoni, D. Surace, G. Vadalà
- 14.00-16.00** **CORSO 134** **Cornea Clinic Interattiva**
Direttore: M. Busin
- 16.30-18.30** **CORSO 135** **Endoftalmite acuta**
Direttore: V. De Molfetta
Istruttori: P. Arpa, M. Azzolini, M. Coppola, M. Sborgia

Sala S. Giovanni

- 08.30-10.30 **CORSO 136** *Come facilitare la diagnosi di una lesione maligna o benigna delle palpebre*
Direttore: S. Cavazza
Istruttori: G. Frongia, F. Quaranta Leoni, G.L. Laffi
- 11.00-13.00 **CORSO 137** *Malattie ereditarie del nervo ottico*
Direttore: A. Sodi
Istruttori: M.C. Boschi, B. Giambene, S. Bianchi-Marzoli, P. Barboni, F. Testa, F. Sadun, A.M. De Negri
- 14.00-16.00 **CORSO 138** *La cavità anoftalmica: fisiopatologia e chirurgia*
Direttore: F. Quaranta Leoni
Istruttori: T. Hadjistilianou, A. Modugno, D. Surace

Sala Nureyev

- 08.30-09.30 **CORSO 140** *Il trattamento chirurgico dell'epifora: soluzioni a confronto*
Direttore: S. Miglior
Istruttori: M. Goisis, M. Guareschi
- 10.00-12.00 **CORSO 141** *Endoftalmite: dalla diagnosi alla terapia*
Direttore: V. Orfeo
Istruttori: G. Lesnoni, S. Zenoni, L. Loffredo, P. Teramo
- 12.30-13.30 **CORSO 142** *La gestione del paziente affetto da oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia*
Direttore: G. Bonavolontà
Istruttori: A. Iuliano, R. Piscopo, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello
- 14.30-16.30 **CORSO 143** *Gestione chirurgica del paziente strabico*
Direttore: M. Pedrotti
Istruttori: M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, D. Drago
- 17.00-18.00 **CORSO 144** *Il paziente a rischio: inquadramento clinico e diagnosi precoce*
Direttore: G. Ghirelli
Istruttore: A. Bardocci

Sala Rossa

- 08.30-10.30 **CORSO 145** *Miti e controversie nelle uveiti*
Direttore: L. Cimino
Istruttori: G. Bajocchi, L. Bonavia, L. Cappuccini, A. Giovannini, C.P. Herbort, C. Pavesio, C. Salvarani

- 12.00-13.00** **CORSO 148** **GDxVCC: uso dell'apparecchio e caratteristiche della metodica**
Direttore: M. Marullo
Istruttori: R. Marroncelli, M. Lanci, V. Della Valle, R. Perilli
- 14.00-16.00** **CORSO 147** **Attualità nella chirurgia delle uveiti**
Direttore: L. Cappuccini
Istruttori: L. Avoni, L. Cimino, C.P. Herbort, C. Pavesio, A. Sartori, G. Tassinari
- 16.30-18.30** **SESSIONE 41** **Poster su Cataratta, Glaucoma, Cornea, superficie oculare e malattie degli annessi, Uveiti, Tumori oculari, Retina medica, Retina chirurgica, Oftalmologia pediatrica e strabismo, Orbita e chirurgia plastica, Chirurgia refrattiva, Chirurgia vitreoretinica, Ottica, refrazione e contattologia medica**
Moderatori: C. Carbonara, A. Magli, D. Tognetto
- 16.30 **P01.** RITRATTAMENTO MIOPIA RESIDUA CON LASER AD ECCIMERI SU PREGRESSA CHERATOMILEUSI IN SITU. NOSTRA ESPERIENZA
A. Laborante, U. Merlin (S. Giovanni Rotondo, Rovigo)
- 16.33 **P02.** TRAUMI OCULARI A BULBO CHIUSO E BULBO APERTO CON COINVOLGIMENTO DEL SEGMENTO POSTERIORE: NOSTRA ESPERIENZA
V. Borgioli, E. Rapizzi, L. Vannozzi, F. Giansanti, M. Scrivanti, U. Menchini (Firenze)
- 16.36 **P03.** TERAPIA FOTODINAMICA PER LA CURA DI NEOVASI IN DRUSEN DEL NERVO OTTICO IN PAZIENTE PEDIATRICA
M. Fortunato, P. Vadalà, F. Vadalà, P. Capozzi, R. Maggi (Roma)
- 16.39 **P04.** FORO MACULARE TRAUMATICO: UN CASO CLINICO
C. Mariotti, F. Viti, G. Amato, S. Salvolini, M. Pantanetti, M. Paci (Ancona)
- 16.42 **P05.** EFFICACIA DELLA CITICOLINA NEI BAMBINI AFFETTI DA AMBLIOPIA
A. Menna, M. Illiano, M. Fortunato (Napoli, Roma)
- 16.45 **P06.** NOSTRA ESPERIENZA SULL'UTILIZZO DI ND-YAG LASER PER EMBOLECTOMIA NELL'OCCLUSIONE ARTERIOSA RETINICA DI BRANCA
D. Battistello, V. Ferrara, V. Belloli (Arona)
- 16.48 **P07.** OSTEOODONTOCHERATOPROTESI IN ESITO DI ASCESSO CORNEALE BILATERALE IN OFTALMOPATIA BASEDOWIANA
G. Carlevaro, M. Delle Grottaglie, P.U. Mainardi, G. Falcinelli (Milano, Roma)
- 16.51 **P08.** MICROFACOEMULSIFICAZIONE BIMANUALE NELLA CHIRURGIA DELLE CATARATTE INFANTILI: NOSTRA ESPERIENZA
C. Chiesi, L. Campi, A. Pupino, V. Volante (Modena)
- 16.54 **P09.** TRIAMCINOLONE ENDOVITREALE NELL'EDEMA MACULARE DA CORIORETINITE SIEROSA CENTRALE
L. De Martino, L. Scorolli, S. Degli Esposti, M. Morara, S.Z. Scalinci, R. Meduri (Bologna)
- 16.57 **P10.** IMAGING STRUMENTALE NELLA DIAGNOSI DELLE CALCIFICAZIONI SCLEROCOROIDEALI
G. Di Marzio, R. Forte, L. Di Antonio, C. Di Nardo, L. Mastropasqua (Chieti-Pescara, Atri)
- 17.00 **P11.** UTILIZZO DI LENTI A CONTATTO ESACURVE A GEOMETRIA INVERSA IN OCCHI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
L. Mele, A.E. Ragucci, F. Pellegrino, A. Bianco, M. Cioce, M. Iovino (Napoli)
- 17.03 **P12.** DATI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI IN 78 CASI DI PSEUDOEXFOLIATIO CAPSULAE (PEX)
D. Paoli, M. Degrassi (Monfalcone)
- 17.06 **P13.** EFFUSIONE COROIDEALE MASSIVA DOPO CICLOFOTOCOAGULAZIONE DEI CORPI CILIARI IN PAZIENTE AFFETTA DA GLAUCOMA INFANTILE SECONDARIO IN SINDROME DI STURGE-WEBER: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO
F. Quagliano, G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari (Bologna)
- 17.09 **P14.** MORFOLOGIA DELLA PAPILLA OTTICA IN OCCHI CON OCCLUSIONI VENOSE RETINICHE
T. Rolle, L. Belli, B. Brogliatti, F.M. Grignolo (Torino)

- 17.12 **P15.** CHIRURGIA EPISCLERALE SENZA CRIOCOAGULAZIONE NEL DISTACCO DI RETINAREG-MATOGENO (DRR)
C. Salati, G. Migliorati, P. Brusini (Udine)
- 17.15 **P16.** STUDIO DELLA MALATTIA DI VOGT-KOYANAGY-HARADA IN UNA RISTRETTA POPOLA-ZIONE ITALIANA
G.P. Scarale, L. Cappuccini, V.F.A. Distefano, F. Simoni, C.A. Zotti, L. Cimino (Reggio Emilia)
- 17.18 **P17.** INIEZIONI SOTTOTENONIANE POSTERIORI DI TRIAMCINOLONE IN UN CASO DI RETI-NOCOROIDITE TIPO BIRDSHOT (BC)
F. Simoni, L. Cappuccini, L. Cimino (Reggio Emilia)
- 17.21 **P18.** POSIZIONE E DECORSO DEL CANALE OTTICO IN DIFFERENTI VERTEBRATI: CONSID-ERAZIONI FILOGENETICHE
L. Colangelo, D. Weil, P.E. Gallenga (Chieti, Buenos Aires - Argentina)
- 17.24 **P19.** OSTRUZIONE CONGENITA DEL CANALE NASO-LACRIMALE
D. Weil, L. Colangelo, L. Guarracino, E. Trotta (Buenos Aires - Argentina, Battipaglia)
- 17.27 **P20.** ANALISI DEL GENE MYOC IN PAZIENTI CON GLAUCOMA PRIMARIO CONGENITO PORTATORI DI UNA SOLA MUTAZIONE NEL GENE CYP1B1
I. Giuffrè, G. Lando, S. Penco, I. Longo, E. Piozzi, P. Frezzotti, A. Marocchi, A. Guala, E. Maselli, A. Caporossi, A. Renieri, C. Patrosso (Roma, Milano, Siena, Borgosesia, Monza)
- 17.30 **P21.** ANALISI EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI BEHÇET NELL'AREA DI REGGIO EMILIA
L. Cimino, C. Salvarani, L. Boiardi, L. Cappuccini (Reggio Emilia)
- 17.33 **P22.** REOFERESI NELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ
C. Marconcini, M.C. Romagnoli, D. Galli, P. Mattei, R. Puccini (Pisa)
- 17.36 **P23.** DIFFERENTE ESPRESSIONE CLINICA IN UNA FAMIGLIA ITALIANA CON MUTAZIONE NEL GENE RDS-PERIFERINA E DISTROFIA DELL'EPITELIO PIGMENTATO RETINICO
F. Testa, S. Rossi, E. Interlandi, M.C. Napolitano, G. Virgili, F.M. Bandello, F. Simonelli (Napoli, Udine, Firenze)
- 17.39 **P24.** RISOLUZIONE DELL'EDEMA MACULARE CISTOIDE (EMC) NELL'UVEITE ASSOCIATA AD ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG) TRATTATA CON INFLIXIMAB
M.E. Zannin, G. Martini, D. Meneghesso, E. Pilotto, S. Piermarocchi, F. Zulian (Padova)
- 17.42 **P25.** ENOFTALMIA CRONICA PROGRESSIVA: LA SINDROME DEL SENO SILENTE
L. Colangelo, D. Weil, E. Trotta, L. Guarracino (Battipaglia, Buenos Aires - Argentina)
- 17.45 **P26.** NOSTRA ESPERIENZA CON LENTI ACRILICHE MULTIFOCALI NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
M. Ortolani, V. Della Pasqua, S. Volanti, B. Bernabini, A. Brancaleoni (Rimini, Riccione, Cattolica)
- 17.48 **P27.** FACO FREDDA BIMANUALE: RISULTATI DI UN'ESPERIENZA QUINQUENNALE
F. Passani, R. Martini, V. Pianini (Massa-Carrara)
- 17.51 **P28.** *[Poster ritirato]*
- 17.54 **P29.** *[Poster ritirato]*
- 17.57 **P30.** PHACO EASY CUTTER, UN NUOVO STRUMENTO PER LA FACOEMULSIFICAZIONE SOPRACAPSULARE
M. Iori (Crema)
- 18.00 **P31.** APPLICAZIONE DI DIAFRAMMA IRIDEO AD ANELLO PER LA CORREZIONE DI MIDRIASI FISSA
P. Regondi, P. Rigamonti, O. Beccaria (Milano)
- 18.03 **P32.** RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERANTE: CHIRURGIA BIMANUALE
P. Rossini, C. Forlini, A. Aversano (Ravenna)
- 18.06 **P33.** TRATTAMENTO CHIRURGICO DI PTERIGIO RECIDIVATO MEDIANTE TRAPIANTO AUTO-LOGO DI EPITELIO CONGIUNTIVALE TRYPAN BLUE ASSISTITO
P. Regondi, P. Rigamonti, O. Beccaria (Milano)
- 18.09 **P34.** DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN PRESENZA DI NEOVASCULARIZZAZIONE COROIDEALE IDIOPATICA
S. Donati, M. Bianchi, M. Maffei, P. Barosi, C. Azzolini (Varese)

- 18.12 **P35.** TRATTAMENTO DI SUBLUSSAZIONE DI IOL E SACCO CAPSULARE: RUOLO DEL SISTEMA 25 GAUGE ED IMPIANTO DI IOL A FISSAZIONE IRIDEA
A. Aversano, P. Rossini, C. Forlini (Ravenna)
- 18.15 **P36.** TRASLOCAZIONE MACULARE CIRCOLARE CON RIMOZIONE DI CNV MIOPICA ED USO DI SILICONE PESANTE
C. Forlini, P. Rossini, A. Aversano (Ravenna)
- 18.18 **P37.** DISPERSIONE PIGMENTARIA DOPO IMPIANTO DI LENTE FACHICA A FISSAZIONE IRIDEA PER MIOPIA
M. Iori (Crema)

Sala Rodi

16.00-17.35

SESSIONE 41 bis Simposio***Update di chirurgia refrattiva: l'asfericità corneale***

Moderatori: U. Merlin, M. Piovella

- 16.00 INTRODUZIONE
U. Merlin
- 16.05 EFFICACIA E FLESSIBILITÀ IN CHIRURGIA REFRAITIVA: ALLEGRETTO E SOFTWARE F-CAT
A. Nicolai
- 16.15 PRIME ESPERIENZE CHIRURGICHE CON LA PROCEDURA F-CAT
G. Perone
- 16.25 TOPOLINK T-CAT: UNO STRUMENTO INDISPENSABILE PER PROGRAMMARE CON SUCCESSO I RITRATTAMENTI
O. Melenchi
- 16.35 *Discussione*
- 16.50 L'ANALISI DELLE ABERRAZIONI VISIVE QUALE BASE DIAGNOSTICA INDISPENSABILE NELLA CHIRURGIA REFRAITIVA MODERNA
R. Bellucci, S. Morselli
- 17.00 INTERAZIONI TRA L'ECCENTRICITÀ CORNEALE E LA CORREZIONE DELLA PRESBIOPIA
F. Laurelli
- 17.10 CASI PARTICOLARI: CASI COMPLICATI E CASI LIMITE CON ALLEGRETTO WAVELENGTH
L. Olivieri
- 17.20 *Discussione*
- 17.35 Fine della sessione

Si ringrazia WaveLight AG

08.00-13.00

SESSIONE 42 11th Joint Meeting of SOI, OSN, AICCR, ISRS/AAO

LIVE SURGERY FROM SAN CARLO IDI HOSPITAL OF ROME

Chairman Ophthalmic Department: S. Rossi

Vitreoretinal Surgery Consultants: N. De Casa, S. Rizzo

Auditorium Chairpersons: D. Azar, C. Budo, F. Dossi, L. Mastropasqua, V. Orfeo

Surgical Theatre Chairpersons: M. Piovella, G. Pirazzoli, L. Zeppa

- 08.00 NEW TECHNOLOGY TO DETECT THE PERFECT ANTERIOR PHAKIC IOL
M. Piovella
- 08.08 ARTIFLEX EUROPEAN MULTICENTER STUDY
C. Budo
- 08.16 PHAKIC IOL CORRECTIONS FOR HIGH MYOPIA: FROM LASIK TO PRL CONCEPTS
E. Leite
- 08.24 LASIK RESULTS WITH TEMPORAL HINGE
D. Azar
- 08.32 **Live cataract refractive surgery**
Surgeons: S. Savastano (Optikon), G. Marcon (Alcon)
- 09.02 Keynote Lecture: WHAT'S NEW IN EXCIMER LASER TECHNOLOGY
D. Azar
- 09.17 **Live cataract refractive surgery**
Surgeons: A. Galan (B&L), G. Pirazzoli (AMO)
- 09.47 ARTIFLEX MYOPIA PIOL- 1,5 YEARS EXPERIENCE
M.G.J. Izak
- 09.55 ARTISAN 10-14 YEARS OF PERSONAL EXPERIENCE
C. Budo
- 10.03 **Live phakic IOL surgery**
Surgeons: D. Dementiev (Ioltech PRL), G. Beltrame (AMO Verisyze)
- 10.35 Break
- 11.00 INTRACORNEAL RINGS IN CORNEAL ECTASIA: TWO DIFFERENT APPROACHES, INTACTS VS. FERRARA RINGS
E. Leite
- 11.08 MANAGING GROSSLY ABERRATED CORNEAL GRAFTS SUCCESSFULLY WITH CORNEAL WAVEFRONT GUIDED ESIRIS LASER
K.R. Mehta
- 11.16 OSN PRESENTATION
R.L. Lindstrom
- 11.21 **Live phakic IOL surgery**
Auditorium Chairpersons: U. Merlin, G. Caramello, S. Slade
Surgeon: C. Savaresi (Staar ICL)
- 11.38 NEW ICL WILL PREVENT SECONDARY CATARACT
K. Shimizu
- 11.46 STAAR ICL: EARLY US EXPERIENCE, RESULTS AND TRAINING POST FDA APPROVAL
S. Slade
- 11.54 SBK SUB BOWMAN'S KERATOMILEUSIS, CUSTOM FLAPS FOR LASIK
S. Slade
- 12.02 PHACOEMULSIFICATION WITH TORSIONAL HANDPIECE OZIL: PRELIMINARY RESULTS
A. Caporossi
- 12.10 OPTIMIZING OUTCOMES OF SURFACE ABLATION USING EPI-LASIK
R. Chu

12.18 TOPOLINK: PAST, PRESENT, FUTURE
K. Ditzel

12.26 **Live CK surgery**

Auditorium Chairpersons: G. Grieco, F. Iori, R.L. Lindstrom, A. Mocellin, J.J. Salz, S. Slade
Surgeon: M. Piovella (Refractec)

13.00 End of Session

Traduzione simultanea / Simultaneous translation

GLI ABSTRACT PERVENUTI SONO PUBBLICATI A PAG. 100

Sala Belle Arti

08.30-10.30 **SESSIONE 43 Riunione Annuale Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare – S.I.C.S.S.O.**

Tavola Rotonda: LE CHERATITI MICROBICHE 2: PARTE PRATICA

Presidente/Moderatore: V. Sarnicola

Coordinatore: L. Conti

Panelists: V. Sarnicola, A. Montericchio, L. Fontana, A. Mocellin, L. Conti, V. Napoli, G.C. Caprioglio, M. Piovella, L. Mastropasqua, G. Boccassini, F. Mancieri, E. Rondanelli

11.00-13.00 **SESSIONE 44 Simposio Associazione Italiana Strabismo – A.I.S.**

La torsione oculare. Gli strabismi latenti

Presidente/Moderatore: G. Ferreri

Coordinatore: G.B. Marcon

1^a Tavola Rotonda: LA TORSIONE OCULARE

Moderatore: R. Frosini

Panelists: A. Dickmann, G.B. Marcon, C. Schiavi, S. Piaggi

2^a Tavola Rotonda: GLI STRABISMI LATENTI

Moderatore: E. Campos

Panelists: A. Magli, C. Chiesi, R.E. Chiosi, E. Gilardi

Sala Ellisse

09.00-12.00 **SESSIONE 45 Simposio SOI – Videosimposio**

Casi difficili e complicati nella chirurgia del segmento anteriore

Presidente: G. Ravalico

Moderatori: G.M. Cavallini, A. Franchini, P. Giardini, S. Rossi

Coordinatore: D. Tognetto

09.00 IMPIANTO BIFOCAL IN CATARATTA TRAUMATICA PEDIATRICA
R. Bellucci

09.06 PUPILLA STRETTA IN SINDROME PSEUDOESFOLIATIVA CON CATARATTA DURA: ESEMPI DI GESTIONE CHIRURGICA
G. Beltrame

09.12 MICROFACOEMULSIFICAZIONE ASSOCIATA A CHIRURGIA LAMELLARE CORNEALE
L. Cappuccini

09.18 MICROFACOEMULSIFICAZIONE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA IN CASI COMPLESSI
G.M. Cavallini

09.24 ACCORGIMENTI E SOLUZIONI PER LE DIFFICOLTÀ DURANTE LA FACOEMULSIFICAZIONE
P.M. Fantaguzzi

09.30 COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA DEL CRISTALLINO SUBLUSSATO
A. Franchini

- 09.36 RIPOSIZIONAMENTO DI IOL LUSSATE E SUBLUSSATE
A. Galan
- 09.42 ANIRIDIA E IOL A FISSAZIONE SCLERALE
P. Giardini
- 09.48 RICOSTRUZIONE DI GRAVE GRAUMA DA SCOPPIO
G. Marchini
- 09.54 GESTIONE DELLE FERITE CORNEALI PERFORANTI
R. Mencucci
- 10.00 COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA CORNEALE DELLE ECTASIE PERIFERICHE
A. Mularoni
- 10.06 DIFFICOLTÀ NELLA GESTIONE DI IOL FACHICHE
V. Orfeo
- 10.12 COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA REFRATTIVA
M. Piovella
- 10.18 COMPLICANZE DELLA CHIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA NON PERFORANTE
G. Pirazzoli
- 10.24 ANELLO DI TENSIONE CAPSULARE: COME, QUANDO E PERCHÉ
S. Rossi
- 10.30 CATARATTA E VITREO: DIFFICOLTÀ
D. Tognetto
- 10.36 *Discussione*

Sala Montemario

08.00-10.00 **SESSIONE 46** Simposio Gruppo Italiano Vitreo – G.I.V.**Le recidive in chirurgia vitreo-retinica**

Moderatori: V. De Molfetta, P. Arpa
Coordinatore: M. Azzolini

Nel distacco di retina

- 08.00 DOPO CHIRURGIA EPISCLERALE
M. Sborgia
- 08.10 DOPO VITRECTOMIA
D. Tognetto

Nella retinopatia diabetica

- 08.20 RECIDIVA DI EMOVITREO
F. Boscia
- 08.30 RECIDIVA DI DISTACCO DI RETINA TRAZIONALE
M. Coppola

Nella chirurgia della macula

- 08.40 RECIDIVA DI MEMBRANA EPIRETINICA
M. Azzolini
- 08.50 RECIDIVA DI EDEMA MACULARE
G. Panozzo

Nelle infiammazioni

- 09.00 RECIDIVA DI UVEITE
P.M. Fantaguzzi
- 09.10 RECIDIVA DI ENDOFTALMITE
M. Scrivanti

Al termine di ognuna delle sessioni, discussione con ampio panel di esperti presenti in sala
C. Azzolini, A. Battistini, G. Beltrame, B. Billi, M. Borgioli, G. Carlevaro, N. De Casa, R. di Lauro, G. Lesnoni, A. Morocutti, G. Nuzzi, A. Reibaldi, S. Rizzo, P. Rossi, G. Tassinari, S. Zenoni

- 10.30-13.30** **SESSIONE 47** **Simposio Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana – O.P.I.**
La chirurgia sul segmento posteriore nell'ospedalità privata
 Presidenti: G. Lesnoni, P. Vinciguerra
 Coordinatori: V. Orfeo, P. Giardini
- 10.30 INTRODUZIONE
V. Orfeo
- 10.40 CHIRURGIA EPISCLERALE MINIMAMENTE INVASIVA E TRADIZIONALE
Relatori: G. Giannecchini, G. Lesnoni
Panelisti: A. Aiello, P. Giardini, F. Toni
- 11.00 CHIRURGIA MACULARE
Relatori: A. Morocutti, V. Orfeo
Panelisti: F. Bergamini, A. Gelso, P. Teramo
- 11.20 CHIRURGIA DELLA PVR
Relatori: P. Vinciguerra, S. Zuccarini
Panelisti: F. D'Arrigo, F. Di Tizio, U. Cimberle
- 11.40 CHIRURGIA DELLA RETINOPATIA DIABETICA
Relatori: N. De Casa, F. Patelli
Panelisti: A. Nistri, G. Perone, G. Sanfelici
- 12.00 DIFFICOLTÀ DELLA CHIRURGIA SUL SEGMENTO POSTERIORE NELLE STRUTTURE ACCREDITATE
Relatori: P. Giardini, G. Perone
- 12.20 *Free Papers su Retina medica e chirurgica*
Relatori: M. Avvisati, A. Bedei, F. Bergamini, F. Camesasca, F. Cocco, L. Colecchia, G. Cusati, F. D'Arrigo, V. De Vitto, I. Giannecchini, L. Loffredo, M. Petriella, E. Soreca, G. Tarallo, S. Zuccarini
- 13.05 *Discussione*
- 13.20 CONCLUSIONI
P. Giardini, G. Lesnoni

Sala Verde

- 08.30-10.30** **CORSO F** **Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente**
Semeiotica oculare
 Direttore: N. Rosa
 Istruttori: E. Cantera, G. Cennamo, C. Macaluso, M. Vetrugno
- 11.00-13.00** **CORSO G** **Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente**
Oftalmoplastica - Approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita
 Direttore: G. Bonavolontà
 Istruttori: G. Uccello, F. Tranfa, D. Strianese, E. De Divitiis, G. Fenzi, F. Briganti, G. Cennamo, A. Fiorillo, A. De Renzo, G. De Rosa, P. Zeppa, S. Staibano, G. Mariniello

Sala Leonardo

- 08.30-10.30** **CORSO 149** ***Le complicanze nella chirurgia delle vie lacrimali***
 Direttore: P.L. Trabucchi
 Istruttori: N. Di Giacomo, G. Carlevaro, W. Calcatelli, L. Minervino

- 11.00-13.00** **SESSIONE 48** **Simposio International Association Women Eye Surgeons – I.A.W.E.S.**
Newest in refractive surgery: cataratta refrattiva e IOL fache
Presidente/Moderatore: L. Scorlli
Coordinatore: S. Morselli
- 11.00 CATARATTA REFRATTIVA: PRO E CONTRO. COME, QUANDO, PERCHÉ
V. Sciuto
- 11.30 LENTI FACHICHE DA CAMERA ANTERIORE A FISSAZIONE ANGOLARE: NOSTRA ESPERIENZA
S. Morselli
- 12.00 PANORAMICA SU IOL RIFRATTIVE E IOL FACHICHE
L. Scorlli
- 12.30 *Discussione*

Sala S. Giovanni

- 08.30-10.30** **CORSO 150** **La blefaroplastica step by step**
Direttore: C. Orione
Istruttori: G. Aimino, C. Lucchini, M. Santella

- 11.00-13.00** **CORSO 151** **Interpretazione del referto GDx**
Direttore: G.L. Laffi
Istruttori: S. Polito, L. Porsia, A. Di Biase, M. Iester, R. Altafini

Sala Nureyev

- 08.30-10.40** **SESSIONE 49** **Comunicazioni su Cataratta**
Moderatori: F. Camesasca, V. Maurino, S. Rossi, S. Vergani
- 08.30 **C51.** LENTI INTRAOCULARI LI61AO B&L. NOSTRE ESPERIENZE PRELIMINARI
L. Loffredo, G. Picarone, G. Miniello, M. Avvisati, S. Tarallo (Napoli)
- 08.37 **C52.** PSEUDOEXFOLIATIO: LENTE MONOPEZZO VS LENTE TRE PEZZI. COMPLICAZIONI INTRA E POST OPERATORIE CORRELATE ALLA IOL
G. Lofoco, C. De Gaetano, D. Schiano Lomoriello, P. Quercioli (Roma)
- 08.44 **C53.** CATARATTA ED EPIDEMIOLOGIA: REPORT RELATIVO ALLE CATARATTE OPERATE NEL 2004 PRESSO L'OSPEDALE SAN PIETRO DI ROMA
G. Lofoco, P. Quercioli, C. De Gaetano, D. Schiano Lomoriello (Roma)
- 08.51 **C54.** CONTRASTO E PERCEZIONE DEI COLORI IN ACRISOF SFERICA VS ASFERICA WF
A. Scialdone, A. Criscuoli, G. Moretti, P. Milani (Milano)
- 08.58 **C55.** CONFRONTO TRA IOL AKREOS ADAPT E IOL ADAPT AO NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
F. Bergamini, G. Bailo, S. Moschini (Milano)
- 09.05 **C56.** IMPIANTO DI ANELLO CAPSULARE NELL'INTERVENTO DI CATARATTA IN MIOPE ELEVATO CON FACOEMULSIFICAZIONE E LENTE NEL SACCO PER LA PREVENZIONE DELLA PCO
P. Boscolo Rizzo, M.G. Crivellari, M. Scarpa (Chioggia)
- 09.12 **C57.** *[Comunicazione ritirata]*
- 09.19 **C58.** LA LENTE VERYSIZE NELLA CORREZIONE DELL'AFACHIA CHIRURGICA
P.F. Fiorini, F. Khaki Sahneh, A. Mularoni, A. Duca, G. Tassinari (Bologna)
- 09.26 **C59.** EVOLUZIONE DEL TUNNEL SCLEROCORNEALE: DA 2.75 mm A 2.2 mm
F. Lepri, F. Casprini, G. Martone, L. Rapisarda, A. Caporossi (Siena)

- 09.33 **C60.** PERFORMANCE OTTICHE DI 3 LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE
G. Martone, F. Casprini, F. Lepri, A. Caporossi (Siena)
- 09.40 **C61.** IMPIANTO DI LENTI A SUPERFICIE ANTERIORE PROLATA VERSUS IMPIANTO DI LENTI A SUPERFICIE NON PROLATA
G. Orefice, A. Lupo, G. Gigli, R. di Lauro (Napoli)
- 09.47 **C62.** VALUTAZIONE DI EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA LIDOCAINA GEL NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
R. Pizzi, S. Morselli, R. Bellucci (Verona)
- 09.54 **C63.** VALUTAZIONI ABERROMETRICHE DOPO IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE SOFPORT ADVANCE OPTIC
L. Spadea, S. Federici (L'Aquila)
- 10.01-10.40 *Discussione*
- 11.00-13.00 **CORSO 152 Fotocheratectomia Terapeutica (PTK) con laser ad eccimeri nel trattamento delle patologie corneali**
Direttore: M. Sborgia
Istruttori: M. Azzolini, F. Schweizer
- Sala Rossa
-
- 08.30-10.30 **CORSO 153 Segni e sintomi dell'uveite: diagnosi differenziale e protocolli di terapia**
Direttore: A.G. Secchi
Istruttore: V.A. Grgic
- 11.00-13.10 **SESSIONE 50 Comunicazioni su Glaucoma**
Moderatori: P. Brusini, G. Caramello, G. Marchini
- 11.00 **C64.** TERAPIA MIDRIATICA DEL GLAUCOMA ACUTO
L. Rossini, L. Baglioni, L. Pinchera, G. Ruggeri (Sora)
- 11.07 **C65.** GDX-VCC E PERIMETRIA BIANCO SU BIANCO: CONFRONTO NELLA DIAGNOSTICA PRECOCE DEL GLAUCOMA A BASSA PRESSIONE
D. Capobianco, L. Ambrosino, V. Carbone, V. Russo (Napoli)
- 11.14 **C66.** MITOMICINA-C A BASSO DOSAGGIO NELLA CHIRURGIA DEL GLAUCOMA: CONFRONTO TRA SCLERECTOMIA PROFONDA E TRABECULECTOMIA A 4 ANNI
S. Cillino, F. Di Pace, A. Casuccio, G. Lodato (Palermo)
- 11.21 **C67.** USO DEL TONOMETRO E RISCHIO INFETTIVO:VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI DIFFERENTI TIPI DI DISINFETTANTI
F. Di Pace, S. Cillino, A. Casuccio, D. Morreale, G. Lodato (Palermo)
- 11.28 **C68.** MICROPERIMETRIA: SUA APPLICAZIONE NELLO STUDIO DEI DIFETTI PERIMETRICI FASCICOLARI NEL GLAUCOMA CRONICO SEMPLICE
L. Arrico, L. Colella, S. Donati, A. Lilla Della Monaca, R. Pucci (Roma)
- 11.35 **C69.** PATCHING SCLERALE CON DURA MADRE O PERICARDIO PER IPOTONO SUCCESSIVO A CHIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA
G. Carlevaro, M. Delle Grottaglie, P.U. Mainardi (Milano)
- 11.42 **C70.** IMPIANTO DI BAERVELDT GLAUCOMA DRAINAGE DEVICE NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA REFRAATTARIO
P. Ceruti, G. Marchini (Verona)
- 11.49 **C71.** PROPOSTA PER STANDARDIZZARE L'INTERPRETAZIONE DEL PRINTOUT DEL GDX-VCC IN OCCHI CON GLAUCOMA INIZIALE
S. Da Pozzo, G. Di Stefano, O. Vattovani, G. Ravalico (Trieste)

- 11.56 **C72.** VISCOCANALOSTOMIA CON IMPIANTO DI INSERTO NON ASSORBIBILE (T-FLUX):
RISULTATI PRELIMINARI
S. Degli Esposti, L. Scorolli, L. De Martino, M. Morara, S.Z. Scalinci, R. Meduri (Bologna)
- 12.03 **C73.** LA PNEUMOTRABECULOPLASTICA NEL GPAA
P. Ceruti, G. Marchini (Verona)
- 12.10 **C74.** CORRELAZIONE TRA AREA DEL DISCO OTTICO E SPESSORE DELLO STRATO DELLE
FIBRE NERVOSE AL GDx-VCC IN SOGGETTI SANI
L. Michelone, S. Da Pozzo, G. Ravalico (Trieste)
- 12.17 **C75.** GLAUCOMA PRIMARIO AD ANGOLO APERTO: VALUTAZIONE DELLA PROGRESSIONE
A 24 M
G.C.M. Rossi, I. Scatassi, G. Milano (Seriata, Pavia)
- 12.24-13.10 *Discussione*

direttore	titolo	giorno	ora	n.
GLAUCOMA				
C.E. Traverso	Glaucoma: gestione dei casi con gravi danni anatomico funzionali e aspetti pratici della determinazione dell'obiettivo pressorio	17	11.30-13.30	A
TUMORI OCULARI				
E. Midena	Oncologia oculare	17	14.30-16.30	B
RETINA				
F. Camesasca	Retina	18	08.00-10.00	C
CONTATTOLOGIA				
P. Troiano	Contattologia	18	14.30-16.30	D
CORNEA				
M. Busin, G. Marchini	Cornea	18	17.00-19.00	E
MEZZI DIAGNOSTICI				
N. Rosa	Semeiotica oculare	20	08.30-10.30	F
ORBITA E CHIRURGIA PLASTICA				
G. Bonavolontà	Oftalmoplastica: approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita	20	11.00-13.00	G

CORSO A

GLAUCOMA: GESTIONE DEI CASI CON GRAVI DANNI ANATOMO FUNZIONALI E ASPETTI PRATICI DELLA DETERMINAZIONE DELL'OBIETTIVO PRESSORIO

Corso SOI organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttore: C.E. Traverso
Istruttori: S. Miglior, R. Carassa, M. Vetrugno, G. Marchini, P. Brusini, G.L. Manni

Il tono oculare è l'unico fattore di rischio che nel glaucoma può essere ridotto dalla terapia. È però assodato che non tutti i pazienti sono egualmente sensibili allo stesso livello di tono, specialmente nei casi con gravi danni. Verranno discussi i metodi di valutazione per impostare una gestione personalizzata nei casi con danni glaucomatosi particolarmente avanzati.

CORSO B

ONCOLOGIA OCULARE

Direttore: E. Midena
Istruttori: E. Balestrazzi, M.A. Blasi, E. Pilotto, C. Mosci

Questo Corso ha lo scopo di fornire una sintesi delle attuali metodologie di diagnosi e trattamento delle principali neoplasie palpebrali, congiuntivali ed intraoculari dell'adulto e del bambino. Saranno forniti dei percorsi diagnostico-terapeutici che ogni oftalmologo può applicare nella pratica clinica. Sarà dato spazio alla discussione di casi clinici selezionati.

CORSO C

RETINA

Direttore: F. Camesasca
Istruttori: A. Pece, R. Lattanzio, M. Battaglia Parodi

Sinossi: il corso presenterà un aggiornamento sui principali aspetti diagnostici e terapeutici retinici di: degenerazioni retiniche periferiche, degenerazione maculare, vasculopatie retiniche, affezioni corioretiniche ereditarie, uveiti.

Obiettivo: fornire ai partecipanti un aggiornamento sullo stato dell'arte della diagnosi e della terapia ambulatoriale delle patologie retiniche.

CORSO D

CONTATTOLOGIA

Direttore: P. Troiano
Istruttori: E. Bonci, E. De Gioia, V. Goffi, S. Palma, A. Vinciguerra

Il Corso si propone di fornire all'oftalmologo le conoscenze essenziali per selezionare il paziente che desidera utilizzare lenti a contatto, per individuare il tipo di lenti a contatto da consigliare in relazione alle caratteristiche del paziente ed all'uso desiderato, per seguire nel tempo il paziente portatore di lenti a contatto al fine di prevenire le complicanze. Per raggiungere questi obiettivi il Corso si articola su 7 lezioni di circa 20 minuti, al termine di ognuna delle quali i partecipanti hanno a disposizione alcuni minuti per chiedere chiarimenti agli istruttori.

CORSO E

CORNEA

Corso SOI organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttori: M. Busin, G. Marchini
Istruttori: A. Caporossi, L. Fontana, D. Ponzin, L. Mastropasqua

Sinossi: il corso tratterà sistematicamente le principali patologie corneali fornendo sia le nozioni necessarie alla loro diagnosi e trattamento, sia i relativi protocolli d'uso corrente.

Obiettivo: attraverso la partecipazione attiva nel percorso logico che porta alla diagnosi e alla terapia delle patologie presentate, i partecipanti acquisiranno le nozioni necessarie all'inquadramento generale e al trattamento delle malattie corneali.

CORSO F

SEMEIOTICA OCULARE

Direttore: N. Rosa
Istruttori: E. Cantera, G. Cennamo, C. Macaluso, M. Vetrugno

Scopo del corso sarà quello di fornire ai partecipanti delle nozioni di base su alcune tra le tecniche semeiologiche strumentali più diffuse in campo oftalmologico quali la topografia corneale, l'ecografia, la perimetria, l'OCT, e l'elettrofisiologia. Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di interpretarne i vari quadri normali e patologici.

CORSO G

Direttore:
Istruttori:

OFTALMOPLASTICA: APPROCCIO CLINICO PRATICO ALLA PATOLOGIA DELL'ORBITA

G. Bonavolontà
G. Uccello, F. Tranfa, D. Strianese, E. De Divitiis, G. Fenzi, F. Briganti, G. Cennamo, G. Mariniello, A. Fiorillo, A. De Renzo, G. De Rosa, P. Zeppa, S. Staibano

Sinossi: partendo da una prima classificazione di base che distingue la patologia in: traumatica, infiammatoria, distiroidea e neoplastica, vengono indicati i diversi segni clinici da ricercare, le eventuali indagini strumentali da richiedere e le possibili terapie mediche e/o chirurgiche da eseguire nelle modalità e nei tempi ritenuti più corretti. Trattandosi, inoltre, di una branca di confine viene sottolineata l'importanza della collaborazione con gli specialisti affini: neurochirurgo, oncologo, radiologo e radioterapista, anatomo-patologo, che personalmente illustreranno il loro ruolo fondamentale nella costituzione di una equipe multidisciplinare di patologia orbitaria.

Obiettivo: il corso si propone di fornire all'oftalmologo le linee guida di comportamento da seguire quando ci si trova di fronte ad un problema di patologia orbitaria.

direttore	livello	titolo	giorno	ora	n.
CATARATTA					
A. Franchini	avanzato	Microphaco: coassiale o bimanuale?	17	09.00-11.00	102
G.M. Cavallini	avanzato	Microfacemulsificazione bimanuale nella chirurgia della cataratta: up to date	17	11.30-13.30	104
A. Franchini	intermedio	Qual è oggi la lente intraoculare che garantisce la migliore qualità della visione?	18	10.30-12.30	127
G. Sanfelici	intermedio	Evoluzione dell'anestesia topica: dal collirio al gel	18	11.30-12.30	123
A. Mularoni	avanzato	Correzione dell'afachia con lente a fissazione iridea anteriore e posteriore: risultati e complicanze a lungo termine	18	14.30-16.30	116
CHIRURGIA REFRAITTIVA					
M. Fortunato	base	Confronto tra esperti sull'impiego di iol bi-multifocali ed accomodative	18	14.30-16.30	108
F.M. Grignolo	avanzato	Correzione aberrometrica della presbiopia con laser ad eccimeri	18	14.30-16.30	120
A. Mularoni	avanzato	Lo studio della superficie corneale posteriore: tecniche diagnostiche a confronto (Orbscan, Pentacam, OCT, Artemis)	18	17.00-19.00	121
CHIRURGIA VITREORETINICA					
F. Miranti	intermedio	Chirurgia del distacco di retina	17	11.30-13.30	107
V. De Molfetta	base	Vitrectomia via pars plana: elementi di tecnica chirurgica	17	14.30-15.30	110
F. Miranti	intermedio	Vitrectomia del foro e delle membrane epiretينية maculari	18	08.00-10.00	122
G. Pertile	avanzato	Vitrectomia mini-invasiva transconiuntivale autosuturante 23 G	18	10.30-12.30	119
C. Forlini	avanzato	Tamponamenti pesanti	18	14.30-16.30	112
CORNEA, SUPERFICIE OCULARE, MALATTIE DEGLI ANNESSI					
A. Di Maria	base	Stenosi delle vie lacrimali: sinergia tra oculista-radiologo ed otorinolaringoiatria	17	14.30-16.30	106
E. Balestrazzi	intermedio	Laser a Femtosecondi: Intralase®	18	08.00-10.00	114
M. Busin	base	Cornea clinic interattiva	19	14.00-16.00	134
M. Sborgia	intermedio	Fotocheratectomia terapeutica (PTK) con laser ad eccimeri nel trattamento delle patologie corneali	20	11.00-13.00	152
GLAUCOMA					
P. Brusini	intermedio	L'interpretazione dell'esame del campo visivo nella diagnosi e nel follow-up del glaucoma	18	08.00-10.00	126
M. Marullo	base	GDxVCC: uso dell'apparecchio e caratteristiche della metodica	19	12.00-13.00	148
G. Ghirelli	intermedio	Il paziente a rischio: inquadramento clinico e diagnosi precoce	19	17.00-18.00	144
G.L. Laffi	base	Interpretazione del referto GDx	20	11.00-13.00	151
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA, STRABISMO					
M. Fortunato	base	Corso pratico di oftalmologia pediatrica	18	10.30-12.30	115
F. Menicacci	intermedio	Patologie delle vie lacrimali in età pediatrica	18	17.00-19.00	146
M. Pedrotti	base	Gestione chirurgica del paziente strabico	19	14.30-16.30	143

direttore	livello	titolo	giorno	ora	n.
ORBITA, CHIRURGIA PLASTICA					
C. De Conciliis	base	Riabilitazione funzionale della paralisi del facciale	18	14.30-16.30	124
S. Miglior	base	Il trattamento chirurgico dell'epifora: soluzioni a confronto	19	08.30-09.30	140
L. Bauchiero	intermedio	La DCR: precisazioni e segreti per una chirurgia di successo	19	11.00-13.00	133
G. Bonavolontà	base	La gestione del paziente affetto da oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia	19	12.30-13.30	142
F. Quaranta Leoni	intermedio	La cavità anoftalmica: fisiopatologia e chirurgia	19	14.00-16.00	138
F. Bernardini	base	Chirurgia palpebrale mini-invasiva fatta facile	19	16.30-18.30	131
C. Orione	base	La blefaroplastica step by step	20	08.30-10.30	150
RETINA MEDICA					
R. Brancato	base	Occlusione della vena centrale della retina: fattori di rischio, diagnosi e terapia	17	11.30-13.30	109
E. Giacomotti	intermedio	Tomografia a coerenza ottica (OCT): metodica d'esame e applicazioni	18	17.00-19.00	125
TRAUMATOLOGIA OCULARE					
C. Forlini	avanzato	Traumatologia bulbare: strategie di approccio chirurgico	19	11.00-13.00	130
TUMORI OCULARI					
S. Cavazza	base	Come facilitare la diagnosi di una lesione maligna o benigna delle palpebre	19	08.30-10.30	136
UVEITI					
L. Cimino	base	Miti e controversie nelle uveiti	19	08.30-10.30	145
L. Cappuccini	base	Attualità nella chirurgia delle uveiti	19	14.00-16.00	147
V. De Molfetta	intermedio	Endoftalmite acuta	19	16.30-18.30	135
A.G. Secchi	intermedio	Segni e sintomi dell'uveite: diagnosi differenziale e protocolli di terapia	20	08.30-10.30	153
ALTRO					
L. Conti	base	Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche	17	11.30-13.30	105
V. Orfeo	base	Impianto di lente intraoculare a enclavazione iridea "Verisyse"	17	12.30-13.30	101
F. Simonelli	base	Distrofie retiniche ereditarie: diagnosi, follow-up e possibilità terapeutiche	18	08.00-10.00	118
M. Camellin	base	Calcolo della IOL negli operati di refrattiva	18	10.30-12.30	113
A. Montericchio	base	La chirurgia dello pterigion	18	16.30-18.30	139
C. Forlini	intermedio	Endoscopia: quale ruolo nella chirurgia bulbare?	18	17.00-18.00	117
R. Bellucci	base	Corso base di aberrometria clinica	18	18.00-19.00	111
V. Sarnicola	base	La cheratoplastica anteriore lamellare profonda descemetica e pre-descemetica (DALK)	19	08.30-10.30	132
M.P. Manitto	base	Le principali sindromi genetiche di interesse oftalmologico	19	08.30-10.30	129
V. Orfeo	avanzato	Endoftalmite: dalla diagnosi alla terapia	19	10.00-12.00	141
A. Sodi	intermedio	Malattie ereditarie del nervo ottico	19	11.00-13.00	137
F. Carones	intermedio	Update on new IOLs technologies	19	16.30-18.30	128
P.L. Trabucchi	base	Le complicanze nella chirurgia delle vie lacrimali	20	08.30-10.30	149

CORSO 101

Direttore:
Istruttori:

LALENTE INTRAOCULARE A ENCLAVAZIONE IRIDEA "VERISYSE"

V. Orfeo
S. Rossi, L. Loffredo, G.P. Miniello

Sinossi: il corso tratterà delle caratteristiche e delle indicazioni della lente intraoculare a enclavazione iridea Verisyse.

Obiettivo: alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di valutare le indicazioni, le tecniche chirurgiche, i vantaggi e i limiti della correzione delle ametropie elevate in paziente fachico e afachico con lente ad enclavazione iridea.

CORSO 102

Direttore:
Istruttori:

MICROPHACO: COASSIALE O BIMANUALE?

A. Franchini
A. Caporossi, G.M. Cavallini, P. Giardini, D. Tognetto

Sinossi: il corso illustra le più moderne tecniche chirurgiche per eseguire l'intervento di cataratta attraverso un microincisione.

Obiettivo: attraverso filmati e risultati clinici viene discusso se la microfacoeulsificazione manuale ha ancora ragione di esistere oggi che è possibile eseguire una microincisione con tecnica coassiale.

CORSO 104

Direttore:
Istruttori:

MICROFACOEMULSIFICAZIONE BIMANUALE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA: UP TO DATE

G.M. Cavallini
L. Campi, C. Chiesi, G. Del Vecchio, A. Franchini, P. Giardini, A. Lazzerini, E. Martini, G. Neri, A. Pupino, D. Tognetto

La tecnica di microfacoeulsificazione bimanuale per la chirurgia della cataratta è diventata una tecnica di routine fra i chirurghi grazie alle sue elevate potenzialità. Il corso aggiornerà i partecipanti sulla tecnica di microfacoeulsificazione nella chirurgia della cataratta; saranno precisate le indicazioni, le novità di strumentazione, le modalità di approccio, le esperienze cliniche e le varie tecniche da utilizzare nelle diverse tipologie di cataratta. Al termine del corso i partecipanti avranno le informazioni aggiornate per una precisa indicazione e per utilizzare nella loro pratica clinica questa tecnica.

CORSO 105

Direttore:
Istruttore:

IL TRAPIANTO DI LIMBUS: INDICAZIONI E TECNICHE CHIRURGICHE

L. Conti
V. Sarnicola

Sinossi: il corso si propone di illustrare le tecniche chirurgiche di autotrapianto limbare, di allotrapianto nonché le problematiche connesse alla selezione del paziente, alla selezione del donatore, alla gestione di eventuali complicanze e alla terapia postoperatoria.

Obiettivo: avvicinare i medici oculisti che già possiedono chiaramente i concetti base di fisiopatologia della superficie oculare alla chirurgia limbare.

È un corso per medici oculisti che già possiedono chiaramente i concetti base di fisiopatologia della superficie oculare. Il trapianto limbare, introdotto recentemente in seguito alle nuove conoscenze della fisiologia corneale e congiuntivale e del ruolo delle cellule staminali epiteliali corneali, permette di risolvere casi clinici fino ad oggi non guaribili con altre metodiche chirurgiche. Il corso prevede la descrizione delle tecniche chirurgiche di autotrapianto limbare, di allotrapianto limbare e dei problemi immunologici connessi, la selezione del paziente, la selezione del donatore, la gestione delle complicanze, la terapia postoperatoria. L'obiettivo è quello di poter dare le nozioni per l'approccio alla chirurgia della superficie oculare.

CORSO 106

Direttore:
Istruttori:

STENOSI DELLE VIE LACRIMALI: SINERGIA TRA OCULISTA-RADIOLOGO ED OTORINOLARINGOIATRIA

A. Di Maria
L. Balzarini, A. Poletti, G. Colombo

Sinossi: presentiamo la gestione del paziente con stenosi delle vie lacrimali in collaborazione tra oculista- radiologo ed otorinolaringoiatra. Questo permette la individuazione, delle patologie del massiccio faciale che condizionano la stenosi delle vie lacrimali ed il loro trattamento combinato.

Obiettivo: il corso si propone di dare suggerimenti per la gestione pre, intra e postoperatoria del paziente, di sottolineare come il successo del trattamento della stenosi derivi dalla valutazione sinergica della patologia.

CORSO 107

Direttore:
Istruttori:

CHIRURGIA DEL DISTACCO DI RETINA

F. Miranti
F.M. Grignolo, P. Rossi, M. Jacobbi, C. Panico, C.M. Eandi

Sinossi: nel corso verranno illustrate indicazioni, tecniche, risultati, complicanze delle diverse tecniche chirurgiche per la terapia del distacco di retina: chirurgia episcclerale, pneumoretinopessia, vitrectomia.

Obiettivo: apprendimento delle linee guida per la terapia del distacco di retina.

CORSO 108

Direttore:
Istruttori:

CONFRONTO TRA ESPERTI SULL'IMPIEGO DI IOL BI-MULTIFOCALI ED ACCOMODATIVE

M. Fortunato
C. Lovisolo, F. Simona, P. Leuenberger, L. Mastropasqua, M. Nubile, P. Vadalà

Sinossi: il corso è utile per confrontare le varie esperienze italiane ed internazionali sull'uso di IOL bi-multifocali e IOL accomodative.

Obiettivo: l'uso di IOL bi-multifocali di II generazione ha ridotto gli inconvenienti dovuti alla mancanza di accomodazione secondaria all'estrazione della cataratta e migliorata la qualità della vita dei pazienti. Gli Autori illustrano l'impiego di tutte le IOL bi-multifocali impiantate in vari centri internazionali, oltre 1000, con un follow up da 5 a 16 anni, utilizzate in età pediatrica, giovanile ed adulta. Le qualità delle nuove IOL vengono confrontate con le altre IOL già esistenti. Vengono, inoltre, presentate le esperienze riguardanti l'uso di IOL accomodative e confrontate con le IOL bi-multifocali di ultima generazione.

Conclusioni: dopo anni di difficoltà ad utilizzare le IOL bi-multifocali a causa degli inconvenienti secondari (aloni, diplopia monolaterale, riduzione del senso del contrasto ecc.), l'arrivo delle nuove IOL di ultima generazione ha fugato molte perplessità.

CORSO 109

Direttore:
Istruttori:

OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA: FATTORI DI RISCHIO, DIAGNOSI E TERAPIA

R. Brancato
R. Lattanzio, A. D'Angelo, M. Codenotti, G. Maestranzi

Sinossi: il corso prevede la presentazione e discussione, anche interattiva, dei vari aspetti patogenetici, diagnostici e terapeutici delle OVCR.

Obiettivo: messa a punto su una malattia frequente, invalidante, senza linee-guida codificate, la cui gestione deve comportare l'interdisciplinarietà tra specialisti non solo oftalmologi. L'analisi dei fattori di rischio verrà affidata ad un ematologo.

CORSO 110

Direttore:
Istruttori:

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA: ELEMENTI DI TECNICA CHIRURGICA

V. De Molfetta
P. Arpa, M. Sborgia, M. Azzolini, M. Coppola, M. Kacerik

Sinossi: vengono illustrati i passi chirurgici per l'esecuzione di un intervento di vitrectomia "standard", mediante l'utilizzo di video esplicativi e l'evidenziazione dei più comuni errori.

Obiettivo: permettere la comprensione delle precauzioni da adottare e delle procedure da seguire durante una vitrectomia via pars plana.

CORSO 111

Direttore:
Istruttori:

CORSO BASE DI ABERROMETRIA CLINICA

R. Bellucci
G. Prosdocimo, S. Morselli

Sinossi: introduzione ai concetti di aberrazioni ottiche e di aberrometria clinica, valutazione dell'impatto clinico delle aberrazioni, alcuni suggerimenti circa i metodi ed il valore delle misure.

Obiettivo: al termine del corso i partecipanti conosceranno il significato ottico e clinico delle varie aberrazioni e saranno in grado di interpretare le misure aberrometriche.

CORSO 112

Direttore:
Istruttori:

TAMPONAMENTI PESANTI

C. Forlini
V. De Molfetta, P. Arpa, S. Zenoni, F. Boscia, P. Fantaguzzi, S. Rizzo

Sinossi: i nuovi olii di silicone pesante permettono un più efficace endotamponamento del polo posteriore e dei settori inferiori, nei casi di severa PVR o lacerazione retinica gigante.

Obiettivo: il corso si propone di chiarire, attraverso la presentazione di casi clinici ed una discussione sul tema, il razionale dell'utilizzo di tali sostanze.

CORSO 113

Direttore:
Istruttore:

CALCOLO DELLA IOL NEGLI OPERATI DI REFRAITTIVA

M. Camellin
C. Carbonara

Sinossi: problemi ecobiometrici indotti dalla chirurgia refrattiva, metodi per rilevare il K corneale effettivo, formule, risultati clinici.

Obiettivo: i partecipanti acquisiranno nozioni necessarie per la biometria nel paziente refrattivo, utili a contenere l'errore entro limiti normalmente accettati.

CORSO 114

Direttore:
Istruttori:

LASER A FEMTOSECONDI: INTRALASE®

E. Balestrazzi
C. Tamburrelli, C. Genisi, L. Buzzonetti, L. Mosca, R. Fasciani, P. Michieletto, G. Perone, L. Menabuoni

Sinossi: il corso si propone di fornire le basi per l'apprendimento dell'uso del laser a femtosecondi nella chirurgia refrattiva e lamellare della cornea. Verranno illustrate le modalità di esecuzione di flap corneali, lamelle a varie profondità di taglio e tasche per anelli intrastromali.

Obiettivo: al termine del corso i partecipanti avranno sufficienti elementi per iniziare ad introdurre nella loro pratica di chirurgia refrattiva e lamellare corneale l'impiego dell'Intralase e arricchire il proprio repertorio chirurgico.

CORSO 115

Direttore:
Superspenti:
Istruttori:

CORSO PRATICO DI OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

M. Fortunato
C. Maggi, P. Vadalà
P. Capozzi, R. Maggi, A. Menna, C. Massaro, A. De Pino, L. Specchia, L. Gravina, E. Melina, I. Memmi, D. Romanelli, S. Ignagni, G. Di Marzio, G. Villani

Sinossi: il corso si propone di chiarire in maniera pratica alcune delle problematiche più frequenti nel campo della oculistica pediatrica.

Obiettivo: gli AA. propongono una serie di nozioni pratiche per permettere ad un oculista di approcciare nel modo più semplice un paziente pediatrico ed i relativi genitori. Il corso si propone di chiarire in maniera interattiva alcuni argomenti frequentemente presenti nella gestione di un paziente pediatrico. Ad esempio:

- approccio e gestione di un paziente di età compresa tra 1 giorno di vita e 14 anni
- quando, come e per quanto tempo trattare l'ambliopia
- come correggere una anisometropia
- semeiotica clinica pratica in oftalmologia pediatrica
- come affrontare lo strabismo, ecc.

CORSO 116

Direttore:
Istruttori:

CORREZIONE DELL'AFACHIA CON LENTE A FISSAZIONE IRIDEA ANTERIORE E POSTERIORE: RISULTATI E COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

A. Mularoni
P.F. Fiorini, M. Di Maita, S. Rossi, G. Beltrame, G. Tassinari

Sinossi: il corso si propone di valutare l'efficacia, la predittività, la stabilità e la sicurezza della lente a fissazione iridea nell'occhio afachico.

Obiettivo: scopo del corso è fornire ai partecipanti informazioni sulla tecnica chirurgica di impianto anteriore e posteriore e quando preferire l'una o l'altra.

CORSO 117

Direttore:
Istruttori:

ENDOSCOPIA: QUALE RUOLO NELLA CHIRURGIA BULBARE?

C. Forlini
R. Sciacca, P. Rossini, A. Aversano

Sinossi: il corso si propone di esporre il ruolo dell'endoscopia nella chirurgia vitreo-retinica con particolare riguardo alla traumatologia bulbare

Obiettivo: fornire ai partecipanti le nozioni necessarie sulle indicazioni, i limiti i vantaggi e gli svantaggi dell'utilizzo dei sistemi endoscopici nella chirurgia bulbare. Scopo del corso è mostrare vantaggi, svantaggi e limiti delle tecniche endoscopiche nelle diverse patologie oculari. L'endoscopia consente di visualizzare le strutture endoculari in presenza di opacità dei mezzi, di eseguire l'endociclotocoagulazione, o la fotocoagulazione di aree ischemiche retiniche. La visualizzazione dei residui capsulari, negli impianti secondari di IOL.

CORSO 118

Direttore:
Istruttori:

DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE: DIAGNOSI, FOLLOW-UP E POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE

F. Simonelli
C. Macaluso, S. Rossi, M. Rinaldi, M.P. Manitto, A. Sodi, C. Scassa

Sinossi: il corso tratterà le principali distrofie retiniche ereditarie (retinite pigmentosa, degenerazione maculare di Stargardt, degenerazione maculare di Best, coroideremia).

Obiettivo: fornire le indicazioni necessarie all'inquadramento e alla gestione dei pazienti con malattie retiniche ereditarie alla luce delle più recenti acquisizioni. Ciò avverrà attraverso la presentazione interattiva di casi clinici paradigmatici affrontati dalla diagnosi genetica all'inquadramento diagnostico ed alle prospettive terapeutiche.

CORSO 119

Direttore:
Istruttori:

VITRECTOMIA MINI-INVASIVA TRANSCONGIUNTIVALE AUTOSUTURANTE 23G

G. Pertile
C. Panico, F. Raveggi, C. Bogetto

Sinossi: descrizione della strumentazione, curva di apprendimento, indicazioni e modalità chirurgiche, casi clinici, complicanze.

Obiettivo: introduzione alla tecnica autosuturante.

Durante il corso, rivolto a chirurghi vitreo-retinici che hanno già esperienza con la tecnica tradizionale 20G e con la mini-invasiva 25G, sarà introdotta la nuova metodica che sfrutta una stomia sclero-congiuntivale e l'apposizione di guide (trocart) in metallo senza la necessità di suturare gli accessi.

CORSO 120

Direttore:
Istruttori:

LA CORREZIONE ABERROMETRICA DELLA PRESBIOPIA CON LASER AD ECCIMERI

F.M. Grignolo
F. Bartoli, G. Bollini della Predosa, M. Dal Vecchio, A. Fea

Scopo del corso è quello di illustrare i meccanismi dell'accomodazione alla luce delle più recenti acquisizioni (UBM, VISANTE, ecc.), l'insorgere della presbiopia e le tecniche aberrometriche della sua correzione con il Laser ad Eccimeri.

CORSO 121

Direttore:
Istruttori:

LO STUDIO DELLA SUPERFICIE CORNEALE POSTERIORE: TECNICHE DIAGNOSTICHE A CONFRONTO (ORBSCAN, PENTACAM, OCT, ARTEMIS)

A. Mularoni
C. Lovisolo, M. Camellin, G. Alessio, P. Vinciguerra, A. Duca

Sinossi: il corso si propone di analizzare la superficie corneale posteriore fornendo le nozioni necessarie per riconoscere la normalità e le situazioni patologiche mediante l'utilizzo di strumenti diagnostici basati su differenti principi.

Obiettivo: attraverso la partecipazione attiva nel percorso logico che porta alla diagnosi dei quadri presentati, i partecipanti acquisiranno le nozioni necessarie all'inquadramento generale.

CORSO 122

Direttore:
Istruttori:

VITRECTOMIA DEL FORO E DELLE MEMBRANE EPIRETINICHE MACULARI

F. Miranti
F.M. Grignolo, P. Rossi, M. Jacobbi, A. Fea, L. Ventre

Sinossi: nel corso verranno illustrate indicazioni, tecniche, risultati, complicanze della vitrectomia per patologie epiretينية della regione maculare.

Obiettivo: apprendimento delle linee guida da osservare in presenza di foro maculare e membrane epiretينية maculari.

CORSO 123

Direttore:
Istruttore:

EVOLUZIONE DELL'ANESTESIA TOPICA: DAL COLLIRIO A GEL

G. Sanfelici
G.P. Pesce

Il corso prevede una analisi del tipo di anestesia attualmente più utilizzata nell'intervento chirurgico di cataratta, l'anestesia topica. Vengono illustrati gli anestetici impiegati, dai primi preparati estemporaneamente come colliri, dai colliri monodose, dai viscoelastici con anestetico fino agli anestetici topici in gel. Vantaggi e svantaggi delle varie preparazioni sono discusse nel corso.

CORSO 124

Direttore:
Istruttore:

RIABILITAZIONE FUNZIONALE DELLA PARALISI DEL FACIALE

C. de Conciliis
F. Bernardini

Sinossi: scopo del corso è quello di descrivere in dettaglio le caratteristiche cliniche più rilevanti che possono fare seguito a paralisi del VII nervo cranico e le tecniche chirurgiche per la riabilitazione completa del paziente: lifting del sopracciglio, tossina botulinica, peso d'oro, la tarsorrafia temporanea e permanente, la correzione dell'ectropion paralitico e il lifting della bocca.

Obiettivo: al termine del corso i partecipanti potranno aiutare in maniera sicura ed efficace i loro pazienti affetti da paralisi del facciale.

CORSO 125

Direttore:
Istruttori:

TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (OCT): METODICA D'ESAME E APPLICAZIONI

E. Giacomotti
P.G. Limoli, L. D'Amato, E.M. Vingolo

Sinossi: l'OCT è una tecnica di diagnostica per immagini che permette di condurre uno studio morfologico con rappresentazione ad alta risoluzione, simil istologica in "vivo" ed in sezione, delle strutture retiniche.

Obiettivo: il corso si propone di illustrare i principi base della tomografia a coerenza ottica, la metodica d'indagine e le applicazioni nella pratica clinico-chirurgica dell'OCT: studio della regione maculare, studio della Papilla ottica, OCT e Chirurgia, OCT e Fotodinamica, OCT e Retinopatia Diabetica, OCT e Glaucoma.

CORSO 126

Direttore:
Istruttore:

L'INTERPRETAZIONE DELL'ESAME DEL CAMPO VISIVO NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW-UP DEL GLAUCOMA

P. Brusini
C. Tosoni

Sinossi: vengono esposti i criteri fondamentali per una corretta interpretazione dell'esame automatico del campo visivo in fase di diagnosi di glaucoma e in fase di follow-up.

Obiettivo: i partecipanti saranno in grado di riconoscere le principali fonti di errore e gli artefatti che possono rendere problematico il processo di interpretazione dell'esame perimetrico.

CORSO 127

Direttore:
Istruttori:

QUAL È OGGI LALENTE INTRAOCULARE CHE GARANTISCE LA MIGLIORE QUALITÀ DELLA VISIONE?

A. Franchini
R. Bellucci, R. Mencucci, G. Ravalico, D. Tognetto

Sinossi: il corso presenta le lenti intraoculari di ultima generazione presentando le caratteristiche ottiche e le performances di ciascuna di esse.

Obiettivo: attraverso filmati e risultati clinici vengono presentate le più innovative lenti intraoculari (asferiche, multifocali, pseudoaccomodative, etc.) discutendo sulle performances ottiche di ciascuna di esse cercando di consentire al partecipante di avere tutte le informazioni necessarie per scegliere la lente migliore e più adatta per le necessità di ogni paziente.

CORSO 128

Direttore:
Istruttore:

UPDATE ON NEW IOLS TECHNOLOGIES

F. Carones
K. Tjia

Sinossi: il corso presenterà le novità sulle IOL e sulle tecniche microinvasive per impiantarle.

Obiettivo: i partecipanti saranno in grado di avere un'ampia prospettiva sulle IOL da utilizzare in ciascuna situazione clinica, e con quali tecniche chirurgiche possono essere impiantate minimizzando le complicanze e favorendo un più rapido processo di guarigione.

CORSO 129

Direttore:
Istruttori:

LE PRINCIPALI SINDROMI GENETICHE DI INTERESSE OFTALMOLOGICO

M.P. Manitto
E. Martina, P. Nucci, F. Simonelli, F. Testa

Sinossi: nel corso verranno trattati gli aspetti clinici (sistemici e oftalmologici) e le possibilità terapeutiche delle principali sindromi genetiche con coinvolgimento oculare.

Obiettivo: preparare i partecipanti alla valutazione ed all'inquadramento multidisciplinare delle principali sindromi genetiche che possono presentarsi all'attenzione dell'oculista.

CORSO 130

Direttore:
Istruttori:

TRAUMATOLOGIA BULBARE: STRATEGIE DI APPROCCIO CHIRURGICO

C. Forlini
M. Borgioli, G. Carlevaro, G. Beltrame, G.P. Gini, V. Sarnicola, E. Dal Fiume, E. Dell'Omo

Sinossi: il corso analizzerà le diverse strategie chirurgiche da intraprendere in caso di trauma bulbare attraverso la presentazione di casi clinici.

Obiettivo: fornire ai partecipanti delle nozioni per poter gestire l'emergenza e la ricostruzione in un trauma complesso, che coinvolga più o tutti i settori del bulbo oculare.

CORSO 131

Direttore:
Istruttori:

CHIRURGIA PALPEBRALE MINI-INVASIVA FATTA FACILE

F.P. Bernardini
M. Puccioni, C. de Conciliis, F. Quaranta Leoni

Sinossi: scopo del corso è quello di fornire all'oculista tecniche chirurgiche adeguate per gestire la patologia e l'estetica palpebrale mostrandole e spiegandole 'step-by-step'.

Obiettivo: al termine del corso i partecipanti potranno offrire ai loro pazienti tecniche mini-invasive che permettono di trattare condizioni funzionali ed estetiche 'scar-less' con risultati stabili.

CORSO 132

Direttore:
Istruttori:

LA CHERATOPLASTICA ANTERIORE LAMELLARE PROFONDA DESCOMETICA E PRE-DESCOMETICA (DALK)

V. Sarnicola
L. Conti, L. Fontana, A. Montericcio

Sinossi: il corso intende illustrare le tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare descemetica e predescemetica, le complicanze intra e post operatorie, "trucchi" e segreti chirurgici, i risultati funzionali comparati alla chirurgia penetrante.

Obiettivo: incoraggiare i chirurghi ad utilizzare questa tecnica. È un corso base che si rivolge a tutti i medici oculisti non esperti di superficie oculare che vogliono acquisire nuove conoscenze fisiopatologiche e nuovi approcci diagnostici per il migliore inquadramento terapeutico medico e chirurgico. In particolare, si evidenzia il ruolo delle cellule staminali dell'epitelio corneale, quello della congiuntiva, l'integrazione neuroanatomica tra gli epiteli, lo stroma e l'apparato lacrimale, le basi del trapianto di limbus e congiuntiva. L'obiettivo è quello avvicinare il medico oculistico alla patologia della superficie oculare.

CORSO 133

Direttore:
Istruttori:

LA DCR: PRECISAZIONI E SEGRETI PER UNA CHIRURGIA DI SUCCESSO

L. Bauchiero
F. Bernardini, C. de Conciliis, P. Losavio, F. Quaranta Leoni, D. Surace, G. Vadalà

Sinossi: negli ultimi dieci anni nella chirurgia lacrimale sono state proposte alcune nuove procedure (endoscopia chirurgica, dacrioplastica, stenting, ecc.) che comunque non sono riusciti a sostituire l'intervento principe di tale chirurgia: la dacriocistori-nostomia (DCR). Quest'ultima, infatti, continua ad rappresentare ancora, specie nella sua variante "ab-esterno", il "gold standard" verso il quale tutti gli interventi sulle vie lacrimali devono confrontarsi. Il corso si propone di illustrare tutte le fasi della tecnica della DCR classica e delle sue varianti ("ab-interno" o endonasale e quella per via endocanalicolare di recente introduzione) e di porre particolare attenzione a tutti quegli aspetti che possono rendere l'atto chirurgico di maggior successo.

Obiettivo: il corso, di livello intermedio/avanzato, si propone di fornire diversi suggerimenti nella gestione pre, intra e post-operatoria del paziente candidato a DCR. Al fine di dare al corso un taglio pratico ed un riscontro immediato, i partecipanti verranno coinvolti dagli istruttori a misurare la propria padronanza dell'argomento intervenendo nella soluzione di alcuni casi clinici complessi che verranno presentati nell'ultima parte del corso.

CORSO 134

Direttore:

CORNEA CLINIC INTERATTIVA

M. Busin

Sinossi: il corso tratterà le principali patologie corneali attraverso la presentazione interattiva di una serie di casi clinici paradigmatici.

Obiettivo: i partecipanti verranno stimolati a prendere parte attiva nel percorso logico che porta alla diagnosi e all'individuazione del trattamento appropriato di ciascun quadro clinico presentato.

CORSO 135

Direttore:
Istruttori:

ENDOFTALMITE ACUTA

V. De Molfetta
P. Arpa, M. Azzolini, M. Coppola, M. Sborgia

Sinossi: vengono illustrati epidemiologia, eziopatogenesi, diagnosi, trattamento medico e chirurgico dell'endoftealmite acuta.

Obiettivo: fornire ai partecipanti gli elementi teorici e clinici per una corretta diagnosi precoce nosologica ed eziologica, nonché per una corretta indicazione terapeutica.

CORSO 136

Direttore:
Istruttori:

COME FACILITARE LA DIAGNOSI DI UNA LESIONE MALIGNA O BENIGNA DELLE PALPEBRE

S. Cavazza
G. Frongia, F. Quaranta Leoni, G.L. Laffi

Sinossi: è un corso base che tratterà le principali patologie neoplastiche perioculari dell'adulto e del bambino attraverso la presentazione interattiva di casi clinici.

Obiettivo: fare acquisire ai partecipanti i principi necessarie all'inquadramento ed al successivo trattamento delle patologie neoplastiche palpebrali con particolare riguardo a quelle che sono le caratteristiche di malignità, alla corretta indicazione ed esecuzione della biopsia, ai quadri istopatologici ed accenni alle tecniche di ricostruzione palpebrale.

Parole chiave: anatomia della cute, tumori maligni e benigni epiteliali, tumori maligni degli annessi, tumori pigmentati, neoformazioni dell'età pediatrica.

CORSO 137

Direttore:
Istruttori:

MALATTIE EREDITARIE DEL NERVO OTTICO

A. Sodi
M.C. Boschi, B. Giambene, S. Bianchi-Marzoli, P. Barboni, F. Testa, F. Sadun, A.M. De Negri

Sinossi: il corso tratta gli aspetti clinici e diagnostici delle malattie ereditarie del nervo ottico.

Obiettivo: fornire le conoscenze necessarie per gestire un paziente con sospetta neuropatia ottica ereditaria sulla base di dati clinici e strumentali ed informare sugli aspetti genetici e di diagnostica differenziale delle neuropatie ottiche ereditarie.

CORSO 138

Direttore:
Istruttori:

LA CAVITÀ ANOFTALMICA: FISIOPATOLOGIA E CHIRURGIA

F. Quaranta Leoni
T. Hadjistilianou, A. Modugno, D. Surace

Scopo del corso è quello di illustrare le novità in tema di fisiopatologia e chirurgia della cavità anoftalmica. La post enucleation socket syndrome è il risultato di una modificazione della cavità orbitaria a seguito di un intervento di enucleazione, che si osserva più frequentemente nei pazienti in cui non viene impiantata una endoprotesi al momento dell'intervento di enucleazione. Vengono descritte la patogenesi della sindrome ed illustrati i principi chirurgici per la correzione del deficit volumetrico e delle malposizioni palpebrali nei pazienti portatori di protesi.

In particolare saranno prese in esame:

1. Le tecniche di enucleazione ed eviscerazione
2. Le tecniche di impianto endo-orbitario secondario
3. La tecnica chirurgica di impianto sub-periosteio
4. La biocompatibilità degli impianti integrati
5. La patologia medica della cavità anoftalmica

I partecipanti saranno in grado alla fine del corso di programmare l'approccio terapeutico più idoneo in un paziente anoftalmico.

CORSO 139

Direttore:
Istruttori:

LA CHIRURGIA DELLO PTERIGION

A. Montericcio
L. Conti, V. Sarnicola, P. Elio Pro시오

Lo pterigion è un processo degenerativo, iperplastico la cui terapia è unicamente chirurgica. L'incidenza delle recidive è dovuta al tipo di intervento. L'obiettivo è quello di illustrare le tecniche di autotrapianto di congiuntiva e di innesto di membrana amniotica che garantiscono una minore incidenza di recidive e di confrontarle con la pterigeotomia.

CORSO 140

Direttore:
Istruttori:

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'EPIFORA: SOLUZIONI A CONFRONTO

S. Miglior
M. Goisis, M. Guareschi

Sinossi: l'eventuale trattamento chirurgico dell'epifora si basa sull'esecuzione di una visita oculistica seguita da una serie di indagini radiologiche e strumentali.

Obiettivo: mediante una discussione tra diversi specialisti, verranno prese in esame indicazioni e limiti delle diverse metodiche di trattamento chirurgico dell'epifora.

CORSO 141

Direttore:
Istruttori:

ENDOFTALMITE: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

V. Orfeo
G. Lesnoni, S. Zenoni, L. Loffredo, P. Teramo

Sinossi: l'endoftealmite rappresenta una delle più drammatiche evenienze dopo chirurgia oculare che gli oculisti chirurgi e non chirurgi devono saper immediatamente affrontare. Nel corso vengono discussi i protocolli di prevenzione, le caratteristiche cliniche, le indicazioni, le modalità ed i tempi terapeutici medici e chirurgici secondo i più recenti studi. Si forniranno indicazioni pratiche con l'ausilio di filmati esplicativi.

Obiettivo: lo scopo del corso è illustrare ai partecipanti gli strumenti più aggiornati per una corretta condotta di fronte al problema endoftealmite.

CORSO 142

Direttore:
Istruttori:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA OFTALMOPATIA DI GRAVES: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

G. Bonavolontà
A. Iuliano, R. Piscopo, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello

Sinossi: l'orbitopatia tiroide-correlata rappresenta un vasto capitolo della patologia orbitaria, essendo responsabile di più dell'85% degli esoftalmi bilaterali e fino al 50% degli esoftalmi unilaterali. L'esame clinico e l'uso mirato degli esami strumentali (ecografia, T.C.), sono di primaria importanza per valutare il grado di attività e di gravità della malattia e, quindi, per la scelta della strategia terapeutica. La decisione di sottoporre il paziente ad un semplice follow-up, a terapia medica (corticosteroidi, immunosoppressori), radiante o chirurgica dipende dai dati ottenuti da questo schematico iter diagnostico.

Obiettivo: lo scopo del corso è quello di fornire ai partecipanti le principali linee guida per la gestione clinica e chirurgica del paziente affetto da Oftalmopatia di Graves, alla luce dei più moderni criteri di valutazione clinico-strumentale.

CORSO 143

Direttore:
Istruttori:

GESTIONE CHIRURGICA DEL PAZIENTE STRABICO

M. Pedrotti
M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, D. Drago

- Sinossi:**
- Esame componente motoria
 - Esame componente sensoriale
 - Timing intervento a seconda dei vari tipi di strabismo
 - Tecniche chirurgiche
 - Dosaggi chirurgici
 - Discussione casi clinici

Obiettivi: conoscenze di base per la gestione del paziente strabico.

È prevista la presentazione di casi clinici su cui i partecipanti dovranno interagire nel:

- applicare correttamente gli algoritmi di valutazione appresi per arrivare alla diagnosi
- definire l'iter terapeutico ed il timing chirurgico
- costruire il programma operatorio individuando i muscoli, il tipo di intervento e il dosaggio.

CORSO 144

Direttore:
Istruttore:

IL PAZIENTE A RISCHIO: INQUADRAMENTO CLINICO E DIAGNOSI PRECOCE

G. Ghirelli
A. Bardocci

Sinossi: il corso esporrà la corretta gestione del paziente a rischio di sviluppare la malattia glaucomatosa.

Obiettivo: attraverso le fasi successive della esposizione i partecipanti potranno identificare il percorso clinico idoneo che porta dall'identificazione del paziente a rischio con il suo arruolamento, alla valutazione clinica con diagnosi precoce. Inoltre potranno analizzare nel campo della semeiotica strumentale attuale gli apparecchi più idonei per ogni singolo caso clinico.

CORSO 145

Direttore:
Istruttori:

MITI E CONTROVERSIE NELLE UVEITI

L. Cimino
G. Bajocchi, L. Bonavia, L. Cappuccini, A. Giovannini, C.P. Herbort, C. Pavesio, C. Salvarani

Sinossi: il corso ridefinirà alcuni aspetti delle infiammazioni oculari emergenti mediante la presentazione interattiva di casi clinici e delle novità terapeutiche mediche e parachirurgiche più utilizzate.

Obiettivo: attraverso la partecipazione attiva i partecipanti acquisiranno le più aggiornate nozioni per la valutazione, gestione e trattamento delle infiammazioni oculari.

CORSO 146

Direttore:
Istruttori:

PATOLOGIE DELLE VIE LACRIMALI IN ETÀ PEDIATRICA

F. Menicacci
T. Hadjistilianou, W. Calcatelli, G. Savino

Sinossi: il corso tratterà la fisio-patologia delle vie lacrimali e le patologie più frequenti collegate all'età pediatrica attraverso una serie di relazioni preordinate e la presentazione e la discussione di casi clinici.

Obiettivo: scopo del Corso è di approfondire gli aspetti fisio-patologici delle alterazioni delle vie lacrimali in età neonatale e perinatale e le indagini diagnostiche. Verranno esaminati i quadri clinici e le scelte terapeutiche delle singole patologie ed il trattamento di complicanze relative.

CORSO 147

Direttore:
Istruttori:

ATTUALITÀ NELLA CHIRURGIA DELLE UVEITI

L. Cappuccini
L. Avoni, L. Cimino, C.P. Herbort, C. Pavesio, A. Sartori, G. Tassinari

Sinossi: il corso tratterà le novità gestionali, diagnostiche di laboratorio e terapeutiche che hanno rivoluzionato l'approccio a particolari forme di uveite.

Obiettivo: l'acquisizione da parte dei partecipanti di nuovi schemi classificativi che semplificano e chiariscono l'etiopatogenesi, gli aspetti chirurgici e la gestione del paziente con uveite.

CORSO 148

Direttore:
Istruttori:

GDXVCC: USO DELL'APPARECCHIO E CARATTERISTICHE DELLA METODICA

M. Marullo
R. Marroncelli, M. Lanci, V. Della Valle, R. Perilli

Il corso illustrerà i principi di funzionamento della macchina, la modalità d'uso, le indicazioni, i limiti, le caratteristiche e le differenze con le altre metodiche (GDx di precedente generazione, OCT, HRT, Talia).

CORSO 149

Direttore:
Istruttori:

LE COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA DELLE VIE LACRIMALI

P.L. Trabucchi
N. Di Giacomo, G. Carlevaro, W. Calcatelli, L. Minervino

Gli Autori, dopo aver richiamato le principali tecniche chirurgiche per la patologia delle vie lacrimali di deflusso, sia tradizionali che endoscopiche, descrivono le possibili complicanze intra e post-operatorie di tali tecniche. Vengono affrontate e discusse le modalità di gestione di questi eventi, come prevenirli, ed il loro trattamento, sia medico che chirurgico.

Obiettivo del corso: rendere il chirurgo interessato a tali tecniche in grado di gestire al meglio tutte le possibili evenienze sfavorevoli di questa chirurgia.

CORSO 150

Direttore:
Istruttori:

LA BLEFAROPLASTICA STEP BY STEP

C. Orione
G. Aimino, C. Lucchini, M. Santella

Sinossi: il Corso tratterà le metodiche per la correzione della Blefaroplastica Superiore ed Inferiore. La Selezione del paziente, il Consenso Informato, il Disegno pre operatorio, la Tecnica Chirurgica, il Settaggio degli Strumenti, la Terapia Post Operatoria con la gestione delle Complicanze.

Obiettivo: i Filmati, i Casi Clinici ed il Materiale Didattico, che verrà fornito ai partecipanti, porteranno ad apprendere, "passo dopo passo", la tecnica operatoria e la gestione del paziente, per poter approcciarsi al meglio a questa chirurgia.

CORSO 151

Direttore:
Istruttori:

INTERPRETAZIONE DEL REFERTO GDx

G.L. Laffi
S. Polito, L. Porsia, A. Di Biase, M. Iester, R. Altafini

Sinossi: il corso fornirà le basi teoriche e suggerirà un approccio metodologico per la interpretazione del GDx.

Obiettivo: i partecipanti, attraverso la partecipazione attiva al percorso logico che conduce all'interpretazione dei GDx presentati, acquisiranno le nozioni e la metodologia necessarie ad una corretta valutazione dei dati forniti dal GDx.

CORSO 152

Direttore:
Istruttori:

FOTOCHEATECTOMIA TERAPEUTICA (PTK) CON LASER AD ECCIMERI NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE CORNEALI

M. Sborgia
M. Azzolini, F. Schweizer

Sinossi: vengono espone indicazioni, tecnica chirurgica, decorso post-operatorio, complicanze e risultati anatomo-funzionali della PTK per il trattamento delle patologie corneali.

Obiettivo: fornire ai partecipanti gli elementi necessari per effettuare correttamente selezione del paziente, approccio chirurgico e follow-up post-operatorio.

CORSO 153

Direttore:
Istruttore:

SEGNI E SINTOMI DELL'UVEITE: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PROTOCOLLI DI TERAPIA

A.G. Secchi
V.A. Grgic

Sinossi: poiché la gestione ottimale del singolo caso di uveite non può prescindere da una diagnosi differenziale corretta, i segni e sintomi clinici rilevabili in corso di uveite verranno considerati e discussi in maniera da identificare l'ipotesi diagnostica differenziale più probabile nel singolo caso e, di conseguenza, la terapia specifica raccomandabile.

Obiettivi: l'acquisizione di un modus operandii che consenta una gestione ottimale del singolo caso di uveite.

SESSIONE 1

FISIOPATOLOGIA DEL DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO

E. Dal Fiume

Nel distacco di retina abbiamo la separazione della retina sensoriale dallo strato dell'epitelio pigmentato retinico per accumulo di fluido nello spazio potenziale sottoretinico. Nel distacco di retina regmatogeno, il fluido accede a questo spazio attraverso una rottura di retina. Nel distacco di retina primario, o regmatogeno, la rottura di retina non è determinata da eventi antecedenti come traumi o retinopatie proliferanti trazionali, ma è solitamente preceduto da un distacco del vitreo posteriore. Il collasso del corpo vitreo e il conseguente distacco del vitreo posteriore può determinare trazione sulla sottostante retina con formazione di rotture o attivazione di rotture preesistenti. Il fluido dalla camera vitrea passa nello spazio subretinico attraverso la rottura e determina il distacco di retina.

Le tre più importanti componenti nella patogenesi del distacco di retina sono:

1. il distacco del vitreo
2. la formazione delle rotture
3. l'accumulo di fluido subretinico

Il distacco posteriore di vitreo è il più comune evento relativo all'età che avviene nel vitreo, consiste nella separazione tra la vitreo cortex posteriore e la lamina limitante interna della retina, può essere localizzato, parziale, oppure totale. Le rotture di retina sono descritte in relazione alla loro forma dimensione e posizione. In presenza di un distacco di retina regmatogeno devono essere individuate tutte le rotture. Il fluido sottoretinico accumulatosi attorno alla rottura di retina diffonde inizialmente verso l'ora serrata; successivamente la diffusione è influenzata dalla sede della rottura e da ogni ostacolo lungo il sentiero di diffusione. La comprensione dei meccanismi di degenerazione vitreale e di formazione delle rotture sono i momenti fondamentali per la corretta diagnosi e terapia del distacco di retina regmatogeno. La chiusura delle rotture rappresenta lo scopo principale della chirurgia episclerale del distacco di retina regmatogeno.

MANAGEMENT OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT: STATE OF THE ART AND INDICATIONS FOR PRIMARY VITRECTOMY

H.A. Lincoff (USA)

The optimum treatment for the repair of uncomplicated retinal detachment has been a matter for debate for the past decade. In the interim, vitrectomy has emerged as the most frequent procedure in the U.S. An analysis of case series reported in the literature comprising of 2139 buckle operations and 1779 vitrectomies for uncomplicated detachment revealed that a second operation after buckling was required in 10% of patients and in 14% of patients after vitrectomy. The incidence of PVR developing after buckling was 1% but was 6.7% after vitrectomy. We suggest that vitrectomy has emerged as the predominant procedure in the U.S. for external reasons such as training, market forces and the absence of peer review.

EXTRAOCULAR MINIMAL SCLERAL BUCKLING: PRINCIPLES OF TECHNIQUE AND PREOPERATIVE DIAGNOSTICS

I. Kreissig (Germany)

Background: The present repair of a retinal detachment has evolved from a surgery of the entire extent of the detachment to a surgery limited to the area of the retinal break. **Materials:** Minimal scleral buckling implies a segmental buckle (oriented radially or circumferentially) which is limited to the area of the retinal break. This can be done as an extraocular procedure by using an elastic plombe, the so-called sponge, making feasible an operation without drainage of subretinal fluid. **Results:** Guidelines will be demonstrated how to find the break in a primary retinal detachment, defined as 4 Rules, by which the search for the break can be limited to an extent of 1½ to 3 clock hours in the retinal periphery. Additional guidelines will be provided to search for the break in a detachment "without" a break. In addition to this additional 4 Rules will be presented how to find the break in eye up for reoperation, which is based on the findings that the cause for failure exists in a missed break or an inadequately buckled break in 80%. **Conclusion:** A meticulous search for the break is needed and as well an adequate and sufficient closure of it which is mandatory for a sustained reattachment. This is independent of the type of surgical approach, i.e., applied as an extraocular minimal segmental buckling, an extensive circular buckle or an intraocular procedure.

LA CHIRURGIA SCLERALE MINIMALE. COMPLICANZE E RISULTATI

M. Nicoletti

Nel distacco di retina primario abbiamo la separazione della retina sensoriale dallo strato dell'epitelio pigmentato retinico e accumulo di fluido nello spazio potenziale sottoretinico per passaggio attraverso una rottura di retina. La chiusura della rottura di retina rappresenta lo scopo principale a cui si rivolge la chirurgia. La nostra casistica comprende più di 100 interventi consecutivi di chirurgia della rottura di retina scegliendo ogni volta l'opzione chirurgica minimamente invasiva in termini di scelta del tipo ed estensione dell'elemento indentante e ripiegamento sclerale, puntura evacuativa del fluido sottoretinico, retinopessia laser, iniezione di gas in camera vitrea. Il follow up minimo è stato 1 anno. **Risultati e complicanze:** due gruppi di pazienti a confronto: gruppo A, 50% dei pazienti sono stati trattati con chirurgia episclerale e puntura evacuativa del fluido sottoretinico; gruppo B nel restante 50% di confronto non è stato drenato il fluido sottoretinico. Il successo chirurgico al primo intervento è stato sovrapponibile nei due gruppi di pazienti (rispettivamente 88% e 89%). Nel gruppo B senza evacuativa non si sono verificate complicanze intraoperatorie, mentre nel gruppo A di pazienti che hanno subito la puntura evacuativa in 2 casi si è verificato un sanguinamento sottoretinico, e in un caso incarceramento della retina nella sede della puntura evacuativa. In caso di fallimento il reintervento ha portato al successo anatomico nel 94% e 96% dei casi rispettivamente nei due gruppi. **Conclusioni:** un approfondito esame preoperatorio per valutare con precisione sede, numero, dimensione delle rotture di retina, estensione della trazione vitreoretinica, ampiezza del sollevamento retinico ci aiuta a scegliere il tipo di procedura più idoneo al singolo caso per eseguire una chirurgia minimale della rottura di retina. Le cause di fallimento dell'intervento primario sono l'inadeguata chiusura delle rotture, la formazione di nuove rotture e lo sviluppo di PVR. L'evacuazione del fluido sottoretinico è legata a complicanze specifiche in un numero estremamente limitato di casi, non sempre comporta una limitazione del recupero funzionale o il fallimento dell'intervento primario.

GESTIONE DELLE RECIDIVE

G. Ravalico

Vengono prese in considerazione le principali cause di recidiva dopo chirurgia episclerale mininvasiva. Nel 70% dei casi si tratta di nuove rotture o di piombaggi inadeguati. Vengono considerate le possibili alternative chirurgiche e le condizioni che possono indirizzare la scelta verso le diverse tecniche.

CHIRURGIA EPISCLERALE NEL DISTACCO DI RETINA. CONSIDERAZIONI DIAGNOSTICHE E PRINCIPI DELLA TECNICA CHIRURGICA

M. Stirpe

La chirurgia per il distacco di retina è finalizzata a ripristinare fermamente il naturale contatto fra la retina distaccata e l'epitelio pigmentato. Questo fine può essere raggiunto con la chiusura di ogni rottura retinica e la riduzione delle trazioni vitreo-retiniche. Il ripiegamento sclerale è il metodo di base usato per chiudere le rotture retiniche e controbilanciare le trazioni vitreo-retiniche. Ripiegamenti segmentali sono usati per distacchi sostenuti da una singola rottura o da due rotture contigue o da una rottura posteriore. Una sottile banda di silicone in forma di cerchiaggio può essere addizionata per anticipare ulteriori trazioni vitreo-retiniche in altri settori. Un cerchiaggio più elevato è usato: se è presente più di una rottura retinica; nei distacchi di retina in occhi pseudofachici; nei distacchi di retina in occhi miopi; nei distacchi di retina in occhi con estese aree degenerative. La provocazione razionale di reazioni termiche locali produce una ferma adesione dei margini della rottura retinica all'epitelio pigmentato. La diatermocoagulazione era il metodo in passato maggiormente usato. Le criocoagulazione e la fotocoagulazione laser sono i mezzi più usati attualmente per raggiungere questo fine. Per ogni metodo vengono discussi potenziali vantaggi e gli svantaggi. Il drenaggio del fluido sottoretinico rimane controverso. Non effettuando questa manovra sono evitate possibili complicazioni associate alla perforazione della coroide; questo vantaggio è tuttavia controbilanciato dalla necessità di eseguire manovre atte a diminuire la tensione oculare per ottenere una adeguata indentazione del ripiegamento sclerale. Il drenaggio del fluido sottoretinico diviene tuttavia necessario in alcune condizioni quali: distacchi retinici bollosi; distacchi retinici con rotture inferiori; distacchi retinici in occhi con miopia elevata ed estese aree di atrofia della coroide; distacchi di retina in occhi pseudofachici; distacchi di retina nei quali è supposta la presenza di un fluido sottoretinico viscoso; distacchi di retina con segni periferici di PVR. In una analisi di occhi con distacchi retinici non complicati inclusi in uno studio comparativo "Vitrectomia vs chirurgia episclerale" dopo un follow up minimo di 15 anni vengono discusse le ragioni per le quali la chirurgia episclerale deve ancora essere considerata il metodo convenzionale per il trattamento di distacco retinico non complicato e di selezionati distacchi retinici complicati.

SCLERAL BUCKLING: RESULTS AND COMPLICATIONS

S. Rizzo, F. Genovesi-Ebert

Purpose: The current gold standard for the management of primary retinal detachment is still scleral buckling (SB). Aim of this study was to evaluate the outcome of Retinal Detachment (RD) following SB. **Methods:** This retrospective study was carried out identifying all cases of rhegmatogenous RD treated with SB in the Pisa Santa Chiara Hospital Eye Surgery Clinic from January 2, 2003 to January 2, 2005. Basic data: 900 eyes with rhegmatogenous RD were treated with SB. 297 patients were phakic and 613 non phakic. RD was macula-on in 167 eyes and macula-off in 733. Main outcome measures were anatomic success, visual outcome, incidence of complications. **Results:** the overall anatomic success rate was: 89% with one operation, 94% with a second operation and the final reattachment rate was 97%. In the phakic eyes the final reattachment rate was 97%, and in eyes that were non phakic (pseudophakic and aphakic) was 91%. A favorable functional result (VA 20/50 or better) was achieved in 86% of macula-on and in 46% macula-off RD (no significant difference between phakic and non phakic eyes). Good visual outcome strongly correlated with a shorter duration of the macula-off RD (41% if duration was less than 1 month), inversely correlated with the degree of preoperative macular elevation, was less likely in patients over 70 years of age. Recorded complications were: intraoperatively, small haemorrhage after sub-retinal fluid drainage (5%); postoperatively: recurrence and PVR (3%), transitory ocular motility disturbances (4%), transitory ocular hypertension (3,5%), macular pucker (0,2%), scleral buckling extrusion (0,05%). Mean induced refractive error was -1.5 D with encircling buckle and -0.75 with segmental buckle. **Conclusions:** SB is an effective, low morbidity and cost-effective technique in the primary management of uncomplicated rhegmatogenous RD.

GESTIONE DELLE RECIDIVE

P. Arpa

Dopo una valutazione della frequenza delle recidive (dal 9% al 25%) nel trattamento del distacco di retina con tecnica episclerale, si definiscono i criteri diagnostici che caratterizzano la recidiva. Se ne definiscono le cause (dalla mancata identificazione delle rotture retiniche alla PVR), e si propongono i trattamenti (nuova chirurgia episclerale o vitrectomia).

DIAGNOSTIC EVALUATIONS AND PRINCIPLES OF SURGICAL TECHNIQUES

K.U. Bartz-Schmidt (Germany)

Preoperative diagnostic evaluation in primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment follows the same recommendations like in external procedures. However, during vitrectomy special care is needed to detect iatrogenic new retinal tears by vitreous base shaving. For that reason, at the end of the procedure under wide-angle viewing careful evaluation of the vitreous base is obligatory. Principles in the treatment of rhegmatogenous retinal detachment from external or internal are identical based on different surgical approaches. Using the internal approach, detection of retinal pathology is facilitated by reflex-free endoillumination and high-quality magnification using the operating microscope. Vitrectomy of the vitreous core is smooth, because of the pre-existing posterior vitreous separation. Stabilisation of the central retina can be achieved by the use of perfluoron carbon liquids, avoiding iatrogenic retinal tearing during removal of anterior tractional vitreous. Atraumatic and controlled drainage of the subretinal fluid ab-interno is the key-step of the procedure, allowing (compared to retinocryopexy) less aggressive laser-photocoagulation of the retinal holes. The main disadvantage of the procedure is the need of a complete gas tamponade, which affects patient binocular stereoscopic-vision in daily life for up to two weeks and leading in up to 50% of the cases to cataract surgery during the first year. Therefore, careful patient selection is mandatory regarding these long-term side-effects. Primary vitrectomy can be a minimal invasive procedure in otherwise difficult situations with large or central tears, or eyes with vitreous hemorrhage or pseudophakia as demonstrated by the results of the SPR-trial.

PRIMARY VITRECTOMY FOR PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT WITH AND WITHOUT EXPLANT

S. Bopp (Germany)

Background: During the past 20 years we observe a continuously growing trend to manage primary (uncomplicated) rhegmatogenous retinal detachment (RRD) with vitrectomy (VY) instead of scleral buckling (BS). The change of techniques, however, is not based on scientific data, and the question, which of both methods is the better one, remains unanswered. The SPR study has even shown that vitrectomy for complicated RRDs without PVR is not superior to BS. Which are the reasons of failures and how can we improve the outcome after VY? **Patients & Methods:** Retrospective, consecutive, non-randomized, single-surgeon study of the anatomical and functional results after vitrectomy for primary RRD without PVR. The series includes three groups in which the following basic techniques were applied: combined encircling band & Vy & retinopexy (30 eyes), Vy & retinopexy alone (n=41) and Vy with extensive cleansing of the vitreous base & retinopexy. Other variables included the choice of tamponade and percentage of combined Vy & lens surgery. **Results:** Primary anatomic success rates in the three cohorts were 90, 78 and 93%, respectively. Final reattachment was achieved in all cases. The decreased success rate in group 2 was mainly attributed to a high PVR-rate. Analysis of the other variables (e.g. tamponade substance, combined Vy and lens exchange) showed a positive correlation between high reattachment rate by an aggressive traction relief in the vitreous base and a longer-acting tamponade. **Conclusions:** The provided data reflects the individual development of the surgeon's technique, particularly motivated by the unsatisfactory results in group 2 during the transition phase between primary vitrectomy with an encircling band and primary vitrectomy alone. Only after thorough vitreous base excision down to the level of the retina - which in most cases can be achieved only in pseudophakic eyes - the protective effect of a peripheral buckle can be compensated. **Take-home message:** An effective traction relief in the vitreous base remains the key to a high initial success rates after primary Vy for RRD. Furthermore, a sufficient duration of the tamponade has proven to be of significance. Doing without external support of the vitreous base, favorable results can be achieved only by meticulous vitreous base excision.

VITRECTOMY VERSUS SCLERAL BUCKLING IN THE PSEUDOPHAKIC PATIENT

P.D. Brazitikos (Greece)

Objective: To compare the anatomic and functional outcome of scleral buckle (SB) surgery to pars-plana vitrectomy (PPV) alone in the treatment of primary rhegmatogenous pseudophakic retinal detachment (RD). **Design:** Prospective randomized clinical trial. **Participants-Methods:** 150 eyes of 150 patients with pseudophakic RD and proliferative vitreoretinopathy (PVR) not greater than stage B were randomized to SB (75 eyes) or primary PPV (75 eyes). SB surgery involved break localization, cryotherapy, placement of a circumferential 240 style 2.5 mm solid silicone band, combined with a local buckle when indicated, and transcleral drainage of subretinal fluid. PPV included extensive vitreous removal, perfluoro-n-octane injection or endodrainage of subretinal fluid to flatten the retina, cryopexy treatment of breaks and fluid air exchange with injection of 20% SF₆. Postoperative follow-up was 1 year. **Main outcome measures:** Break diagnosis, operating time, intraoperative and postoperative complications, retinal reattachment rate with a single as well as with multiple surgeries, axial length changes, best-corrected visual acuity (BCVA) at 1 year postoperatively. **Results:** The number of eyes without any apparent break found intraoperatively was higher (p=0.004 chi-square) in the SB group. Mean operating time was significantly less (p=0.0001 t-test) in the PPV group. With a single surgery retina was reattached in 62 (83%) eyes in the buckle group and in 71 (94%) eyes in the PPV group (p=0.037, Fisher exact test). With subsequent surgeries final anatomic reattachment was achieved in 71 cases in the SB and 74 cases in the PPV group (p=0.37, Fisher exact test). Mean axial length change at 1 year was 0.95 mm in the SB and 0.1 mm in the PPV group (p=0.0001, t-test). The mean final BCVA (logMAR) was 0.40 in the SB group and 0.33 in the PPV group (p=0.26, t-test). **Conclusions:** Primary PPV offers potential advantages over SB surgery in the treatment of pseudophakic RD including less operating time, accurate diagnosis of breaks, higher reattachment rate with a single surgery and no postoperative axial length changes. Retinal reattachment rate with multiple surgeries and final visual acuity at 1 year were similar between SB and PPV.

PRIMARY VITRECTOMY. RESULTS AND COMPLICATIONS

B. Kirchhof (Germany)

Introduction: The SPR Study (scleral buckle versus primary vitrectomy) analysed outcome of patients with rhegmatogenous retinal detachment of medium complexity treated either with scleral buckling or primary vitrectomy. **Results:** No differences between the two operating methods could be seen regarding visual acuity. Primary vitrectomy is recommended in pseudo- or aphakic eyes because of the higher anatomical success rate and the fewer number of retina-affecting reoperations. In the phakic group scleral buckling is recommended due to the fewer number of secondary cataract surgeries.

PEARLS AND TRICKS WORKING IN PVR CASES

C. Mateo (Spain)

Purpose: To describe the main principles dealing with patients with posterior and anterior PVR. PVR is a devastating complication that happens in some cases after a regmatogenous retinal detachment and it is one of the most challenging problems in modern ophthalmology. Surgical skills and instrumentation are increasing the anatomical success rate but no so far the functional results. **Patients and methods:** We retrospectively reviewed the charts of 23 patients with anterior and posterior PVR and a minimum follow-up of 1 year. Previous surgical treatments including pars plana vitrectomy were 2.5 in mean (2-5). All 23 eyes had a buckle in place and in 21 cases the buckle was shortened in the inferior quadrants. 13 were phakic and 10 pseudophakic. In phakic patients, pars plana lensectomy leaving the anterior capsule in place was performed. In the pseudophakic group no intraocular lens was removed. Anterior PVR was treated in the beginning using bimanual manoeuvres with the four sclerotomy technique. Posterior PVR was managed using Perfluorocarbon liquid to open the funnel shape, and to help the membrane peeling in all cases. ILM removal under PFCI and no dye staining was performed in all cases Silicone oil tamponade was selected in 20 cases. **Results:** At one year f-up all patients had the retina reattached posterior to the buckle. 5 patients were reoperated because of a peripheral retinal detachment threatening the macular area and silicone oil was selected as the tamponade element. Only one patient showed a macular pucker formation that required an additional surgery. In 8 eyes of the aphakic group a posterior chamber was inserted after the silicone oil removal. **Conclusions:** PVR is one of the most challenging problems in modern vitreoretinal surgery. When dealing with patients with PVR the main steps are: Buckle shortening, pars plana lensectomy leaving the anterior capsule, treat the anterior PVR in the beginning avoiding posterior retinotomies, and the use of PFCI to peel the posterior PVR and the ILM.

SESSIONE 2

HIGHER ABERRATIONS AND CHROMATIC ABERRATIONS

R. van 't Pad Bosch (The Netherlands)

Almost every optical system has some imperfections. Light rays can bend differently than can be expected from the general form or shape of the optically medium. These are called aberrations. According to the medical dictionary, definitions of aberration include "a defect of focus, such as blurring in an image." This imperfect image can be caused by a physical defect or an optical element, as in a lens. There are 4 main factors that can cause aberrations:

1. monochromatic aberrations (wavefront aberrations)
2. chromatic aberrations
3. irregularities in the optical plane
4. non-homogenic materials

Higher Order Aberrations: Wave-front technology and correcting higher order aberrations are hot topics and wave-front is being applied to everything in vision care from diagnostics to corrective lenses to refractive surgery. In order to appreciate the value of the application of this technology, we need to understand the basics of higher order aberration (HOA) and the effect on the quality of vision. Higher order aberrations may play a critical role in the advancement of contact lenses and the improvement of vision quality and we believe design matters in helping practitioners and patients achieve greater success with contact lenses. **How Can Spherical Aberration Be Corrected?** Unlike most of the higher order aberrations which have a vertical and horizontal component, spherical aberration is rotationally symmetrical (it is therefore in the centre of the 4th order of the Zernike Pyramid) Therefore, it can be compensated for with an aspheric lens design without the need for maintaining a specific orientation (unlike correcting for astigmatism with a soft toric lens). In fact, it can be corrected with a contact lens. **The effect of contact lenses:** Simply having aspheric in a lens is not always enough to correct spherical aberration. Traditional aspheric contact lens designs may only correct spherical aberration induced by the contact lens itself (The spherical aberration that comes from spherical refractive surfaces), while not correcting the ocular system's inherent spherical aberration (inherent in the spherical surface of the eye). In addition, spherical aberration induced by standard spherical lenses is not consistent across lens powers. Negative spherical aberration increases as power is increased to correct myopia. However, some aspheric lenses have unchanging amounts of asphericity applied across all powers. Optimal designs utilize the appropriate amount of asphericity for each lens power to reduce spherical aberration across all lens powers.

Additional Information summarized:

- With Contact Lenses, Rotationally stable lower and higher aberrations can be corrected
- Non rotationally lower and higher order aberrations need a form of stabilisation of the lens in order to maintain its effectiveness
- On eye RGP lenses generally induce positive spherical aberration-depending on power- (except for high minus >-8 dpt)
- The more plus the more positive a-spherical aberration is induced
- Steeper Base curves in lenses induce more positive spherical aberration
- Plus Soft Lenses induce positive spherical aberration-depending on power- but to a much lesser extend than RGP lenses
- Minus soft lenses induce negative spherical aberrations-depending on power and help to counter balance the positive spherical aberrations of the eye
- Base curve of soft lenses is of much less influence on the aberrations induced
- Lenses with aspheric optics that control spherical aberration in air, do not correct for Spherical aberrations on eye, in fact they then induce positive spherical aberrations that are greater than the existing positive spherical aberration
- For myopes, standard negative lenses are to be preferred over aberration (in air) controlled soft lenses
- For Hyperopes, as plus induces positive aberrations, aberration (in air) controlled lenses should be preferred over standard plus lenses

CORREZIONE DEI RESIDUI ASTIGMATICI DOPO CHIRURGIA RIFRATTIVA

U. Merlin

Occorre anzitutto distinguere se la chirurgia era stata fatta per correggere un difetto astigmatico con o senza componente sferica o difetto rifrattivo senza astigmatismo. Nel primo caso, se si tratta di una ipocorrezione, ipercorrezione, rotazione d'asse o comparsa di irregolarità, nel secondo caso, se la comparsa di astigmatismo dipende da errore di tecnica o di valutazione programmata. In secondo esame sapere se si tratta di chirurgia rifrattiva incisionale o fotoablativa od entrambe in rapporto al fatto che nella prima si modificano entrambe le superfici corneali nella seconda la superficie posteriore può rimanere indenne o presentare una estasia che può essere anche causa di astigmatismo tale da compensare, aggravare o variare quello anteriore. Per quanto riguarda la possibile correzione con LAC i parametri più importanti sono la quantità dell'astigmatismo, se l'astigmatismo è causato da toricità della cornea o da obliqua incidenza, se è presente in entrambe le superfici o solo su quella anteriore, se la toricità o l'irregolarità che causa l'astigmatismo sono solo presenti nella zona rifrattiva della cornea o anche nella periferia. In base a questi elementi si possono stabilire i futuri rapporti di contatto e la possibile correzione ottica. Alcuni esempi per ognuno di questi gruppi può indicare gli elementi per arrivare ad una diagnosi di sede e di forma oltre ovviamente anche di quantità.

POST CORNEAL GRAFT ASTIGMATISM

M. Bifani, L. Mele, A.E. Ragucci, F. Pellegrino, A. Bianco

Introduzione: il trapianto di cornea perforante (PK) rappresenta una metodica chirurgica attraverso la quale il tessuto corneale alterato viene sostituito a tutto spessore con tessuto sano. Le complicanze post operatorie più frequenti sono rappresentate dal rigetto, dalla deiscenza della sutura e dal glaucoma post-chirurgico. L'inevitabile condizione, che ne rappresenta la regola e non una complicanza, è rappresentata dall'astigmatismo residuo post-operatorio. La correzione di quest'ultimo, peraltro difficile, può avvenire attraverso diverse metodiche: il rimaneggiamento della sutura, l'apposizione di punti di compressione, il trattamento laser ad eccimeri (PRK), le incisioni rilassanti e le lenti a contatto (l.a.c.) rigide (RGP). Queste possono essere tradizionalmente tricurve (RGP) o ortokeratologiche esacurve, che differendo dalle prime, in quanto composte da 6 zone a differente curvatura, realizzerebbero un rimodellamento della superficie oculare. Nel nostro studio ci proponiamo di confrontare l'efficacia delle l.a.c. esacurve rispetto alle lac RGP tradizionali a sei mesi dall'utilizzo, in pazienti sottoposti a PK attraverso il miglioramento della

BCVA, della UCVA e della coma. **Pazienti e metodi:** nel nostro studio abbiamo incluso cinque pazienti (cinque occhi), tutti sottoposti a cheratoplastica perforante per cheratocono. A trentasei mesi dall'intervento, tutti i pazienti, presentavano una UCVA media di 4/10, una BCVA media di 7/10, all'esame biomicroscopico un lembo trasparente, una coma media di 0.30 μm . Le I.a.c. utilizzate erano di due tipi, quelle RGP tradizionali tricurve in PMMA e quelle esacurve ortocheratologiche in Boston XO. La UCVA è stata valutata con ottotipo a proiezione a 5 metri. La biomicroscopia è stata effettuata mediante lampada a fessura. La coma è stata valutata mediante analisi di Seidel. A tutti i pazienti sono state applicate prima le I.a.c. RGP 4 ore al dì per 6 mesi rilevando le modifiche della UCVA, biomicroscopia nonché coma. Agli stessi pazienti sono state, in seguito, applicate le I.a.c. esacurve 4 ore al dì per 6 mesi rilevando le modifiche sopracitate da esse indotte. Il follow-up prevedeva le misurazioni a distanza di 30 minuti (T0), 3 ore (T1), 6 ore (T2) e 12 ore (T3) dalla rimozione di entrambi i tipi di I.a.c. **Risultati:** al T0 i pazienti presentavano una UCVA media di 10/10 con I.a.c. esacurve e 4/10 con I.a.c. RGP, un esame biomicroscopico inalterato, una coma di 0.13 μm con I.a.c. esacurve e di 0.30 μm con I.a.c. tradizionali. Al T1 i pazienti presentavano una UCVA media di 10/10 con I.a.c. esacurve e 3/10 con I.a.c. RGP, un esame biomicroscopico inalterato, una coma di 0.14 μm con I.a.c. esacurve e di 0.30 μm con I.a.c. tradizionali. Al T2 i pazienti presentavano una UCVA media di 8/10 con I.a.c. esacurve e 3/10 con I.a.c. tradizionali, un esame biomicroscopico inalterato, una coma di 0.18 μm con I.a.c. esacurve e di 0.30 μm con I.a.c. tradizionali. Al T3 i pazienti presentavano una UCVA media di 4/10 con I.a.c. esacurve e 3/10 con I.a.c. tradizionali, un esame biomicroscopico inalterato, una coma di 0.30 μm con I.a.c. esacurve e di 0.30 μm con I.a.c. tradizionali. **Discussione:** in tutti i pazienti si è osservato un miglioramento della UCVA media e della coma media fino a circa sei ore dalla rimozione delle I.a.c. esacurve, rispetto alle I.a.c. tradizionali, le quali non hanno determinato alcun miglioramento significativo dei suddetti parametri. Per tale motivo le I.a.c. esacurve si sono dimostrate le più adatte per il miglioramento del visus, grazie alla riduzione della coma, per l'assenza di reazioni avverse fisiometaboliche e per il comfort ottimale.

CONTACT LENS CORRECTION FOR ASTIGMATISM USING ASD - ACCELERATED STABILIZATION DESIGN T.G. Albert (USA)

The successful correction of astigmatism can be a challenging, time-consuming, and not financially rewarding experience for either the contact lens specialist or his patient. Numerous factors influence the treatment modalities that can be chosen by the practitioner and patient. The initial attempt to understand astigmatism can be traced back to Donders who stated that Pare' in 1575 produced stenopaic spectacles. Donders proposed the use of cylindrical lenses to correct this visual defect. While the first accurate description of astigmatism is credited to Thomas Young, in 1800. Astigmatism as a cause for poor vision was rarely reported in the scientific journals of that day, and during a period of nearly seventy years, only eleven cases were mentioned. Finally, it was not until 1866 that H. Knapp suggested the use of a standard notation for the location of the spherocylindrical axis. Borish defines astigmatism as a refractive condition in which a variation of power exists in the different meridians of the eye. These principal orthogonal meridians generally exhibit two different curvatures with a corresponding greater and lesser refracting power. Irregular astigmatism is usually caused by injuries or disease that affects the cornea. Keratoconus is the most widely known cause for non-iatrogenic irregular astigmatism. These two principal non-equivalent curvatures of the anterior corneal surface are the major causes for astigmatism. The physiologic crystalline lens is also a factor for producing an internal or residual astigmatism. This internal astigmatism is usually almost always against-the-rule in nature, and tends to increase with age. Finally, it has long been noted that the amount and axis of astigmatism can change when attention is fixed at a near point object of regard. This occurrence can have important ramifications when prescribing glasses or contact lenses for distance or near vision use. Depending upon the study design and geographical-racial component of the population, some degree of astigmatism can be detected in nearly 80% of most populations. Low amounts of astigmatism, or mixed astigmatism that can be compensated with the act of accommodation usually do not require an optical correction. Studies has shown that in Italy, 55% of the population have an astigmatic error of no more than 0.75 diopters, while 39% of the population have an astigmatism from 0.75 to 2.50 diopters. Interestingly, only 18% of Italians have a contact lens design that corrects for this astigmatism. One reason for this large disparity may be that only 14% of contact lens specialists grade as "excellent" their satisfaction with toric soft contact lens wear and design. Toric soft contact lenses have been on the market for over thirty years, and numerous inventions and designs have been proposed and tested. The two most well-known and time-tested designs are traditional stabilization of the lens by a base-down prism or traditional thin double zone stabilization. Little significant progress has been made until recently by the contact lens industry to produce a contact lens that satisfies both the corneal health demands and visual requirements of the patient. Ideally, a toric soft contact lens that has the stability of a base-down prism with the capacity to act dynamically upon the eye to maintain correct lens axis position would greatly increase the percentage of toric contact lens wearers and the number of satisfied practitioners and patients. Obviously, due to today's competitive contact lens industry, such a lens would have to be produced with excellent reproducibility and be targeted as a frequent replacement modality. One of the leading causes for toric contact lens failure to capture more of the market share has been due to an insufficient and incomplete understanding of the relationship between the palpebral dynamics and the contact lens upon the eye. In the early 1960's, investigators had already noticed the effect that particularly the upper lid had upon the movement and centration of a hard contact lens. In the 1970's and 80's, Mandell, Sarver and others came to the basic conclusions that the lid shape, position, and tightness exert a considerable influence upon the riding characteristics of a soft toric contact lens. The major influence upon the contact lens appears to stem from the superior lid, namely, its position, palpebral interaction, vertical aperture and canthi angles. Video-computer analysis has now shown that as the upper lid moves down across the lens, a rotational movement is evoked which is influenced most by the contact lens edge thickness. If the contact lens edge thickness would be the same on both sides of the lens at points of lid contact, then in theory little rotational movement would occur. This would occur when the lens axis toricity is normal to the lid movement direction. When the lens toricity axis is oblique, then the corresponding horizontal positions of the lens edge of the left and right sides are of non-equivalent thickness. The upper lid, as it moves downward over the lens will exert a greater rotational force and movement on the side of the greatest contact lens edge thickness. Since the nasal portion of the superior tarsus and lid exert the most force upon the contact lens, often a nasal rotational movement of the contact lens is noted by the practitioner. Analogously, blinking characteristics can exert a non equivalent rotational force on the contact lens depending upon the location of the lens cylinder axis. Eye blink dynamics show a significant and predictable interaction between the lens and the palpebra during a series of blinks. In summary, the various parameters of the contact lens design-material, diameter, peripheral system, stabilization method of axis, and lens thickness all have considerable influence on the lens's stability upon the eye. Johnson and Johnson in a great leap forward in high-tech production have designed a toric soft

contact lens that in contrast to other earlier designs, does not exhibit a peripheral junction causing an abrupt change in localized thickness, but rather a continuous smooth blend with an integrated thinness. This proprietary system called, "ASD™", Accelerated Stabilization Design, has four so-named accelerated areas in the lens that become active only when the contact lens is not aligned upon the eye. That is, without any extra contact lens edge thickness under the palpebra, the lens will remain stable. However, when the active zone, which is thicker, is under the palpebra, the lens rotates quickly to its correct position again causing the four accelerated areas to now be located away from palpebral interaction. The ASD™ toric soft contact lens design by Johnson & Johnson Vision Care, due to its inherent ability, upon initial insertion to stabilize quickly upon the eye, and in case of axis rotation, to rapidly and precisely assume its correct original orientation, promises to increase both practitioner and patient satisfaction and expand dramatically the percentage of toric soft contact lens first-fits and refits for patients in Italy.

ASTIGMATISMO DA ECTASIE CORNEALI IATROGENE

P. Troiano

Con il termine di ectasia corneale si è sempre fatto riferimento a fenomeni di assottigliamento dello spessore corneale in grado di determinare una alterazione del profilo corneale.

In questo ambito trovano collocazione anche tutte le modificazioni dello spessore e del profilo corneale indotte dall'uso di lenti a contatto o da procedure di chirurgia rifrattiva. Le ectasie corneali iatrogene possono essere distinte in reversibili ed irreversibili.

Tra le ectasie corneali iatrogene reversibili vengono comprese:

- la ridistribuzione epiteliale da trattamento ortocheratologico
- lo spostamento rifrattivo da uso continuo di lenti in silicone-hydrogel
- la deformazione corneale
- l'astigmatismo controregola e le aberrazioni asimmetriche.

Il trattamento di queste ectasie reversibili prevede la sospensione del trattamento ortocheratologico, la sospensione o riduzione dell'uso continuo delle lenti in silicone-hydrogel, l'abolizione dell'uso di lenti rigide non gaspermeabili e l'eventuale ricorso a materiali rigidi gaspermeabili con geometria personalizzata, inversa o sclerale, oppure a lenti gemellate, a lenti ibride, a lenti morbide spessorate.

Tra le ectasie corneali iatrogene irreversibili sono incluse:

- le ectasie da chirurgia rifrattiva incisionale
- le ectasie da chirurgia rifrattiva ablativa
- le ectasie da trapianto di cornea perforante
- le ectasie da trapianto di cornea lamellare

Il trattamento di queste ectasie è affidato ad una buona applicazione di lenti a contatto rigide gaspermeabili a geometria personalizzata, inversa, asferica o sclerale.

DISPOSABLE SOFT TORIC CONTACT LENSES FOR OBLIQUE ASTIGMATISM

Y. Biger (Israel)

The stabilization of toric soft contact lenses is the most important issue in the quality of vision for astigmatic patients. Disposable toric contact lenses may have good results in vertical or horizontal astigmatism, but they are not usually stable enough in oblique astigmatism. A group of 30 patients with oblique astigmatism were fitted with the new silicone-hydrogel disposable contact lenses "Acuvue Advance for Astigmatism" (a product of J&J). The mean spheric base was -3.00 D (0.00 D to -6.00 D), and the cylinder correction was either -0.75 D, -1.25 D or -1.75 D, in axes 30-60 or 120-150 degrees. 29 patients were much more satisfied with the new lenses than with former types of contact lenses. There was found a marked improvement in the quality of vision all over the day, and by means of comfort and lack of "red eyes" in the evening. The new disposable soft toric lenses may have an important role in the correction of oblique astigmatism. **Introduction:** The epidemiology of refractive errors is well known in Europe, since the work of Fledelius in 1984¹. One third of all patients with refractive errors have an astigmatism of at least 0.75 D. Oblique astigmatism presents in 23% of all astigmatic patients at 16-55 years of age. Spherical soft contact lenses can correct up to 0.75 D astigmatism, so there is a need for toric soft lenses. The use of disposable lenses became very popular during the last decade, and the astigmatic patients want a good optical correction with a stable vision. The lenses must be rotationally stable, and the fitter needs a rapid predictable rotation of the lenses. A rotation of the contact lens makes a refractive change, which can be calculated by " $2 C \sin T$ ", when C is the diopter-cylinder and T is the angle of rotation from the predicted axis. It is known that the perception of vision by the brain is not the same for the different types of astigmatism. For vertical or horizontal astigmatism we can accept a rotation of 10-15 degrees, with a good vision and lack of asthenopia. An oblique astigmatism presents a greater problem, and even a small rotation cannot be accepted by the patients. The usual types of soft toric lenses are truncation, prism-balast or dynamic stabilization. The new "Acuvue Advance for Astigmatism" lens by J&J creates a special type of "accelerated stabilization design". The lid is active only when it needs to be and blink returns misaligned lens to settled position. The material is galifilcon A - silicone hydrogel with HydraClear technology, 47% water content and Dk/t of 87 Fatt units. Stabilization of the contact lens is achieved in one minute, and there is a trial set of lenses, so the final fit can be done in one short session. We examined the new lenses in oblique astigmatism. **Methods:** 30 subjects with oblique astigmatism were fitted with "Acuvue Advance for Astigmatism" (J&J) disposable soft toric contact lenses. The mean age was 27 years (12-39), 21 females and 9 males. The mean spheric base was -3.00D (0.00 to -6.00), and the cylindrical correction was either -0.75D, -1.25 D or -1.75 D, in axes of 30-60 or 120-150 degrees. All the patients were fitted in one session. The lenses were prescribed for a two-weeks changing mode. The patients were examined after one and two weeks, and after six weeks for the final conclusions. **Results:** 29 patients were much more satisfied with the new lenses, comparing to their former experience with other contact lenses, either disposable or "yearly" toric and spherical. Only one patient was fitted again with his former "yearly" toric lens. There were no cases of keratitis, pannus or GPC, and most of the eyes were not congested all over the day. The patients reported a good and stable vision, with a high degree of comfort with their new lenses. **Conclusions:** Since the first attempts to stabilize soft toric contact lenses²⁻⁴, there were some developments of new lenses, in order to achieve a good disposable soft toric lenses or to use spheric lenses⁵⁻⁷. The new materials of silicone-hydrogel lenses improved the oxygen supply to the cornea and the physiologic response was better than the hydrogel lenses⁸. It seems that the new disposable soft toric lenses may have an important role in the correction of oblique astigmatism.

References:

1. Fledelius HC, Prevalence of astigmatism and anisometropia in adult Danes. *Acta Ophthalmol (Copenh)*, 1984; 62(3):391-400.
2. Harris MG, Decker MR, Funnell JW, Rotation of spherical nonprism and prism-ballast hydrogel contact lenses on toric corneas. *Am J Optom Physiol Opt*, 1977 : 54:149-152
3. Harris MG, Rich J, Tandrow T, Rotation of spin-cast hydrogel Lenses. *Am J Optom Physiol Opt*, 1975 : 52:22-30.
4. Harris MG, Harris KL, Ruddell D, Rotation of lathe-cut hydrogel Lenses on the eye. *Am J Optom Physiol Opt*, 1976 : 53:20-26.
5. Castellano CF, Mayers RI, Becherer PD, Walter DE, Rotational Characteristics and stability of soft toric lenses. *J Am Optom Assoc*, 1990 : 61:167-170.
6. Wong MK, Lee TT, Poon MT, Cho P, Clinical performance and factors affecting the physical fit of a soft toric frequent replacement contact lens. *Clin Exp Optom*, 2002 : 85:350-357.
7. Morgan PB, Efron SE, Efron N, Hill EA, Inefficacy of aspheric soft contact lenses for the correction of low levels of astigmatism. *Optom Vis Sci*, 2005 : 82:823-828.
8. Maldonado-Cordina C, Morgan PB, Schnider CM, Efron N, Short-Term physiologic response in neopyte subjects fitted with hydrogel and silicone hydrogel contact lenses. *Optom Vis Sci*, 2004 : 81:911-921.

THE ROLE OF SCLERAL CONTACT LENSES IN THE CORRECTION OF ASTIGMATISM

K. Pullum (United Kingdom)

Introduction: Rigid gas permeable (RGP) corneal contact lenses (CCLs) are extensively used in the optical correction of regular and irregular astigmatism in keratoconus and post corneal transplantation. However, excessive mobility, dislodgement or discomfort due to lid sensation and corneal contact can limit successful wear, even when there is a significant visual gain. Successful application of scleral contact lenses (ScCLs) can enhance contact lens wear by offering an alternative to CCLs, sometimes replacing them as the patient's first choice, but also selectively to give respite from CCLs, using both types in conjunction. In advanced keratoconus where CCL fitting is not feasible, ScCLs can avoid or delay the need for corneal transplantation. The introduction of RGP materials has revolutionised ScCL design and application by enabling simpler and more predictable fitting processes using non-ventilated preformed designs. If the lens is non-ventilated, ie without a fenestration, and is sufficiently sealed on the sclera, a pre-corneal fluid reservoir is retained behind the lens even with large incongruities between the cornea and back surface of the lens. There is much more latitude for the depth of the pre-corneal fluid reservoir compared to PMMA ScCLs which always had to be fenestrated to provide some measure of corneal oxygenation. **Keratoconus:** The term keratoconus suggests a conical corneal topography but there are many variations, few of which resemble a cone. The principal common clinical feature is primary corneal ectasia with distended and irregular topography. The corneal distension and apex eccentricity can be estimated to form the basis of a scleral lens fitting rationale, both having a significant bearing on the outcome. A simple visual examination of the vertical corneal profile illustrates the distension and apical eccentricity. **Central region cone apices:** The apex may be only just below the visual axis if the ectatic area is largely confined to the central third of the cornea giving rise to something approaching a conical topography, for example in Figure 1. Keratometry is usually steep and irregular, but records only the central 3 mm, providing no useful information about the periphery. **Eccentric apices:** A different clinical picture emerges if the centre of the ectatic region is displaced more peripherally than within the central third of the cornea. Figure 2 shows an example of a peripheral apex. Corneal ectasias referred to as pellucid marginal degeneration (PMD) have the greatest eccentricity of the ectatic area. The more inferiorly eccentric is the ectasia, the more keratometry shows a greater difference between the principal meridians, almost always against the rule, and often less irregular. Hence there may be good potential spectacle acuity, but over 10.00DC is not uncommon, with some cases approaching 30.00DC, nearly always with the negative cylinder axis between 750 and 1050. However, the higher cylinders prescribed for spectacles are not usually well tolerated and the toroidal corneal topography does not lend itself well to rigid corneal or hydrogel contact lens fitting. The corneal topography, whatever the astigmatism or irregularity, does not limit the potential for ScCLs which are fitted on the sclera so do not rely on capillary attraction to the corneal surface. Figure 3 shows a ScCL with a spherical BOZR fitted in a case of PMD with 17.00DC, negative cylinder axis vertical. The toroidal cornea is clearly shown by the different appearance along the vertical and horizontal meridians: symmetrical peripheral contact zones vertically, with small spherical bubbles on both sides along the horizontal. While in many cases of this kind a useful measure of the astigmatism in such cases, keratometry remains limited in its value as an indicator for ScCL parameters as there is still insufficient information for the peripheral cornea and the projection of the cornea from the sclera. **Corneal transplant:** Even with the great advances in corneal surgery, post transplant astigmatism remains a common problem, occasionally in excess of 20.00D. However, the corneal profile following keratoplasty is usually more symmetrical about the visual axis compared to keratoconus, so it is relatively straightforward to retain a pre-corneal fluid reservoir with a ScCL, again with the proviso that the lens is sealed on the sclera. Consequently, post transplant scleral lens fitting tends to have a similar appearance whether the astigmatism is 2.00DC or 20.00DC and irrespective of whether the profile is shallow or protrusive. **Compressive and glancing corneal contact:** If there is a heavy corneal contact zone, the corneal contour is appreciably compressed by the back surface of a ScCL. The projection of the optic zone is increased to reduce the degree of contact so that it is just glancing, or so that the back surface is fully clear of the cornea. Full corneal clearance is usually better tolerated, but the visual performance may be better with a contact zone, as this causes some regularisation of the corneal surface while the lens is worn. Generally, the difference in the visual function between with lenses having contact compared to corneal clearance is greater with keratoconus than transplant, again because of the greater symmetry of the post keratoplasty topography. Figures 4, 5 and 6 illustrate the principle of optic zone fitting with ScCLs. **Conclusion:** Scleral lenses provide an effective means of correcting keratoconus with an irregular but transparent cornea and successful but astigmatic corneal transplant. Clinical techniques are relatively straightforward, but the traditional perception of scleral lens practice remains the complete opposite. The author appreciates this opportunity to allay some of the misgivings commonly held.

SESSIONE 3

TEN THOUGHTS ON CATARACT SURGERY IN THE GLAUCOMA PATIENT

R.L. Lindstrom (USA)

1. 10% of patients with cataract also have glaucoma.
2. Cataract surgery in the glaucoma patient occurs nearly 300,000 times per year in the USA.
3. The glaucoma seen by the glaucoma specialist is usually more severe than the glaucoma seen by the comprehensive ophthalmologist.
4. Examples of glaucoma patients.
5. Cataract surgery alone lowers the IOP 2-4 mmHg in the glaucoma patient.
6. Cataract surgery in the glaucoma patient is preferably small incision and clear corneal.
7. Clear wound incision can be paracentesis style, two plane or "modified Langerman".
8. Cataract surgery in the glaucoma patient requires special care for the endothelium, pupil management, capsular tension rings, more aggressive inflammation management, and treatment for potential pressure spikes.
9. Combined procedures are rarely indicated in the comprehensive ophthalmologists practice.
10. Many USA ophthalmologists refer combined cataract surgery/glaucoma filtration patients to a glaucoma subspecialist.

GIAN BATTISTA BIETTI, MEDAL LECTURE**GLAUCOMA CONGENITO. TRATTAMENTO CHIRURGICO ATTUALE E RISULTATI**

R. Sampaolesi (Argentina)

Questo argomento farà riferimento soltanto all'aspetto del glaucoma congenito puro, semplice e refrattario in bambini che ho trattato fino al secondo anno di vita. Si escludono tutti gli altri glaucomi congeniti che arrivano più tardi o che sono secondari. Durante l'incontro si proietterà un film sull'esame sotto anestesia generale dove si tratterà il tono oculare e si enfatizzerà la ecometria (lunghezza assiale), specialmente sull'angolo camerulare (gonioscopia) che permette di fare la diagnosi di tipo 1 (glaucoma semplice) e tipo 2 (glaucoma refrattario). Questo è il punto più importante per decidere un intervento chirurgico. Nel tipo 1 trabeculectomia, nel tipo 2 operazione combinata: trabeculectomia e trabeculotomia nella stessa seduta chirurgica. Infine si mostreranno dei risultati ottenuti nei diversi parametri studiati. La nostra esperienza risale all'anno 1952 e arriva al 2005. Nella nostra clinica oftalmologica universitaria in questo periodo sono stati operati 800 glaucomi congeniti nei primi due anni di vita. Inoltre è stato possibile studiare i risultati in 138 malati dai 12 ai 35 anni dopo la chirurgia.

SESSIONE 22

INTRODUZIONE GENERALE SULL'AMBLIPIA E STATO DELL'ARTE

E. Campos

In questo simposio vengono affrontati alcuni aspetti moderni relativi all'ambliopia, condizione questa a tutt'oggi di grande rilevanza sociale e clinica che interessa il 2-3% della popolazione con ricadute negative che si riflettono sull'intero arco della vita di coloro che ne sono affetti. Il nostro gruppo si occupa da anni di tale problema, avendo utilizzato per primo la citicolina (citidina-5'-difosfocolina) intramuscolare in pazienti ambliopi. In questo simposio verranno discusse le caratteristiche biochimiche e le potenzialità neuroprotettive della molecola nonché presentati i primi dati di uno studio nel quale è stata usata la citicolina per os per il trattamento dell'ambliopia e si sono rilevati risultati assai lusinghieri ed incoraggianti.

BIOCHIMICA DELLA CITICOLINA

F. Di Lisa

L'ambliopia, una delle cause più frequenti della riduzione del visus in età pediatrica, colpisce circa il 2,5% della popolazione generale. L'ambliopia può essere corretta, specialmente se si interviene in giovanissima età, applicando il metodo della penalizzazione, che consiste nell'occlusione dell'occhio dominante. Questa terapia risulta inefficace in alcuni pazienti e un significativo numero di recidive si presentano al termine del trattamento di occlusione. Recentemente è stato proposto un nuovo approccio terapeutico dell'ambliopia basato sull'intervento farmacologico. In particolare, una serie di studi ha dimostrato gli effetti positivi della levodopa e della citicolina sulla funzione visiva in soggetti ambliopici. La citicolina (citidina-5'-difosfocolina) è, nella cellula, un precursore della fosfatidilcolina ed è noto che la sua somministrazione esogena stimola la sintesi dei fosfolipidi a livello del sistema nervoso centrale. I fosfolipidi, costituenti fondamentali della membrana cellulare, sono di centrale importanza nel mantenimento della struttura cellulare e di funzioni vitali quali la produzione energetica. Inoltre, i fosfolipidi rivestono un ruolo importante nella risposta delle cellule agli stimoli portati da ormoni e citochine, nella trasmissione del segnale. D'altro canto, la citicolina è anche un precursore nella sintesi di importanti neurotrasmettitori. Viene discusso il meccanismo d'azione della citicolina nella terapia dell'ambliopia in rapporto alle sue proprietà biochimiche.

CITICOLINE RESCUES RETINAL GANGLION CELLS FOLLOWING RAT OPTIC NERVE CRUSH

F. Schuettauf (Germany), R. Rejdak (Germany-Poland), S. Thaler (Germany), S. Bolz (Germany), E. Zrenner (Germany), P. Grieb (Poland)

Background: Citicoline has been shown to support retinal ganglion cell (RGC) survival and axon regeneration *in vitro*. Optic nerve crush (ONC) is a model of both brain axonal injury and certain aspects of the glaucomatous degeneration of RGC. We have used this model to quantify protection offered to RGC by this drug and to determine whether their effects are mediated by enhanced expression of the antiapoptotic protein Bcl-2. **Methods:** Adult rats (6-12 per group) were subjected to ONC accompanied by a contralateral sham operation. Animals were treated intraperitoneally with either vehicle or citicoline sodium (1g/kg daily for up to 7d and 300 mg/kg daily afterwards). Fluorogold was injected bilaterally into superior colliculi 1, 5 or 19 days after ONC. Labeled cells were counted under a fluorescence microscope 2 days after tracer injection. In a separate set of experiments the effects of treatments on expression of Bcl-2 in retinas were evaluated by immunohistochemistry. **Results:** In vehi-

cle-treated animals there was a progressive decrease of RGC density after crush. This decrease was attenuated in citicoline-treated animals one week and three weeks after the crush. Bcl-2 immunoreactivity was seen predominantly in retinal ganglion cells. Its increase was recorded in the citicoline group. In additional experiments with lithium and a combination of lithium and citicoline protection was even more pronounced. **Conclusion:** Citicoline protects RGC and their axons in vivo against delayed degeneration triggered by the ONC. Retinoprotective action of this drug may involve an increase in Bcl-2 expression.

RISULTATI CLINICI DEL TRATTAMENTO CON CITICOLINA ORALE NELL'AMBLIOPIA

M. Fresina

Obiettivo: obiettivo dello studio è stato quello di verificare se un prodotto contenente CDP-colina per uso orale, migliorasse l'acuità visiva (AV) e la sensibilità al contrasto (SC) di individui affetti da ambliopia, come già osservato dopo somministrazione intramuscolare di 500 -1000 mg di CDP-colina. **Materiali e metodi:** è stato adottato un disegno per gruppi paralleli, in aperto, confrontando il prodotto di riferimento con la tradizionale terapia anti-ambliopica occlusiva. La popolazione in studio è risultata composta da 40 soggetti ambliopi di età compresa fra i 5 ed i 10 anni (media 7,5). **Risultati:** l'aggiunta della citicolina al trattamento anti-ambliopico tradizionale ne potenzia l'effetto a medio-lungo termine, stabilizzando il miglioramento della funzione visiva. **Conclusioni:** si è ottenuta conferma che il trattamento con citicolina somministrata per via orale in soggetti ambliopi di età media 7,5 anni consente di ottenere risultati buoni e sovrapponibili a quelli precedentemente ottenuti con la somministrazione per via intramuscolare. Il preparato per uso orale consente, inoltre, una somministrazione precoce della sostanza anche in piccoli pazienti migliorando la compliance della famiglia nei confronti del trattamento stesso. Verrà inoltre presentata una casistica allargata in collaborazione con l'Università Cattolica di Roma (dr.ssa Dickmann e dr.ssa Salerno).

EFFETTI SULL'ACUTEZZA VISIVA E SULLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO DEL TRATTAMENTO CON CITICOLINA ORALE IN SOGGETTI AFFETTI DA AMBLIOPIA

R. Frosini

L'obiettivo primario dello studio è stato di verificare se un prodotto contenente CDP-colina per uso orale, migliorasse l'acutezza visiva e/o la sensibilità al contrasto di soggetti affetti da ambliopia. Il disegno sperimentale prevedeva l'adozione di uno schema in aperto per gruppi paralleli, in cui il trattamento sperimentale (CDP-colina associato all'occlusione) veniva confrontato con il trattamento standard (sola occlusione). Le variabili primarie di efficacia (variazione dell'acuità visiva valutata con E unite; sensibilità al contrasto) sono state raccolte utilizzando un ottotipo a progressione logaritmica (tipo ETDRS) e il sistema FACT per la misurazione della grating contrast sensitivity. I Criteri di eleggibilità prevedevano l'arruolamento di soggetti di età compresa tra 5 e 10 anni, affetti da ambliopia anisometropica o strabica. I soggetti arruolati sono stati suddivisi in 2 gruppi, in accordo con una lista di randomizzazione: Gruppo 1) trattamento con CDP-colina: (800-1200 mg/die per os, a secondo del peso corporeo) + 2 ore di occlusione al di; Gruppo 2) trattamento con 2 ore di occlusione al di. La durata del trattamento era di 30 giorni, con un successivo follow-up di ulteriori 60 giorni. Lo studio è attualmente in corso. I risultati saranno disponibili a breve e saranno l'oggetto di questa presentazione.

SESSIONE 30

SLEEVED MICROPHACO WITH THE 0.7 MM TIP AND NEW MICRON 1.4 MM SLEEVE - THE FINAL EVOLUTION IN PHAKO

K. Mehta (India)

Purpose: Present a technique which will enable co axial Phaco to be done via 1.4 mm total incision with an implantation of a dedicated IOL. The device. A new Phaco needle has been designed of 0.7 mm in diameter. Fitted to a Infiniti (Alcon) Phaco unit used in the hyper pulse mode with a new sleeve, termed the "micron" sleeve designed to fit thru a 1.4 mm incision.. This units has been made for us by PRICON an 9002 & CE certified company in Jodhpur India which specializes in the manufacture of needles exported worldwide. The micron sleeve has a very thin wall of 0.02mm and thus allows co axial Phaco thru a 1.4 mm incision. The safety and effectiveness of cataract surgery using ultra sleeve (via a 1.8mm) incision (Alcon) is well established. Usage of the 1.4 mm sleeve/needle combination is thus merely an enhancement of an established method. **Results:** The surgeon can easily convert to this technique. The concept behind this instrument was to be able to do coaxial microphaco with no need to do the bared needle concept thus a) enhancing safety; b) easy conversion for the routine Phaco surgeon to do microphaco; c) no change in technique and thus able to do even hard cataracts easily; d) No additional time required to do the phaco as compared to virtually double the time with a bared needle microphaco; e) the side port now needs to be just adequate to accommodate a regular chopped rather than the 1.8 mm irrigating choppers, thus very much smaller; f) the amount of irrigating fluid is much less than that used for routine bimanual Phaco and also there is no need to 'pressurize' the anterior chamber which allows for more comfortable and relaxed surgery for the patient as well as the surgeon, and finally; g) The sealing of the wound after the procedure, is we feel, superior to a bimanual Phaco and no thermal burn was noticed even with grade 4 cataracts. **Conclusion:** The new 0.7 mm Phaco titanium tip with its new micron sleeve literally uses the same sized incision as a bimanual surgery but uses a much smaller side port incision as no irrigating chopper is required. Given time, I feel that this technique will soon become the norm for cataract surgery.

SECONDARY GLAUCOMA ASSOCIATED TO ANIRIDIA IOL IMPLANTATION

M.G.J. Izak (Slovakia)

Contributing Authors: J. Oslanec, MD, A. Hazuchova, MD, M. Gajdosova, MD. **Purpose:** To evaluate long term results with aniridia IOL implantation. **Methods:** From 1993 to 2004, 33 aniridia IOL have been implanted to correct congenital and traumatic aniridia. Age of the group was 5-73 years. Follow up time was 24-144 months, 17 times black iris diaphragma of company Morcher and 16 times coloured iris diaphragma of company Ophtec was used. **Results:** BCVA 20/20 – 20/40 was in 8 (24,2%), 20/50 – 20/200 in 16 (48,5%) and less than 20/250 in 9 (27,3%) cases. Most frequent post-op complication was glaucoma in 45,5% (15 cases). IOP was controlled medicamentously or surgically in 12 (80%) and not controlled in 3 (20%). **Conclusion:** Despite very good functional and cosmetic results sec. glaucoma (in 45,5%) was most frequent complication.

PROPHYLACTIC STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF ENDOPHTHALMITIS

F.A. Bucci (USA)

Dr. Bucci will be discussing key variables related to the prevention of endophthalmitis at the time of cataract surgery. The top ten points for prevention include:

1. Select latest generation fluoroquinolone available
2. Combine a "days prior" regimen with immediate pre op "pulsing" regimen
3. Perform lid scrubs (lid hygiene) 2 days pre op
4. Always combine lid scrubs regimen with days prior fluoroquinolone regimen
5. Apply an antiseptic such as povidone iodine to lids and ocular surface prior to sx
6. Apply a draping technique that sequesters the lid and lashes during surgery
7. Stromal hydrate all clear corneal wounds
8. Best available topical fluoroquinolone immediately post op to replenish aqueous and corneal levels (depot effect)
9. Use best available fluoroquinolone 4 x a day for at least 1 week post op
10. Avoid extended low frequency dosing of fluoroquinolone as this facilitates the development of resistant organisms.

ABERROMETRIC EVALUATIONS AFTER ASPHERIC INTRAOCULAR LENSES SOFPORT ADVANCE OPTIC IMPLANTATION

Spadea L., Federici S.

Purpose: To evaluate the ocular aberrations after implantation of aspheric IOL SofPort with Wave-Front analysis. **Materials and methods:** 10 eyes with senile cataract underwent to phacoemulsification with aspheric IOL SofPort AO (Bausch & Lomb) implantation. Using the Wave-Front (Carl Zeiss) Hartmann-Shack aberrometer the post operative aberrations have been measured. The obtained results were compared to conventional IOL and to prolate anterior surface Tecnis IOL. **Results:** The aberrometric data related to SofPort AO presented a total RMS value of 0.73 ± 0.29 SD; RMS HO: 0.20 ± 0.08 SD; Z 4.0: 0.10 ± 0.05 SD. Compared to Standard IOL a statistical significant difference has been found. **Conclusions:** Aspheric IOL seem to be able to reduce the intraocular aberrations with improvement of patient's vision.

INTERMEDIATE AND NEAR VISUAL FUNCTION IN BILATERAL MULTIFOCAL CATARACT AND LENSECTOMY PATIENTS RECEIVING ReSTOR/RESTOR VS. REZOOM/ReSTOR

F.A. Bucci (USA)

Purpose: To compare the near and intermed. visual function in bilateral cataract and refractive lensectomy (RL) pts receiving either ReSTOR/ReSTOR or ReZoom/ReSTOR multifocal IOLs. **Methods:** 55 pts received bilateral ReSTOR (RS) lenses (cohort I; mean f/u=27 wks). Subsequently, 39 pts received the ReZoom (RZ) lens in the non-dominant eye and the RS lens in the dominant eye (cohort II; mean f/u=12 wks). Unilateral and bilateral Jaeger near vision was measured at the pt's best focal distance. Unilateral and bilateral intermed. vision was measured at pt's arms length. **Results:** A statistically signif. difference ($p=.0001$) was detected when comparing bilateral intermed. RS/RS=J 3.81 vs. RZ/RS=J 2.39. No signif. difference was observed at near with bilateral RS/RS=J 1.00 vs. RZ/RS=J 1.06. The comparison of unilateral RZ vs. RS eyes (cohort II; n=39) revealed a signif. difference ($p=.0001$) for intermed. vision (RZ=J 3.03 vs. RS=J 4.21), but no signif. difference at near (RZ=J 1.56 vs. RS=J 1.33). Fourteen of 55 pts (25.5%) in cohort I (RS/RS) volunteered complaints regarding intermed. vision. One of the 39 pts (2.6%) in cohort II (RZ/RS) volunteered complaints regarding intermed. vision. In cohort I (RS/RS), 79% (11/14) of the intermed. complaints were those receiving lensectomies. 91% (10/11) of these RL pts were ≤ 60 y.o. age. 30% (11/37) of all RL pts and 35% (10/29) of RL pts under 60 y.o. had voluntary intermed. complaints. **Conclusions:** 1) The objective bilateral intermed. visual function of the RS/RS cohort (J 3.81) was significantly less than ($p=.0001$) the RZ/RS cohort (J 2.39). No signif. differences between the cohorts were observed for bilateral near vision. 2) In the RS/RS cohort, 11/14 (79%) of the intermed. complaints were in RL pts, and 10/11 (91%) of these RL pts were ≤ 60 y.o. age. 3) The combination of RZ/RS appears to effectively mitigate voluntary intermed. visual complaints that were previously observed in RS/RS pts. 4) The relative risk of intermed. visual complaints in pts receiving bilateral ReSTOR lenses appears to increase with decreasing age, and is greatest in RL pts under 60 y.o. age.

SIX MONTHS RESULTS OF 100 RESTOR IOLs: PATIENT SELECTION AND REFRACTIVE GOAL

E.A. Haefliger (Switzerland)

Purpose: To test the quality of vision, far and near, of a safe implant as an alternative to the still missing truly dynamic IOL. **Methods:** 50 presbyopic patients with a high desire to reduce spectacle dependence were implanted bilaterally with a ReSTOR (ALCON) lens. Patients with ocular pathology were excluded. Patients with low myopia (≤ -4 dpt) or myopic astigmatism against the rule were informed about their natural functional advantage and only included in this study, if a very high motivation for spectacle independence was present. The IOL Master (Zeiss) and the Haigis formula served for IOL calculation. The non-dominant eye was implanted first, aiming at emmetropia (+0.2 – 0.35 in the Haigis formula). After two weeks the dominant eye was implanted aiming at +0.25 (+0.5 Haigis formula). The refractive result of the first eye was integrated into the selection of the second IOL. Visual acuity was tested 3 and 6 months after surgery. Femto laser finetuning followed if necessary. **Results:** Binocular vision at 3 months was 1.1 ± 0.16 near and 1.1 ± 0.16 far; at six months 1.2 ± 0.19 near, 1.2 ± 0.19 far, while at 6 months all patients achieved 1.0 far and near bilaterally. Monocular vision was 1.0 ± 0.15 at 3 months and 1.0 ± 0.15 at 6 months. 6 eyes were finetuned for ametropia or astigmatism with femto laser or lasik. Discrete halos were present in 35 eyes after 3 months, and in 30 eyes after 6 months. **Discussion:** With appropriate patient selection spectacle independence far above 90% resulted in our patient group. This included fine tuning of small refractive errors with femto lasik. As the lens implantation of the ReSTOR lens is no different from the implantation of a regular Acrysof lens, increased spectacle independence does not come at the cost of higher surgical risks. Stereoptic ability seems to be clearly better than in patients with monovision solutions. On the other hand, activities requiring good intermediate vision may need additional spectacle correction, such as working at monitor screens or playing certain musical instruments. These shortcomings as well as the presence of halos in dim light seem to be accepted with relative ease by most patients.

TOTAL CROSS CUTTING ARTIPHAKIC CAPSULE (TCCC) TO INCREASE IOL ACCOMMODATION

S. Georgaras (Greece)

Purpose: Random findings during Yag Laser cross cutting the whole capsule, mainly in artiphatic cases with anterior rhexis fibrotic fimosis and stretched Zinn zone fibers. **Methods:** Yag Laser to perform capsulotomy in 34 eyes of patients with fibrotic fimosis of the anterior rhexis of the shrinking capsule and secondary cataract 1 year to 3 years post operative phacoemulsification with intraocular implantation in the bag. All above patients complained for periodical eye pain, eye heaviness and glare vision with decrease of the contrast sensitivity. **Results:** All patients reporting eye pain and decrease of visual acuity and contrast sensitivity, were able just after the cataract operation to have good vision for far as well for near. However, post operatively they gradually lost their ability of pseudo-accommodation. We performed a cross cutting Yag Laser capsulotomy beginning from the edge of the fibrotic anterior rhexis until the posterior pole, cutting the whole capsule in quarters. The first 23 patients reported just after this type of capsulotomy, an immediate release from eye pain. This gives us the idea to ask, for the medical history, concerning pre-existing eye pain, prior to this kind of Yag Laser operation. From the rest 11 patients, we already knew that they had eye pain and eye heaviness 3 to 6 months after the cataract operation. From these patients, 6 eyes were released from eye pain and 5 had no difference post op TCCC. From the 34 patients, 14 reported that for about 4 months post cataract operation, they were able to see 20/20 for far, and read newspaper without using presbyopic glasses. Gradually they lost pseudo-accommodation, but regained it after our Yag Laser cross cutting capsulotomy. **Conclusion:** TCCC in cases of fibrotic capsule in artiphatic cases, releases from eye pain, giving also the feeling of some accommodation. This gives us the idea that in the future we can use the TCCC during or after the cataract operations, in order to enhance the accommodative ability of special designed IOLs, using the capability of the Zinn zone fibers and the ciliary muscle, on the movements of the Intraocular lens. This kind of treatment surpasses the unsolved problem of fibrotic capsule, as well as the opacification of the capsule, and could become a useful tool to treat presbyopia.

SESSIONE 31**DEFRACTIVE IOLS (ReSTOR) USED AS LOW VISION AIDS IN CATARACT PATIENTS WITH MACULAR PROBLEMS**

S. Georgaras (Greece)

Purpose: To evaluate the visual outcome and patient satisfaction with the diffractive pseudoaccommodative IOL, used in eyes which underwent cataract or clear lens extraction. **Methods:** 220 eyes from 157 patients, mean age 62 years (25-86). Patients' selection included persons with high occupational requirements (surgeons, lawyers, drivers etc). 149 eyes had cataract. 42 eyes underwent clear lens extraction. Two patients were pseudophakic with post-operative refractive error. We exchanged the monofocal IOLs with ReSTOR. 27 eyes of 20 patients had low vision because of macula problems and the ReSTOR® IOL was implanted in order to act as LVA. UCVA and BCVA were recorded for each eye at distance and near. Dependence on spectacles, occurrence of photic phenomenon and satisfaction scores were evaluated.

Results: Patient groups:**A. Cases without macula disorders:**

1. Post-op refraction within $\pm 0,50D$ Sph.equiv. Bilateral implantation.
 - 92% UCDVA 20/25 or better
 - 84% UCNVA J1 or better
 - 100% spectacle independence.
2. "Randomized Monovision" Bilateral implantation one eye with
 - Hyperopic shift from 0,75 to +1,50 Sph.equiv. or
 - Myopic shift from -0,75 to -1,50 Sph. equiv. (inaccurate IOL calculation)
 - 100% UCDVA 20/25 - 20/30
 - 75% UCNVA J1 or better
 - 15 patients are using spectacles only when reading for more than an hour
3. All eyes with ReSTOR implantation (unilateral + bilateral)
 - Post-op refraction within $\pm 0,50D$ Sph. equiv.
 - 70% UCDVA 20/25 or better
 - 30% UCDVA 20/30 or better

B. Cases with macula disorders: Implantation at ReSTOR IOLs improved near vision without affecting distance vision in majority of cases. The creation of myopic shift postoperatively (implantation of IOLs with higher dioptric power) in cases with advanced maculopathy, improved patients' ability to perform daily essential activities, especially near tasks.

Conclusion: Results suggest that ReSTOR pseudoaccommodative IOL provides very good visual acuity without any correction for distance or near. Patients with "Randomized Monovision" have better scores as far as intermediate vision is concerned. ReSTOR seems to have a promising performance when it is used as a LVA in cases of macula disorders. For artiphaks with simple IOLs it would be possible to exchange the existing IOL with ReSTOR.

LIFESTYLE CONSIDERATIONS FOR PATIENTS BILATERALLY IMPLANTED WITH A DIFFRACTIVE REFRACTIVE INTRAOCULAR LENS - LONG TERM FOLLOW UP

R.B. Packard (United Kingdom)

The author as part of an ongoing evaluation of a diffractive/refractive IOL the Alcon AcrySof ReStor has conducted a study to ascertain the effect on lifestyle of bilateral implantation of this lens. 50 patients, of whom 40 responded, with more than 12 months follow up were sent a questionnaire. The questions asked for ability to carry various everyday tasks and the effect of light conditions where appropriate. Desire to recommend the lens to friends or relatives was also sought. The answers were scored from 1 to 7 where 1 was poor and 7 excellent. Mean scores showed good to very good results in all categories with an average score of 6.6 for recommendation to others.

USING INTRACAMERAL PHENYLEPHRINE INTRAOPERATIVELY TO DEAL WITH FLOPPY IRIS AND OTHER PUPILLARY PROBLEMS IN CATARACT SURGERY

R.B. Packard (United Kingdom)

Phenylephrine is a sympathomimetic that acts on the Alpha 1a receptors. In appropriate dilution and in non-preserved form it is a useful adjunct to pupillary dilatation and maintenance of tone in the iris in a number of clinical situations. This paper will describe the mode of action of phenylephrine and its use in a number of clinical situations. The recently described intraoperative floppy iris syndrome (IFIS) has caused a number of surgical problems. The surgical outcomes of a series of 20 patients taking tamsulosin with poorly dilating pupils that have intracameral phenylephrine to aid iris behaviour are reported here.

IOL CALCULATIONS POST REFRACTIVE SURGERY

J.J. Salz (USA)

History: Problem identified in 1987 & 89—Doug Koch 12/89 AJO. 4 Patients reported with Cataract surgery post RK; All had post-op hyperopia Suggested using historically derived K to improve accuracy. Lyle & Jin Arch 4/87 = Reported on 10 pts. Cataract post RK.3 required IOL exchange. PO hyperopia common—Suggested adjusted K and target - 0.75. Analysis of IOL Calculations in Post RK Eyes—Lin Chen, MD, Ph.D., Frank Garcia-Ferrer, M.D. James J.Salz, M.D. ,Jayne Ge, M.D. ,Mark J, Mannis, M.D. JCatRefractSurg, Jan 03, Vol 29 pp65-70 – most eyes had residual hyperopia up to +4. Clinical Results of IOL Power Calculation After PRK for Myopia, Odenthal et al Arch April 2002, Vol 120-431-438—9 patients (15 eyes) had Phaco post PRK. Eight different K values, SRK/T, Holladay 1, Hoffer Q—7 of the 15 required IOL exchange or piggyback IOL's for hyperopia—Corneal power underestimated by 42 to 74% depending on method Best-Historical K –Pre PRK K minus spectacle plane refractive change plus Hoffer Q formula.

Why is this a problem? Need 2 corneal powers (double K method). Original (preop K) to predict IOL position (ELP) effective lens position. New postop K for vergence formula—"Alternate K" since normally measured K is not the true corneal power and must be modified. "IOL power calculation after corneal refractive surgery: "Double K method" Jaime Aramberri - November, 2003 JCatRefractSurg - uses original K for ELP + alternate K for the SRK/T formula.

7 Options for IOL calculations post LASIK. 1. Clinical history method- requires most recent PO MR, especially after RK (hyper shift) before development of cataract –Should work for both RK, PRK, LASIK. 2. Contact lens over-refraction-requires 20/60 VA but no pre-op data. Should work for both RK, PRK, LASIK. 3. Computerized Videokeratography. Not sim K-need average of central corneal power. Must modify the value in LASIK, PRK by % of refractive change. 4. B&L K modified by % of refractive change. Requires pre-op refraction and SE change, but not pre op K. 5. New method using Pentacam for true corneal power-no hx required. 6. Alternate formulas-Maloney K, Maskett-requires refractive change. 7. "No A - No K" Intraoperative auto refraction-JCatRef Surg, Aug 2006. Ianchulev, Salz et al requires no history, no Keratometry, no axial length.

1. Historical Method - Need pre-op K and Post-op Refraction before cataract - example—K preop = 41.50/42.50@90 =42.00 D; Refractive data-preop: SE -9.50, Vertex = 14 mm SEQs = -9.50D vertex 0, SEQc = -8.50 D; postop: SE + 0.50 D, Vertex = 14 mm; Kpostop = 42.00 - 9 D SE change = 33 D (KH) – to be used in IOL calculation.

2. Trial Hard Contact Lens Method - Hx not needed but must be able to obtain accurate refraction 20/50 to 20/60 VA: Plano HCL Base Curve = 41.00 D; SEQ Ref without CL = +0.50 D; SEQ Ref with CL = -1.00 D; Mean K = 41.00 - 1.50 = 39.50 D to be used in the IOL calculation. The contact lens must be 1.5 D steeper than the cornea. Holladay II will calculate this for you-click on Alternate K and enter all the numbers.

3. K readings for IOL post PRK/LASIK based on post-op topography. Modify the measured K by a % of surgically induced refractive change. CVK (not sim K)—reduce by 15% of refractive change. EyeSys use Holladay ECP-effective corneal power—Other systems—use average power 2 inner circles. OR—Position cursor on flattest central area and note dioptric power in that spot and reduce by 15% of the refractive change.

4. For Keratometer readings - Reduce the measured K from the keratometer by 24% of refractive change.

5. Alternate Corneal Power Measurement - Pentacam (Scheimflug) from Oculus – New adjusted K reading based on analysis of 100 post LASIK eyes by Jack Holladay, M.D. measured with Pentacam and compared to EyeSys K and calculated K by historical method – This K is available on the new software from Pentacam and requires no historical data – This may turn out to be the most accurate and objective method to determine the post refractive surgery K to be used for IOL calculations.

6. Regression (Masket) Formula for IOL Power Adjustment. IOL Adjustment = LSE x (-.323) + 0.138. Where LSE is the spherical equivalent of the amount of actual laser vision correction. Use SRK-T for previously myopic eyes and HofferQ or Haigis for hyperopic eye with current biometric data. Use normal non-adjusted keratometry. Must know the amount of prior laser treatment achieved before the cataract developed.

Examples: Myopic Eye SRK-T suggests +16.0; Prior LSE - 6.0 D; Adjustment Calcs: $-6 \times (-0.323) + 0.138 = + 2.076$. Final IOL Power is thus $+16.0 + 2.0 = +18.0$ D. Hyperopic Eye: HofferQ suggests +22.0; Prior LSE + 3.0 D. Adjustment Calcs: $+3 \times (-0.323) + 0.138 = -0.821$. Final IOL Power is thus $+22.0 - 1.0 = +21.0$ D.

7. Method for Intraoperative Refractive IOL calculation without axial length biometry and keratometry (NO A NO K). May be applicable to post Refractive surgery patients where current methods are often inaccurate. Tsontcho Ianchulev, MD, MPH, James J. Salz, MD, et al JCatRefractSurg; Aug, 2006. This technique can be useful if other methods fail or as an approximation of the IOL power to be used to check other calculations. In surgery, after the cataract is removed, reform the Anterior Chamber with fluid and perform an Automated Refraction. This measures the aphakic state of the eye and does not require K readings or axial length. The Spherical equivalent of the intraoperative autorefraction is then doubled to give the estimated emmetropic IOL power-eg. If the autorefractor reads $+12.00 - 1.00 \times 180$, the spherical equivalent is +11 and the estimated emmetropic IOL power is +22 D

8. What to do when you have a refractive surprise after surgery - IOL exchange-risks of intraocular surgery, possibly break in PC, CME etc. Piggyback IOL-simpler safer option than exchange but need low power foldable IOL's.

Alcon - Multipiece Expand Series - MA60MA, foldable Acrylic, 6.0 mm optic, length is 13.0, Powers -5 to +5, A constant 118.9 - STAAR-Silicone Foldable, AQ5010V, 6.3 mm optic, length 14.0, Powers -4 to +4 - A constant 119.0. LASIK or PRK can correct cyl and safety advantages of extraocular surgery.

Addendum to Cataract Informed Consent. Information About The Measurement of the Eye Before Cataract Surgery (Intraocular Lens Biometry). While this test is very accurate in the vast majority of patients, some inaccuracy may occasionally occur. As the eye heals, the implant can shift very slightly toward the front or back of the eye. The amount of this shift is not the same in everyone, and may cause you to see differently than what may have been predicted by the measurements taken

before surgery. Patients who are highly nearsighted or highly farsighted have the greatest chance for inaccuracies. Patients who have had LASIK or other refractive surgeries are especially difficult to measure precisely. Rarely, however, the implant strength may be inaccurate to the extent that surgical replacement of the implant is the best method to correct the situation. Fortunately, even in these rare circumstances, this lens replacement can usually be accomplished and the situation improved.

Summary: Compare multiple methods when possible. Select flattest of the K readings for IOL calc. Use the IOL master for axial length for eyes over 26 mm. Addendum to normal cataract informed consent. Prepare pt. for possibility of secondary procedure-IOL exchange, piggyback, LASIK, PRK.

USING THE CORNEAL CONFOCAL MICROSCOPE IN REFRACTIVE SURGERY

S.D. Klyce (USA)

Twenty years ago the corneal confocal microscope was a research curiosity connected to a roomful of computer equipment. Through the efforts of many eye researchers notably the pioneering work of Lemp, Masters, Cavanagh, and Jester,^{1,2} who demonstrated the potential for the use of confocal microscopy in corneal research, today the confocal microscope is commercially available for clinical application. Designed specifically for imaging the cornea, scanning spot and scanning slit models have been developed. The scanning slit unit, the Confoscan³ (CS3; NIDEK Technologies Srl, Padua, Italy), has a non-contacting objective with a 2 mm working distance that is optically coupled to the cornea by means of a globule of gel which reduces the intense specular reflection from the epithelial surface. The CS3 accomplishes the confocal mode with a scanning slit that currently produces an optical section of +/- 10 um. Recently, NIDEK introduced the Confoscan⁴, that uses stationary slits and mirror scanning for more stable imaging, an integrated Z motor/sensor for thickness measurement, and interchangeable gel-coupled 40X and true non-contact 20X objectives. The latter is optimized for large area endothelial cell counts. Corneal confocal microscopes can provide useful clinical information and the technology has been endorsed by the American Academy of Ophthalmology.³ Applications have included evaluation of corneal wound healing responses after refractive surgery (e.g., amount and localization of haze after PRK, thickness of stromal bed and interface artifacts after LASIK), endothelial cell analysis (e.g., cell density, polymegathism, and pleomorphism), and identification of corneal pathology (e.g., differentiation between herpetic keratitis and *Acanthamoeba* infections). In the past this technology has had limited success in the clinical setting, because of the high purchase cost, lack of high contrast images, and difficulty in manually aligning the axis of the instrument with the patient's eye. As with most technology, costs to purchase have been reduced and major improvements have occurred in the quality of both live and stored images. To ease the training in use and to increase patient comfort, automatic alignment algorithms have been developed to speed the exam. Alignment with the apex of the patient's cornea is achieved in less than 30 seconds and initiates an automatic scan. This approach has made using confocal microscopy not so daunting a task for technicians. New zero lux cameras improve the resolution and contrast of the images over previous capabilities. Even without post-image processing, real time images are revealing details of corneal anatomy that will require in depth correlation with images obtained from traditional microscopy ex vivo. Because the Confoscan uses a non-contact approach, stabilization of the image is more of an issue than with a cornea-contacting system. While the non-contact system greatly reduces the chance of inadvertent surface damage, it also produced uncertainty in the distance of the cornea from the microscope. In order to use the Confoscan for measuring LASIK flap thickness, for example, with acceptable accuracy, the integrated Z motor/sensor feeds back Z-position for thickness measurements and localization of pathology. We predict that the usefulness of this technology in the clinics will increase as a result of improvements in design and reduced cost.

Acknowledgments: This work was supported in part by U.S. Public Health Service grants EY03311 and EY02377 from the National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD. Dr. Klyce has been a paid consultant to NIDEK.

References:

1. Cavanagh HD, El-Agha MS, Petroll WM, Jester JV: Specular microscopy, confocal microscopy, and ultrasound biomicroscopy: diagnostic tools of the past quarter century. *Cornea*. 2000;19:712-22.
2. Li J, Jester JV, Cavanagh HD, Black TD, Petroll WM: On-line 3-dimensional confocal imaging in vivo. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2000;41:2945-53.
3. Kaufman SC, Musch DC, Belin MW, et al. Confocal microscopy: A report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology* 2004;111:396-406.

KEY CRITERIA FOR SUCCESS IN WAVEFRONT-GUIDED ABLATIONS

M. Knorz (Germany)

Purpose: Excimer laser ablation profiles have evolved from "standard" spherical profiles to "wavefront-optimized" profiles, and to truly customized wavefront-guided profiles. Wavefront-optimized profiles compensate the spherical aberration induced by the ablation in a normal eye, while wavefront-guided ablations measure the overall wavefront of the individual eye, and correct it. The success of all treatments is influenced by the match of the measured and the treated area. In wavefront-guided ablations, iris registration provides a means of matching wavefront measurement and laser ablation. **Methods:** We used the Visx STAR S4 IR laser system (AMO Inc.) and the Visx WaveScan aberrometer (AMO Inc.) to perform customized ablations. In this system, a picture of the iris is taken during wavefront measurement and again under the laser. Iris registration then compensates for eye rotation and pupil centroid shift to provide a perfect match of the laser ablation to the wavefront map. We measured the amount of eye rotation and the size of the pupil centroid shift for all eyes treated. In addition, treatments were simulated without compensation of rotation and pupil centroid shift. **Results:** Mean eye rotation was 2.8° (0.01° to 15°) and mean pupil centroid shift was 0.3 mm (0.02 to 0.8 mm). Simulation of the treatments without compensation of these errors showed a significant undercorrection of astigmatism and a significant induction of coma. **Conclusion:** Compensation of eye rotation and pupil centroid shift using iris registration provides a perfect match of wavefront measurement and laser ablation. Customized wavefront-guided treatments with iris registration induce significantly less higher-order aberrations than treatments without iris registration.

SCREENING FOR KERATOCONUS IN REFRACTIVE SURGERY PRACTICES

S.D. Klyce (USA)

The need for careful pre-operative screening before LASIK refractive surgery has never been greater. The number of LASIK litigations has recently shot up, resulting in many large settlements and awards. Abbott¹ reports that there is a clear link between risk of litigation for a surgeon and the annualized number of refractive surgeries performed. Despite the trend toward a lower

complication rate for high volume LASIK surgeons, insurability has become an important issue. Furthermore, Randleman and co-workers² have clearly shown in a retrospective study of 10 eyes in 7 patients who developed kerectasia after LASIK, all had the risk factor of either form fruste keratoconus (keratoconus suspects) or a low residual stromal bed thickness. In this talk, a review of corneal topographic screening procedures is presented that should help erect a plaintiff-free zone around your practice. Ten pearls listed below summarize the critical points. **1.** It is the standard of care in refractive surgery to routinely perform and evaluate corneal topography along with the slit lamp exam, careful pachymetry and refraction, and pupillometry. Note that, since much larger optical zones are being created with modern lasers and their algorithms, pupil size may no longer be a factor for some treatments, but caution is still urged for the patient with large pupils and moderately high corrections. **2.** There are a variety of corneal topography units to choose among, most of which offer similar features and presentation formats. It has been shown that through the use of a fixed 1.5 D interval scale and an axial power map, clinical anomalies easily stand out when evaluating topography³. All too often, corneal topographers are set up to use adaptable scales that display insignificant detail, making interpretation difficult. For example, in a fixed, standard scale the color red is used to signify an abnormal steepening that could be keratoconus, while in an adaptable scale every corneal topography examination may contain areas of red. Furthermore, certain topographers tend to mask corneal irregularities by not using contrasting colors between adjacent contour intervals. These should be avoided since useful fixed-interval and contrasting-color scales have been published and are freely available in the literature^{3,4}. **3.** As corneal topographers have evolved over the years, some have developed very complex displays with a bewildering amount of data. While an expert might understand how to integrate all of this information, most of it is unnecessary in routine clinical use. A display of corneal topography that includes a color-coded contour map alongside familiar measures such as pupil diameter and simulated keratometry should suffice. Where additional topographic indices are displayed, these, too, should be color-coded to signal abnormalities and well-characterized by on line definition. **4.** It is useful to have a routine benchmark with which to occasionally test a corneal topographer to ensure calibration is being maintained. Optimally, this would involve the measurement of a test surface, particularly if screening reveals an unusual incidence of a particular pattern or artifact. **5.** In reality, the measurement of corneal topography actually measures the shape of the tear film. If the patient has dry eyes or has been given drops before the examination, irregularities in topography will be recorded that are temporary artifacts and do not represent the true shape of the cornea. To avoid this, it is important that the operator bring the patient to corneal topography as a first step in a screening and ask the patient to blink several times prior to capturing the image of the mires. If the mires remain irregular after these precautions, there probably is corneal pathology and consideration should be given to that situation. **6.** A normal cornea will have smooth contours, centrally uniform power, and flattening toward the periphery - particularly toward the nasal side. SimK readings should be $\sim 42.75 \pm 1.6$ D (standard deviation); a good rule of thumb would be to consider K readings less than 38 or greater than 47.5 D abnormal (± 3 standard deviations from the mean). Normal corneas may also present topography with a symmetrical bow tie pattern that represents corneal cylinder. **7.** Deviations from the normal pattern discussed above should be a red flag during the screening process, and a proper interpretation needs to be completed before proceeding. The sequellae can range from poor predictability to iatrogenic kerectasia. **8.** Note that contact lens warpage can masquerade as keratoconus by causing an inferior or superior steepening in corneas that have with-the-rule astigmatism. A patient with a history of contact lens wear needs a follow up exam to ensure refractive stability without contact lenses. Discontinuation of contact lens wear and re-examination of corneal topography 2-3 weeks later will allow the clinician to test for refractive stability in order to differentiate between true keratoconus and contact lens warpage (pseudo-keratoconus). With true keratoconus, the area of steepening will generally increase; with contact lens warpage, a symmetrical bow tie pattern will often re-emerge. Caveat: topographic and refractive stability may take months to achieve in badly molded corneas. **9.** Classification of corneas that are keratoconus (or pellucid marginal degeneration) suspects has been difficult, since the Placido disc-based corneal topography is often the only identifying sign. However, several classification schemes are available on corneal topographers to assist in differentiating keratoconus suspect from normal variations in corneal topography. These include the Tomey Smolek/Klyce Keratoconus program, the Humphrey Pathfinder, and the NIDEK Magellan Navigator. The latter program can differentiate between keratoconus, keratoconus suspect, pellucid marginal degeneration, several other corneal conditions, and has the capability for device-independence. Alternatively, one can use a modified Rabinowitz test: if the diopter value along a 3 mm superior arc less the diopter value along 3 mm inferior arc is greater than 1.4 D and less or equal to 1.9 D, then the cornea qualifies as a keratoconus suspect; if the gradient is greater than 1.9 D, then it qualifies as a keratoconus cornea. While this test is not very specific, it can provide guidance to distinguish between normal and abnormal topography. It can also be performed with any corneal topographer using the computer cursor to display dioptric values from the color-coded map. **10.** Always perform corneal topography on both eyes, as pathology in one eye often forecasts the potential for pathology in the other eye (e.g. keratoconus and pellucid).

Corneal topography is a mature diagnostic tool. However, its implementation is not uniform amongst the commercially available devices. Educated use is essential to meet the standard of care in screening patients and to prevent LASIK disasters.

Acknowledgments: This work was supported in part by U.S. Public Health Service grants EY03311 and EY02377 from the National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD; Dr. Klyce has been a paid consultant to NIDEK.

Note: Dr Klyce routinely receives topographies from clinicians around the world for consultation. He is happy to continue to provide this free service to the medical community in return for being able to use some of the topographies submitted (with all patient, clinic, and topographer-identifying information removed) in teaching activities. He may be contacted at sklyce@klyce.com.

References:

1. Abbott RL, Ou RJ, Bird M: Medical malpractice predictors and risk factors for ophthalmologists performing LASIK and photorefractive keratectomy surgery. *Ophthalmology*. 2003;110:2137-46.
2. Randleman JB, Russell B, Ward MA, Thompson KP, Stulting RD: Risk factors and prognosis for corneal ectasia after LASIK. *Ophthalmology* 2003;110:267-75.
3. Husseini Z, Wilson SE, Klyce SD: Standardized scales for corneal topographic maps. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 34:1252, 1993.
4. Smolek MK, Klyce SD, Hovis JK: The universal standard scale: proposed improvements to the ANSI standard corneal topography map. *Ophthalmology* 2002;109:361-9.

INTERFACE TOLERANCE AFTER FEMTO LASIK RETRACTION FINE TUNING IN RESTOR PATIENTS

E.A. Haefliger, T. Signer (Switzerland)

Purpose: To optimize the refractive outcome after implantation of a multifocal ReSTOR IOL (Alcon). To evaluate wound healing of a femto laser (Intralase) flap in elderly patients. **Method:** After implantation of a ReSTOR multifocal IOL small residual refrac-

tive errors, both spherical and cylindrical, are common. In 8% of our patients (200) a femto laser flap was created immediately before implantation of the first eye if the astigmatism was ≥ 0.75 dpt in straight astigmatism and ≥ 0.5 in oblique astigmatism. 6 weeks after the operation of the second eye an excimer laser treatment was performed. Postoperative spherical ametropias of ≥ 0.5 dpt were also corrected with the femto lasik only 8 weeks after the implant surgery. Postoperative controls followed on day 1, after 2 weeks and 3 months. **Results:** In this small group of patients (22) there was no difference in wound healing as compared to the group of younger patients. Dry eyes were not prevalent and wound healing in the zone of the flap edge was even calmer than in younger patients. Contrast sensitivity does not seem to be significantly different than in patients with no postoperative laser treatment. **Discussion:** Femto finetuning of ReSTOR patients seems to cause little problems while yielding good functional improvement.

FEMTOSECOND LASER-ASSISTED ENDOKERATOPLASTY

D.T. Azar, R.C. Ghanem (USA)

Lecture Outlines

- Corneal edema resulting from endothelial cell disease is a common indication for penetrating keratoplasty (PK).
 - About 20-25% of PKs are performed for pseudophakic bullous keratopathy
 - About 5-15% for Fuchs Dystrophy
- Difficulties with PK
 - High or irregular astigmatism
 - Slow visual recovery
 - Traumatic wound dehiscence
 - Suture-related problems
- PLK: Posterior Lamellar Keratoplasty
- DLEK: Deep Lamellar Endothelial Keratoplasty
- Endokeratoplasty
 - Faster wound healing and visual rehabilitation
 - Normal topography with minimal astigmatism
 - Excellent donor endothelial cell survival
 - Stronger and more stable eye
- Difficulties with DLEK
 - Technically difficult and cumbersome
 - Manual dissection may not be smooth enough for optimal postoperative vision.
 - Microkeratome-assisted posterior lamellar keratoplasty (Azar, 2000 & 2001)
- Rationale for Femtosecond Laser-Assisted Endokeratoplasty
 - FS Laser can cut tissue at various depths and patterns
 - High accuracy ($\pm 10 \mu\text{m}$)
 - Minimal inflammation and collateral tissue damage ($1 \mu\text{m}$)
 - Focusable infrared ultrafast-pulse laser \rightarrow able to cut through hazy or edematous cornea (to a certain extent)
 - Smooth surfaces on LASIK procedure
 - Potential to provide smoother interfaces (?)
 - Can be applied to donor and recipient (?)
- What happens in Real-life?
 - FS laser is able to create a lamellar deep section
 - With relative ease and reliability in the donor and recipient corneas
 - In the recipient, a peripheral corneal incision is made manual
 - Good endothelial cell viability was observed (Sarayba 2005)
 - But smoothness of deep interfaces are currently unpredictable (Terry 2005, Soong 2005),
 - Deep lamellar interfaces are much rougher than superficial ones (e.g. from LASIK) (Soong 2005)
 - Very edematous or opaque corneas cause light scatter or absorption which prevents the cuts to be completed.
 - Laser parameters need adjustment in this surgery
- Our current FS Laser-Assisted Endokeratoplasty Technique
 - Donor button is placed in artificial AC
 - A 9.5 mm lamellar dissection is performed in the donor cornea with FS laser at $400 \mu\text{m}$ with side cuts at 90 degrees
 - Remove anterior lamellae
 - Followed by PTK to smoothen inner surface of the graft and thin the donor tissue
 - Trephination of donor
 - Descemets Stripping Endothelial Keratoplasty (DSEK) in recipient
- DSEK provides an smoother recipient bed than DLEK
 - Introduction of folded donor through 5.00 mm incision
- Future?
 - Simplify FS Laser-Assisted technique with software upgrades
 - New FS technology may create smooth lamellar interfaces
 - Technical improvements to decrease graft dislocation
 - New techniques
- MK-assisted with tissue adhesive bonds (Pirouzmanesh, 2006)
- Photochemical keratodesmos (Proano CE, Azar DT et al. 2004)

INTRALASE BIOPTICS IN HIGH MYOPIA AND HYPEROPIA

M. Knorz (Germany)

Purpose: Cataract surgery or refractive lens exchange with a monofocal implant cannot provide good distance and near vision without correction. We were therefore interested in a multifocal IOL designed to provide spectacle independency. If astigmatism was more than one dioptre, an IntraLase flap was created prior to surgery to allow for an early enhancement. **Methods:** The Tecnis Aspheric Multifocal IOL (AMO Inc.) features a prolate anterior surface which compensates the spherical aberration of the cornea, and a diffractive back side with a near-add of +4 D, equivalent to a spectacle add of about +3.2 D. Light distribu-

tion to far and near focus is 50%, independent of pupil size. We implanted the Tecnis Multifocal IOL bilaterally in 65 patients during cataract surgery or refractive lens exchange. In patients with astigmatism of more than one dioptre, an IntraLase flap was created immediately prior to surgery (120 µm, 9.0 mm), but the flap was not lifted. In case of postoperative ametropia, the IntraLase flap was lifted as early as 1 week after surgery to perform wavefront-guided ablation (Visx STAR S4 IR, AMO Inc.). **Results:** An IntraLase laser enhancement was performed in 18 eyes. Including the enhanced eyes, average uncorrected binocular visual acuity was 0.8 (20/25), and uncorrected binocular near visual acuity was 0.8 (20/25). All patients reported excellent near visual acuity, none required reading glasses. All patients reported some halos at night, but only one patient reported severe halos. All patients stated that they were happy with the results, and they would elect to have the Tecnis Aspheric Multifocal IOL again. **Conclusions:** The Tecnis Aspheric Multifocal IOL provides excellent distance and near vision without glasses. The use of an IntraLase flap procedure prior to the lens exchange in selected cases allows for an early enhancement. After enhancement, virtually all patients achieve spectacle independency for distance and near.

PRE AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF REFRACTIVE SURGERY PATIENTS WITH LARGE SCOTPIC PUPILS

J.J. Salz (USA)

Background: There are multiple early writings about the concern that large scotopic pupil size might be associated with an increased risk of NVC. The original Visx training manual¹ after PRK approval in 1996 cautioned surgeons about the potential increased risk of NVC in patients with large scotopic pupils. In the section PRK for Nearsightedness with Astigmatism, p. 14 states: "Please remember that it is important to check pupil diameter in light and dim conditions. Under certain circumstances, the minor axis of the elliptical ablation that is created to correct the astigmatism can be 4.5 mm. If a patient has large pupils in dim lighting conditions there is the potential for difficulty with night vision in poor light conditions following PRKa." In that same manual on page 11 under PRK Complications and Management it states: "Night glare, haloes, and image ghosting...can be seen in young patients with large diameter pupils in dim illumination (some patients can have 9 mm dim illumination pupils). Always check the pupil prior to ablation and warn patients of this possibility." Howard Gimbel M.D. in a 1999 textbook about LASIK complications² stated: "Patients with large pupils need to be forewarned of the possibility of night vision difficulties, especially important in high corrections. Corneal surgery may not be advisable." On page 143 of this text Gimbel presents a case of a patient with 8 mm pupils in dim light and a correction of about -7 D who cancelled surgery after being informed that he would be more likely to experience disabling NVC. The most recent Visx and Alcon patient information brochures on wavefront guided treatments mention the possible increased risk of treating patients with large pupils. The VISX CustomVue LASIK Patient Information Booklet³, on page 13 states: "Large Pupils. Before surgery, your doctor should measure your pupil size under dim lighting conditions. You might have difficulty seeing in dim lighting, rain, snow, or bright glare. Whether you may have poor vision under these conditions is hard to predict because it has been studied so little." The Alcon CustomCornea LASIK Patient Information Booklet-Myopia⁴ on page 16 states: "Before surgery, your doctor should measure your pupil size under dim lighting conditions. If your pupils in dim light are > 6.5 mm., consult with your doctor about the risk that the surgery may cause negative effects on your vision, such as glare, halos, and night driving difficulty."

Informed Consent: What do we tell patients with large (>6.5mm scotopic pupils). The preoperative discussion of large pupil patients is a subject of great debate. Pop⁵ states: "We believe the role of pupil size in postoperative NVC's has been overrated. The use of pupil size to predict NVC is not justified." Schallhorn has told me (personal communication) that he feels that the risk of NVC for a patient with a 9.0 mm pupil is no different than the risk for a patient with a 5.0 mm pupil. Although this was the conclusion for both the Pop and Schallhorn studies, other studies have come to a different conclusion.

Case Study: I recently performed LASIK on a patient with a refractive error of -5 D with 9.0 mm scotopic pupils. The informed consent discussion included the following points: she was told she had the largest pupils I had measured since my first RK in 1981; night glare discussed and illustrated with photos from VISX material; the concept of Higher Order aberrations and relationship to pupil size and refraction were discussed in detail; Alphagan test reduced pupils to 7.0 mm and patient was told she may require drops for night driving forever and she still might have trouble; I explained that increased glare, starbursts and night driving difficulty were to be expected and "cortical adaptaion" to this is unpredictable; I advised her to continue in contacts but if she still desired surgery I would do non-dominant eye only until she was satisfied with vision compared to contact lens in dominant eye; the Alcon Custom Cornea wavefront guided LASIK was recommended if surgery was elected. The surgery was performed in the non-dominant eye, her higher order aberrations were dramatically increased postoperatively requiring Alphagan drops. She eventually adapted to this in elected to have surgery in the non-dominant eye several weeks later and is currently satisfied with her surgery even though she is still aware of the increased halos, starbursts and glare compared to her preoperative vision with contact lenses. I feel it is counterintuitive to disregard pupil size as a potential risk factor. Large pupils allow more light to enter the eye and it only makes sense that this is more likely to cause NVC's than if the pupils are smaller. This is confirmed by the increase in higher order aberrations with increasing pupil size in wavefront measurements of both normal and post laser vision patients and the increase in starbursts in the Trattler study.

How to manage patients with NVC. Many postoperative PRK and LASIK patients will notice increased glare and halos in the early postoperative period. In most cases, they will improve during the first few weeks. When they continue to have problems it is simple to demonstrate in a dark refracting lane how there symptoms may be reduced by making their pupils smaller. With the patient looking at a single illuminated line of letters, e.g. the 20/25 line, have them concentrate not on the letters, but on the glow around the bar of light. Hold an occluder over one eye and illuminate the covered pupil with a penlight while they continue to observe the effect on the bar of light with the fixating eye. Repeat the test with the other eye. In patients with pupils of 6.5 mm or greater, they usually notice a dramatic decrease in the glow around the light. If they have a positive response they can then try a course of Alphagan eye drops as described by McDonald. Typically if they apply the drop one half hour before they need to go out in the dark, their pupils will be reduced by 1 mm to up to 2 mm for 4 to 5 hours. This simple treatment can provide dramatic relief as it did in patient #1 described earlier. Another perhaps even better pharmacologic treatment was recently described by Randazzo, Vinciguera et al⁶ using aceclidine. Thirty-nine of 40 patients in their study experienced reduction in night vision disturbances and a mean decrease in pupil size of 2.5 mm. This drug is not available in the United States but we are investigating the possibility of having it prepared by a compounding pharmacy. We have also had generally excellent results in retreating symptomatic post laser vision corrections patients, both PRK and LASIK, with "off label" wavefront based retreatments when their wavefront analysis shows significant higher order aberrations.. Chalita⁷ retreated 29 symptomatic post LASIK eyes with the Alcon LadarVision laser based on wavefront analysis with the Alcon LadarWave and found decrease in total aberration and higher order aberrations. Carones⁸ also reported encouraging results retreating abnormal eyes with wavefront-guided treatments using the LadarVision platform.

Summary: Large scotopic pupils are a potential risk factor for night vision complaints, especially if the patient has moderate to high myopia. These patient deserve a detailed informed consent about the increased potential for night vision complaints which

can be permanent. Treatment includes pharmacologic methods to reduce pupil size and possibly wavefront guided treatments in patients previously treated with conventional treatment and found to have high higher order aberrations.

References:

1. ISX Star S2 Physician's training manual, 0030-1724, Rev B, page 14.
2. Gimbel H. Lasik complications: Prevention and management. Gimbel HV, Anderson P EE (eds) SLACK, Inc., Thorofare, NJ, 1998.
3. Visx patient information brochure for Wavefront treatments for myopia and hyperopia.
4. Alcon patient information brochure for CustomCornea wavefront guided treatment for myopia.
5. Pop M, Payette Y. Risk factors for night vision complaints after Lasik for myopia. *Ophthalmology* 2004; 111:3-10.
6. Randazzo A, Nizzola F, Rossetti L, et al. Pharmacological management of night vision disturbances after refractive surgery – Results of a randomized clinical trial. *J Cataract Refract Surg* 2005;31:1764-1772.
7. Chalita MR, Meng X, Krueger RR: Alcon CustomCornea Wavefront-guided Retreatments After Laser in situ Keratomileusis. *J Refract Surg* 2004;20:S 624-S 630.
8. Carones F, Vigo L, Scandola E: Wavefront-guided treatment of abnormal eyes using the LadarVision Platform. *J Refract Surg* 2003;19 S 703-S708.

CRS-MASTER GUIDED REPAIRMENT

K. Ditzen (Germany)

Purpose: To find out whether with the new CRS-Master (Carl-Zeiss-Meditec) it would be possible to treat corneal irregularities –e.c. decentrations, irregular astigmatism in secondary or higher procedure. **Method:** Treatment was done with wavefront-guided CRS-Master (Carl-Zeiss-Meditec) and the high speed, small spot Gaussian beam MEL 80 (Carl-Zeiss-Meditec) for the refractive component. It is a one step procedure. All cases were secondary til forth procedures after former LASIK-procedures. **Results:** 6 cases were treated. Two of them as the last procedure after several former LASIK procedures and former enhancements. The other four were done as LASIK enhancements. 2/3 of all cases had good results: gain of 1-2 lines in BSCVA and UCVA. Stability seems to be better. Subjective complains as ghost images, double vision and blurring were reduced. **Summary:** In desperate cases a refractive enhancement with CRS-Master (Carl-Zeiss-Meditec) supported MEL 80 (Carl-Zeiss-Meditec) treatment is successful in 66% of the introduced cases.

SESSIONE 42

ARTIFLEX EUROPEAN MULTICENTER STUDY

C. Budo (Belgium)

As many studies and even more satisfied patients can attest to, the Artisan lens has proven to be an excellent concept. Following its success, Ophtec had developed a flexible version of the lens; the Artiflex Lens. By developing and marketing the newest materials and techniques Ophtec hopes to minimize any disturbances to the balance in phakic and aphakic eyes. The first results from an extensive European study are very encouraging. The Artiflex is flexible, not foldable. The optical zone is made of silicone and the "claws" are made of PMMA, which enables them to be firmly attached to the iris. Because the lens is flexible, an incision of only 3.2 mm is required. During the research phase, the lens was made for myopic patients with a refraction ranging from -2 to -12 D. The study began 3 years ago with the implementation of first an aphakic model and then a phakic one. Now, none of the patients have shown any signs of corneal dystrophy, endothelial cell loss, atrophy of the iris or glaucoma. The lens appears to be comparable to the Artisan Lens. After a test period of two years, the lens is marketed, first for myopia and later on it will be for the toric and hypermetropic variations. We believe that a toric Artiflex lens would offer a patient with astigmatism an extra advantage. With the Artiflex lens we require an incision of 3.2 mm and therefore no stitches are needed. Since they are unnecessary, the patient will usually not experience induced astigmatism and better yet, can probably return to work the next day. This is the perfect solution for the patient and for today's ophthalmic surgeon who has had less training in stitching wounds. Even though no stitches are required, the Artiflex lens is not easier to insert than the Artisan Lens is. Being more flexible, the Artiflex lens is more difficult to grasp securely. It takes a few weeks to learn the necessary techniques, something that was also true when learning to use the Artisan Lens. Furthermore, a new lens demands new instruments. The Artiflex lens is inserted with a spatula which works as a clothes hook with the lens hanging on it like a jacket. This allows the lens to be inserted slowly into the eye. Two forceps are used during the operation, one curving to the right and the other to the left. The forceps enable the surgeon to grasp the PMMA portion of the lens. When you grip the claw on the left, you can fasten the lens on the right, then you change hands and repeat the procedure. This involves three new instruments, all designed to make the operation as simple and as efficient as possible.

PHAKIC IOL CORRECTION FOR HIGH MYOPIA: FROM LASIK TO PRL CONCEPTS

E. Leite, E. Cardoso, A. Baltar (Portugal)

A new wave of concepts in Refractive Surgery, mainly Phakic IOL's, begins to be a valid alternative to Lasik since its indications became more restrictive. The aim of this study was the evaluation of Phakic IOL based on clinical results, namely, best corrected visual acuity, type and rate of complications, follow-up time and patient's satisfaction and defines the limits for boardline, where to stop LASIK surgery and start Phakic IOL surgery. A study group of 82 patients was submitted to Phakic IOL implantation (PRL) with a refractive error ranging from -7.00 to -21.00 dpt. The study group patient was divided in several groups accordingly to the refractive error. The following items were evaluated: best corrected visual acuity, residual refractive error, complications (during and after surgery) patients' satisfaction and follow-up time. A second study group of 42 patients was submitted to LASIK procedure, with a refractive error ranging from -8.00 to -14.00 dpt. In both groups the astigmatic error was less than -2.50 dpt. The second study group was divided in a similar basis as first study group and the same parameters were evaluated. A comparison of the evaluating parameters between both groups was made. The detailed results will be presented, however, an improvement of best corrected visual acuity was found in study group #1, with none of the patients losing lines in visual acuity evaluation. Rate complications were less in Phakic IOL patients than in LASIK patients who also presented a higher rate of subjective complications namely, glare, and starburst or night visual acuity. Regression issue will also be addressed. The results showed that board line groups should be considered between -6.00 and -9.00 dpt, where cornea and anterior chamber characteristics will play a main role among LASIK and Phakic IOL option. The astigmatic component should be a factor to considerer in this boardline group, where Biotopic concept should be considered. The new wave of Refractive Phakic IOL generation seems to be a good option for patients in boardline groups or with high myopia.

ARTIFLEX MYOPIA PIOL IMPLANTATION – 1,5 YEARS EXPERIENCES

M.G.J. Izak (Slovakia)

Contributing Authors: J. Nikel, MD, K. Gablasova, MD, A. Bielikova, MD.

Purpose: To describe an innovation of surgical technique and to analyze one and half years experiences. **Methods:** 50 eyes of 29 patients with Artiflex Myopia PIOL were analyzed the range of myopia was between $-1,5$ D. to $-12,0$ D. / \emptyset 7,68 D/. The aim was to reach emetropia in all cases. Age: 18-47 years / \emptyset =27,18 y./ Follow-up time: 6-18 months / \emptyset =11,5/. **Results:** Postoperative refraction /sf.eq./ was between $-0,00$ D. to $-0,75$ D. / \emptyset = $-0,32$ D./8 pat. gained 2 lines, 12 pat. gained 1 line and 29 pat. had no change in BCVA. None peroperative complication was recorded. Postoperative complications: 2 iritis and 3 IOL white precipitates. The mean endothelial cell loss was 2,54%. **Conclusions:** Our one and half years experiences proved, that Artiflex Myopia PIOL Implantation is very effective and safe refractive procedure. The presentation is accompanied by video.

INTRACORNEAL RINGS IN CORNEAL ECTASIA: TWO DIFFERENT APPROACHES INTACTS VS. FERRARA RINGS

E. Leite, E. Cardoso, A. Baltar (Portugal)

Keratoconus is a noninflammatory corneal thinning disorder inducing an irregular astigmatism. The aim of this study was to evaluate the results of two different types of Intracorneal Rings in the attempt of stabilizing and reduce the irregular astigmatism. A first group of 42 patients was implanted with Intacts and a second group of 38 patients was submitted to Ferrara Rings implantation. A Keratoconus Orbscan based grading, accordingly to its area and location in the cornea, was used. Based on this grading, the surgical procedure was scheduled to 1 or 2 Intracorneal Ring Implantation. A similar evaluating criterion was followed in both groups of Intracorneal Rings. The following parameters, best corrected visual acuity, type and rate of complications, follow-up time and patient's satisfaction were evaluated in both groups and a comparison was established between the groups. Apparently, in patients with Keratoconus the central area of the cornea, the Ferrara rings seems to be a good option, when the Keratoconus area is extensive the best option seems to be the Intacts. However, surgeon experience seems to play an important role and should also be considered.

ARTISAN: 10-14 YEARS OF PERSONAL EXPERIENCE

C. Budo (Belgium)

The purpose of this retrospective study was to evaluate the long-term (10 year) refractive stability, refractive predictability, safety and efficacy of the Artisan phakic intraocular lens (PIOL) for the correction of moderate to high myopia and to monitor changes in corneal endothelial cell density (ECD) over time. The present study showed that 10 years after Artisan PIOL implantation for the correction of moderate to high myopia, the mean \pm standard deviation (SD) spherical equivalent (SE) was -0.70 ± 1.02 D (range, -3.50 to 2.00 D) and remained stable over time. At 10 years postoperative, 65.2% and 92.8% of eyes were within ± 1.0 D and ± 2.0 D of the desired refraction with an excellent stability of the postoperative refractive cylinder; the mean \pm SD refractive cylinder being -0.99 ± 0.81 D (range, -4.00 to 0 D) at 10 years. Short-term data showed that after Artisan PIOL implantation, over 85% of eyes demonstrated a best-corrected visual acuity (BCVA) of 20/40 or better and more than 60% of eyes gained 2 or more Snellen lines of BCVA. The present study showed that after 10 years patients reached a BCVA of 20/40 or better in 92.5% of eyes and an UCVA of 20/40 or better in 79.7% of eyes. With respect to safety, we showed that after 10 years, 3.6% (n=2) of eyes lost more than 2 Snellen lines of BCVA. Throughout all follow-up years, 5 eyes in total demonstrated a loss of more than 2 Snellen lines of BCVA. For year 1 (n=1), the loss was caused by the development of a myopic maculopathy. For follow-up year 6 (n=2) and 10 (n=2), the loss in one eye was due to the development of a corneal guttata dystrophy and in the other eye by a visually significant cataract after 5 years. In 2000, we reported 3-year follow-up data of 518 patients which demonstrated a relatively low amount of ECD loss and stabilization over time (2.4% after 1 year and 0.7% after 3 years). With age, the number of cells decreases, with a physiologic rate of 0.6% per year after age 18. This means that after 10 years, a loss of about 6% could be found. In the present study, however, we could not find an endothelial cell loss of this magnitude. Our data demonstrated that there was no long-term corneal endothelial cell loss over time with a relative gain in ECD after year 1 (gain of $8.73\% \pm 18.45$) and year 10 (gain of $3.62\% \pm 16.97$) follow-up. Previous studies have also attempted to explain the gain in ECD after Artisan PIOL implantation, among which a large variation in cell density measurements and small sample sizes which enabled the large variations. In the present study, ECD was measured with the Topcon 1000 specular microscope until 2002, after which measurements were taken with the Topcon 2000-P. We do not believe that the switch in specular microscopes contributed to a bias in ECD measurements, since a comparative study between the two microscopes showed a high correlation for endothelial cell density between the two microscopes (unpublished data). Another explanation for a relative gain in ECD after implantation could be that the recovery capability of the corneal endothelium after intraocular surgery might be higher than previously assumed. No intra-operative or postoperative complications occurred in the patient group. We believe that the 2 eyes which developed a visually significant cataract 6 years after surgery were age-related and not caused by the surgical implantation of the Artisan PIOL. In conclusion, after the implantation of Artisan PIOLs for the treatment of moderate to high myopia, refractive stability was maintained for up to 10 years. There was no evidence of late-onset complications or long-term endothelial cell loss. However, to achieve these results, a meticulous surgical technique of PIOL implantation by an adequately trained surgeon is needed.

MANAGING GROSSLY ABERRATED CORNEA USING WAVEFRONT GUIDED ESIRIS (SCHWIND) LASER

K. Mehta (India)

The purpose: to evaluate the outcomes of Wavefront guided ablations for the correction of residual myopia and astigmatism in highly aberrated eyes. 18 eyes of post penetrating keratoplasty patients, all post 1 year following their surgery, were enrolled. The criteria being a gross aberration and a reduction of vision with glasses to 6/18 Snellen and /or the presence of gross astigmatism >5 D which precluded spectacle application. All eyes were done with the Carrizo Pendular microkeratome using the thinner 110 head which gave consistent readings of 95-115 micron thickness in all cases. In all cases the blades were single use only. Detailed ophthalmologic exam, corneal topography using the Scout and Wavefront measurements (COAS) was carried out using a 6 mm pupil and measuring up to the 6th order of aberration. Uncorrected visual acuity (UCVA), best corrected visual acuity (BCVA) manifest refraction and Wavefront analysis was carried out preoperatively, 1 week 3 months and 6 months after surgery. The ablation was carried out using a Schwind Esiris laser. **Results:** The Wavefront device was able to capture all eyes with good reproducibility. Wavefront refraction showed a good correlation between manifest and cycloplegic refraction., Mean high order aberration were greater on Post PK eyes when compared to normal eyes especially trefoil, tetrafoil and secondary astigmatism. One week post op, the UCVA was 6/18 in 100% of the eyes, and BCVA was 6/12 in 94% of the cases. Wavefront analysis showed a decrease in total aberrations, high order aberrations, defocus coma spherical aberrations. The improvement continued till the 6 month period. Most important of all was the patient satisfaction quotient which was

very high, fortunately in all cases. **Conclusion:** Wavefront guided Lasik treatment in post PK eyes represents a good option for laser vision correction and should be an option offered to all Post Keratoplasty patients especially if high orders of aberrations exist. All eyes showed significant reduction in preexisting total aberrations

NEW ICL WILL PREVENT SECONDARY CATARACT

K. Shimizu (Japan)

I observed 10 cases that developed cataract after ICL implantation among 130 cases. They were classified into two categories. One is the acute type whose cataract was observed right after surgery and these were considered to be traumatic cataract caused by the surgical manipulations. The rate decreased as surgeon became skillful, and this type of cataract didn't increase nor cause any visual disturbance for two years. On the other hand, some cataract occurred a few months after surgery, and this type of cataract is classified into two groups. In one group, cataract occurred as ICLs were not long enough so they touched the crystalline lenses. But in the other group, cataract developed in spite that there were enough clearance between ICLs and crystalline lenses. In the former cases the length between 'white to white' and 'sulcus to sulcus' may be different. In the latter cases of late-onset cataract, the cause was considered to be the metabolic disturbance of aqueous flow due to the ICL implantation. As a measure for this, I designed the new ICL with a hole. Through this hole, aqueous dynamics is improved so that any cataract did not develop in animal eyes 6 months after implantation.

LASIK RESULTS WITH TEMPORAL HINGE

D.T. Azar (USA)

The original microkeratomes were designed to create a nasal hinge. However, superior hinge readily gained popularity because of the anatomical position of the lid and the less likelihood of gravitational-induced flap distortion. Each location has its own limitations, the physiological position of the pupil nasally, render the placement of the hinge in the nasal quadrant less suitable. For the same reason and for the smaller diameter of the vertical meridian, the superior hinge poses the same limitations as the nasal hinge. The temporal hinge has not gained popularity because of the technical difficulties and unavailability of this option in many microkeratomes. With the advent of the femtosecond laser, the hinge can be created at any location. The temporal hinge position has several advantages including, larger stromal bed available for ablation and hence more room for blend zone and less glare and haloes, less chance of ablating the hinge due to confinement of the ablation entirely to the stromal bed, wider flap hinge may be achieved to add to the flap stability without sacrificing exposed stromal surface area, and diminished neurotrophic epitheliopathy and dry eye symptoms due to sparing the horizontal subepithelial nerve plexus at the horizontal meridian. In addition, temporal hinge has a protective role against any future lateral trauma. Patients with mixed against the rule astigmatism, hyperopia, and myopia may benefit from temporal hinge. Conversely, patients having with the rule astigmatism with shorter vertical meridian may do better with a superior hinge. Our results of temporal hinge are encouraging. We reviewed the results of 82 eyes that underwent LASIK done with the flap created temporally using femtosecond laser (Intralase). at 3 months postoperatively, the mean LogMAR UCVA was 0.14 ± 0.21 ; the mean BSCVA WAS 0.013 ± 0.047 ; and the mean spherical equivalent was -0.39 ± 0.75 diopters. No eye had lost two or more lines of BSCVA with safety index of around 1 at 1 week, one month, 3 months and 6 months.

CORSO 128

REFRACTIVE LENS EXCHANGE USING ACRYSOF RESTOR

F. Carones

Purpose: The aim of this study was to assess the clinical results of an apodized diffractive multifocal IOL used to correct defocus and presbyopia in patients bilaterally implanted for refractive lens exchange (RLE) purposes, followed by excimer laser in-situ keratomileusis (LASIK) to fine-tune the refractive results when needed. **Methods:** Eighty eyes of 40 patients eligible for refractive lens exchange underwent bilateral lens removal followed by the implant of an AcrySof ReSTOR IOL apodized to add a +3.2 D power for near vision. Presence of astigmatism of any degree was not a contraindication as LASIK was anticipated as a procedure to correct any residual refractive error after surgery. **Uncorrected (UCVA) and best corrected visual acuity (BSCVA) at far, intermediate and near distance, manifest refraction, wavefront analysis, contrast sensitivity, glare testing and psychometric testing were assessed.** LASIK was performed in those eyes with residual defocus and/or astigmatism, upon patient's request. **Follow-up was one year.** **Results:** All eyes had 20/25 or better UCVA, 20/20 or better BSCVA, and J2 or better UCVA at near distance (30 cm). At intermediate distance (60 cm), 68 eyes (85%) could read J4 or better. Refraction ranged +0.50 to -0.62 D spheroequivalent. To achieve these results, 22 eyes (27.5%) required additional LASIK. Wavefront analysis disclosed no significant induction of high order aberrations. Contrast sensitivity denoted only a slight decrease, and glare testing was unchanged compared to preoperative values. Subjectively, all patients were very pleased by the results, reporting no meaningful complaints regarding quality of vision. Thirty-six patients (90%) are never using spectacles, while 4 are using spectacle correction to compensate for fair intermediate distance visual acuity. **Conclusion:** These results indicate the ReSTOR optical performances are very effective in providing a high degree of spectacle independence after RLE. Although we noticed a slight decrease in contrast sensitivity, the overall quality of vision did not seem to be significantly compromised in this series of patients. However, the achievement of satisfactory results was very related to a near-to-plano final refractive outcome, and laser vision correction showed to be a safe and effective option to correct residual refractive errors.

THE TREND TOWARDS SMALLER INCISION SURGERY IS STEADILY GROWING. UNTIL RECENTLY, BIMANUAL PHACO WAS THE ONLY AVAILABLE PROCEDURE

K. Tjia (The Netherlands)

The lack of suitable IOL's with a proven long term track record to match these small incisions and the concerns for long learning curves and wound distortion are significant drawbacks of this technique. The Acrysof single piece Natural IQ, with a yellow chromophore to filter a substantial amount of potential harmful blue wavelength light waves and thereby theoretically protecting the macula, and with a redesigned aspheric optical surface to enhance contrast sensitivity, has an added advantage of having a 9 % reduced central thickness. This renders this IOL very well suited for injection through small incisions. The Micro coaxial phaco technique does not distort wounds and has a short learning curve. The only downside, less irrigation and thus reduced aspiration flow, is largely compensated by the superior fluid dynamics properties and superb efficiency of the recently introduced Torsional ultrasound modality with the new Ozil handpiece on the Infiniti machine. Micro coaxial Torsional + Acrysof SN IQ is a fully integrated system for safe and efficient 2.2 mm phaco. Pros and cons of Natural, Aspheric IOL's and Micro Coaxial Torsional Phaco will be discussed.

C1 NUOVE MUTAZIONI DEL GENE ABCR ASSOCIATE ALLA MALATTIA DI STARGARDT: UNA CASISTICA ITALIANA

B. Giambene*, A. Sodi*, I. Passerini**, F. Girolami**, U. Menchini*, F. Torricelli**

* *Clinica oculistica, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze*** *Dipartimento di Citogenetica e Genetica, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze*

Obiettivo: descrivere nuove mutazioni del gene ABCR in pazienti con malattia di Stargardt recessiva. **Materiali e metodi:** sono state studiate 50 famiglie dell'Italia centrale in cui ricorrono casi di malattia di Stargardt recessiva. I campioni di DNA sono stati analizzati con DHPLC e tecniche di sequenziamento diretto per ricercare mutazioni nei 50 esoni del gene ABCR. **Risultati:** in tutti i soggetti affetti da malattia di Stargardt sono state evidenziate mutazioni del gene ABCR. Delle 57 mutazioni trovate, 22 non erano ancora state descritte in letteratura. **Conclusioni:** il riscontro di nuove mutazioni a carico del gene ABCR in pazienti con malattia di Stargardt recessiva conferma la grande eterogeneità allelica del gene in studio.

C2 DISCORDANZE GENOTIPO FENOTIPO IN TRE FAMIGLIE ITALIANE AFFETTE DA MALATTIA DI STARGARDT

A. Bini*, A. Sodi*, B. Giambene*, I. Passerini**, F. Girolami**, F. Torricelli**, U. Menchini*

* *S.O.D. Clinica Oculistica Università degli Studi di Firenze AOC*** *S.O.D. Genetica Medica AOC Careggi, Firenze*

Obiettivo: nel nostro studio vengono esaminate tre famiglie (20 individui) comprendenti 6 pazienti affetti da malattia Stargardt. Queste famiglie non mantengono il classico modello di trasmissione mendeliana autosomica recessiva che caratterizza la malattia di Stargardt. **Materiali e metodi:** i pazienti e i parenti sani giunti alla nostra osservazione sono stati sottoposti ad un accurato esame obiettivo e sono state scattate immagini in autofluorescenza. Tutti gli individui sono stati sottoposti a valutazione genotipo-molecolare del gene ABCR. **Risultati:** lo studio genotipo molecolare del gene ABCR ha evidenziato delle nette discordanze genotipo-fenotipo: pazienti portatori di due mutazioni in omozigosi sono risultati sani clinicamente, mentre pazienti con mutazioni in eterozigosi affetti. L'esame in autofluorescenza si è dimostrato un utile strumento predittivo-prognostico. **Conclusioni:** le strategie diagnostiche "classiche" sia cliniche che molecolari non sono sufficienti ad interpretare tutti i casi di malattia di Stargardt. Esiste la necessità di sviluppare nuove procedure diagnostiche e di conoscere in maniera più approfondita il ruolo patogenetico delle diverse mutazioni del gene ABCR. Il fine è quello di giungere ad una procedura personalizzata per ogni paziente.

C3 VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E DEI FATTORI DI RISCHIO SU PAZIENTI CON AMD SOTTOPOSTI A PDT. REPORT A TRE ANNI

G. Manzi, E. Minutillo

UOC di Oculistica AORN Monaldi Napoli

Obiettivo: valutare i dati clinici, epidemiologici ed angiografici in tre anni di terapia fotodinamica. **Materiali e metodi:** 300 occhi con CNV retrofoveale trattati con terapia fotodinamica per CNV retrofoveale seguiti in 3 anni. Lo studio ha tenuto in considerazione: età, sesso, concomitanza con patologie cardio-vascolari, fumo, patologie infiammatorie. I pazienti sono stati controllati dopo il trattamento con visita e fluorangiografia. **Risultati:** lo studio ha evidenziato una netta prevalenza del sesso femminile, nessuna concomitanza con l'obesità, una netta predominanza di fumatori, una stabilizzazione della lesione nel 35% dei casi. **Conclusioni:** la CNV retrofoveale ha una maggiore incidenza nel sesso femminile, nei fumatori anche se nella nostra esperienza la validità della terapia non sembra essere influenzata da nessuno dei fattori sopraindicati.

C4 COSA È BENE SAPERE SULL'OCT

C. Franzetti, D. Battistello, V. Ferrara, V. Belloli

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale SS.Trinità, Arona (NO)

La tomografia a coerenza ottica si è rivelata un'indispensabile metodica di supporto nella diagnosi e nel follow up delle patologie maculari. In particolare viene spesso utilizzata, oltre ad un'analisi qualitativa, anche per una valutazione quantitativa riferita allo spessore ed al volume retinici. **Obiettivo:** valutare le caratteristiche ed i limiti dell'OCT nelle maculopatie correlate all'età complicate da MNVC. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo di 150 OCT (Stratus OCT3) di 120 pazienti affetti da maculopatia correlata all'età con MNVC, utilizzando la strategia di mappa maculare (Macular Thickness map). Analisi, con la strategia Retinal Thickness, dello spessore tissutale per ogni singola scansione lineare delle sei scansioni radiali della mappa. Analisi e confronto degli spessori e dei volumi corrispondenti, evinti dalle stesse sei scansioni con la strategia Retinal Map. **Risultati:** non si è rilevata corrispondenza tra lo spessore retinico analizzato dal software e lo spessore retinico reale. **Conclusioni:** le scansioni OCT non sono in grado di fornire spessori e volumi retinici reali quando la riflettività e la morfologia retiniche presentano una eccessiva variabilità.

C5 VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ MACULARE NEL SOGGETTO SANO CON MF-ERG

M. Bellizzi, G. Rizzo, U. Propoli, M.C. Gentile, G.F. Bellizzi

Dipartimento di Oftalmologia & Orl, U.O. Oftalmologia II, Università degli Studi di Bari

Obiettivo: valutare la funzionalità maculare tramite mf-Erg in 40 soggetti sani di età compresa tra 45 e 55 anni, con follow-up di 12 mesi. **Materiali e metodi:** per 40 soggetti sani (80 occhi), 15 femmine e 25 maschi, sono stati eseguiti esami mf-Erg al momento dell'arruolamento e a distanza di 12 mesi, refrazione compresa da +1,5 a -1,5 D in equivalente sferico. Sono stati considerati i valori di ampiezza max (nV/deg²), i valori di ampiezza dell'esagono centrale e dei 4 anelli concentrici; analisi statistica per i dati grezzi realizzata mediante t-test.

Risultati: in partenza i valori medi erano:	Valore max	107,80
	Esagono centrale	110,40
	1° anello	46,60
	2° anello	28,40
	3° anello	19,40
	4° anello	14,20
Dopo controllo a 12 mesi i valori erano:	Valore max	108,20
	Esagono centrale	106,00
	1° anello	48,80
	2° anello	31,20
	3° anello	19,40
	4° anello	15,20

Per tutti i gruppi non era evidenziabile una significatività statistica. **Conclusioni:** i dati ricavati non ci autorizzano a ritenere che un tempo di 12 mesi possa essere significativamente indicativo di una variazione della attività bioelettrica maculare in questa fascia di età.

C6 CORRELAZIONE TRA PARAMETRI OCT E FLUORANGIOGRAFICI NELL'INDICAZIONE AL RITRATTAMENTO FOTODINAMICO DELLE MEMBRANE NEOVASCOLARI SOTTO-RETINICHE (MNSR)

L. Campi, C. Masini, E. Martini, V. Volante, M. Sportelli

Struttura Complessa di Oftalmologia dell'Università di Modena

Obiettivo: valutare le indicazioni al ritrattamento PDT tramite OCT e fluorangiografia. **Materiali e metodi:** una serie prospettica di 40 pazienti con MNSR prevalentemente classiche sono stati valutati dopo trattamento PDT. OCT, fluorangiografia e acuità visiva (ETDRS) sono stati valutati indipendentemente da operatori diversi a 3 mesi dall'ultimo trattamento PDT. I parametri OCT considerati sono stati spessore retinico, volume foveale e alterazioni morfologiche maculari. Per la fluorangiografia è stata considerata la presenza di leakage. Sono stati valutati l'indicazione al ritrattamento sulla base dell'OCT o della fluorangiografia ed il grado di sensibilità e specificità dell'OCT rispetto alla fluorangiografia. **Risultati:** l'OCT ha dimostrato una sensibilità del 95% e una specificità del 50% circa rispetto alla fluorangiografia, nel rilevare la persistenza di attività delle membrane trattate. **Conclusioni:** l'OCT appare una valida metodica complementare, ma non sostitutiva, alla fluorangiografia nella valutazione al ritrattamento fotodinamico delle MNSR.

C7 SILDENAFIL E OCCHIO: EFFETTO SUI VASI OCULARI E STUDIO IMMUNOISTOCHEMICO

L. Caretti*, C. Foresta**, A. Galan*

* *U.O.C. di Oculistica, Ospedale Sant'Antonio di Padova*** *Servizio di Andrologia, Università degli Studi di Padova*

Scopo: abbiamo valutato l'effetto del sildenafil (Viagra), farmaco inibitore delle fosfodiesterasi 5 (PDE-5) prescritto per la disfunzione erettile, sui vasi oculari ed eseguito uno studio immunostochimico su tessuto corio-retinico umano prelevato da bulbo di cadavere. **Materiali e metodi:** in questo studio prospettico, abbiamo trattato 20 pazienti affetti da disfunzione erettile con una singola dose orale di 100 mg di sildenafil, mentre a 10 pazienti è stato somministrato un placebo. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad una valutazione sistemica e ad un'esame oftalmologico completo. Sono stati monitorati la pressione arteriosa sistolica e diastolica e i parametri del flusso ematico oculare (a. oftalmica, a. ciliari posteriori brevi e a. centrale retinica) prima e dopo la somministrazione del farmaco o del placebo. Il flusso ematico oculare è stato valutato con eco-color-doppler. Abbiamo inoltre eseguito uno studio immunostochimico per evidenziare la eventuale presenza delle PDE nella corio-retina umana. **Risultati:** il flusso ematico oculare aumenta in maniera significativa nei pazienti trattati con sildenafil, rispetto a quelli che avevano assunto il placebo. Le PDE-5 sono diffusamente presenti in tutti gli strati retinici e coroideali umani. **Conclusioni:** Il Sildenafil induce un significativo incremento del flusso ematico arterioso oculare. Le PDE-5 sono diffusamente presenti a livello oculare. In base a questo studio e a quelli presenti nella recente letteratura, si potrebbe ipotizzare e valutare un possibile effetto vasodilatativo del sildenafil nel trattamento di numerose patologie oculari (AMD, retinopatia diabetica, glaucoma, etc).

C8 LA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE NELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA RETINOPATIA DIABETICA: IPOTESI ISTOPATOLOGICHE

L. De Martino, L. Scorolli, S. Degli Esposti, M. Morara, S.Z. Scalinci, R.A. Meduri
Dipartimento di Ottica Fisiopatologica S.Orsola-Malpighi, Università degli Studi di Bologna

Scopo: riportare la prevalenza della Degenerazione Maculare Senile (DMS) nella popolazione over 60 affetta da Retinopatia Diabetica (RD) e ricercare una possibile spiegazione sul perché è molto più bassa rispetto alla popolazione generale. **Materiali e metodi:** 785 FAG di pazienti, età media $74 \pm 11,5$ anni (range 65-85) affetti da Retinopatia Diabetica Non-proliferante sono state raccolte ed analizzate dal 2002 al 2005, per ricercare la presenza di segni di DMS di tipo umido. **Risultati:** la prevalenza totale della DMS essudativa è risultata pari allo 0,13%. La prevalenza della DMS essudativa è risultata pari allo 0,01%, 0,09%, 0,12%, 0,20% rispettivamente nei diversi gruppi di FAG, divisi per età, 65-69, 70-74, 75-79, 80-85. I dati sono significativamente inferiori ($p < 0,001$) rispetto a quelli riportati in letteratura, riguardando la stessa fascia di età di pazienti, senza diabete. **Conclusioni:** studi clinici dimostrano che nella RD vi è un aumento della sintesi del collagene tipo IV nelle membrane cellulari e negli strati più interni ed esterni della membrana di Bruch. Ipotizziamo che proprio il conseguente ispessimento della m.di Bruch possa essere un fattore di protezione nei confronti della DMS essudativa.

C9 SINDROME DI GRONBLAD-STRANBERG E STRIE ANGIOIDI IN UN GRUPPO FAMILIARE

S. Donati, M. Bianchi, M. Prati, C. Azzolini
Clinica Oculistica, Università dell'Insubria, Varese

Obiettivo: comprendere l'evoluzione della malattia nel tempo e il suo variabile interessamento sistemico ed oculare. **Materiali e metodi:** abbiamo seguito 4 fratelli affetti da Sindrome di Groenblad-Stranberg con quadro di strie angioidi di diversa entità. Vengono eseguite visita oculistica completa e visita internistica in relazione al coinvolgimento sistemico. È stata eseguita terapia fotodinamica ove necessario. **Risultati:** 2 pazienti sono deceduti durante il follow-up per insufficienza multiorgano, un paziente ha sviluppato un quadro di degenerazione maculare bilaterale con complicanza neovascolare e conserva un visus di 1/50, un paziente presenta la forma atrofico-degenerativa con visus pari a 6/10. **Conclusioni:** la corretta diagnosi differenziale della malattia è determinante vista la cattiva prognosi nel tempo da un punto di vista oculare e sistemico. È interessante notare come nei 4 casi considerati la malattia abbia avuto una diversa evoluzione.

C10 VALUTAZIONE TOMOGRAFICA MACULARE (OCT3 Stratus) DOPO TRATTAMENTO DI EDEMA RETINICO CON LASER A DIODO MICROPULSATO

A. Lazzarini, E. Martini, G. Neri, A. Pupino, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare le variazioni di spessore e di volume della regione maculare con OCT3 dopo trattamento con laser a diodo micropulsato in pazienti con edema maculare cronico. **Materiali e metodi:** trenta occhi con edema maculare cistoide da retinopatia diabetica, occlusione venosa centrale e di branca e da sindrome di Irvine-Gass. Le misurazioni dello spessore e del volume maculare sono state eseguite prima e 15-30-90 e 180 giorni dopo il trattamento. **Risultati:** lo spessore foveale prima del trattamento era $450 \pm 20 \mu$, il volume $9,32 \pm 15 \text{ mm}^3$. Essi dimostrano una variazione significativa a 90 e 180 giorni con valori di $380 \pm 15 \mu$ e di $8,60 \pm 15 \text{ mm}^3$. Il visus era 3,4/10 pretrattamento e 3,8/10 a 6 mesi, con variazione statisticamente non significativa. **Conclusioni:** il laser a diodo micropulsato consente un tipo di trattamento che non determina effetti collaterali sulla retina e presenta i suoi effetti di riduzione del volume al 3°-6° mese di follow-up

C11 TERAPIA FOTODINAMICA (PDT) E TRIAMCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREALE (TA) IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOVASCOLARIZZAZIONE SOTTORETINICA (CNV)

S. Lusvardi, L. Campi, S. Pelloni, G. Guaraldi, C. Zambelli, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare l'efficacia del trattamento con PDT e TA in pazienti con CNV. **Materiali e metodi:** 30 pazienti con CNV, di cui 15 trattati con PDT (gruppo 1) e 15 trattati con TA e PDT (gruppo 2). Di ogni paziente si considera: visus preoperatorio, a 7, 30, e 90 giorni; tono preoperatorio a 24 ore, a 7, 30 e 90 giorni; fluorangiografia e OCT a 90 giorni per valutare eventuale necessità di ritrattamento. **Risultati:** miglioramento del visus nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1 nel primo mese; non differenze significative tra i due gruppi dopo 3 mesi. Aumento della pressione intraoculare media nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1 dopo 1 settimana; non significative differenze di tono tra i due gruppi dopo 3 mesi. **Conclusioni:** il triamcinolone intravitreale sembra aumentare l'efficacia del trattamento fotodinamico nei pazienti affetti da CNV, anche se temporaneamente.

C12 ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI E TROMBOSI RETINICA

C. Manganelli, S. Turco, E. Balestrazzi

*Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del S. Cuore di Roma***Obiettivo:** individuare la presenza di anticorpi antifosfolipidi ed altre anomalie immunologiche nelle vasculopatie retiniche occlusive in assenza di fattori di rischio convenzionali.**Materiali e metodi:** è stata valutata la presenza di anticorpi antifosfolipidi (anticardiolipina ed antilupus coagulant) ed altre alterazioni immunologiche in 11 pazienti (7F e 4M, età media 43 anni, range 26-54) affetti da occlusione vascolare retinica in assenza di fattori di rischio convenzionali. **Risultati:** gli anticorpi antifosfolipidi sono risultati positivi in tutti i pazienti (anticardiolipina in 3 casi ed antilupus coagulanti in 8 casi). Sono state riscontrate anche altre alterazioni immunologiche (antinucleo, incremento degli immunocomplessi circolanti, deficit del complemento, positività per il fattore reumatoide e la proteina C reattiva). In 7 casi sono risultati alterati più di 3 parametri. **Conclusioni:** in assenza di fattori di rischio convenzionali, la presenza di anticorpi antifosfolipidi nei pazienti con vasculopatia retinica occlusiva comporta importanti implicazioni diagnostiche e terapeutiche. È indicata la ricerca sistematica degli anticorpi antifosfolipidi in casi di trombosi retinica.**C13 LA RETINOPESSIA COME FATTORE DI PROTEZIONE DALLA RECIDIVA DI DISTACCO RETINICO DOPO RIMOZIONE DEL MATERIALE INDENTANTE**

G. Nuzzi, S. Rossi

*Dipartimento di Scienze Otorino - Odontologiche e Cervico-Facciali
Sezione di Oftalmologia, Università degli Studi di Parma***Obiettivo:** valutazione dell'esito anatomo-funzionale dopo rimozione di materiale indentante nella chirurgia episclerale del distacco retinico. **Metodi:** 35 pazienti, operati per distacco retinico regmatogeno, sono stati sottoposti ad asportazione di materiale indentante, e seguiti per un follow-up di 6 mesi. **Risultati:** i motivi più frequenti che hanno indotto alla rimozione del piombaggio e/o cerchiaggio sono stati: dolore oculare, affioramento del piombaggio, congiuntivite persistente, diplopia. Il 74% dei piombaggi era in MIRAGEL®, il 17% in spugna di silicone e il 9% in banda di silicone. Non si è verificato alcun caso di recidiva di distacco retinico né di complicazioni post-operatorie. L'acutezza visiva è rimasta invariata. I casi di diplopia si sono risolti, e solo un caso ha necessitato di correzione con lenti prismatiche. **Conclusioni:** in tutti i pazienti era stata eseguita una criopessia trans-sclerale della rottura retinica all'epoca della chirurgia primaria. Inoltre in nessun caso è stata eseguita retinopessia prima della rimozione del materiale indentante. È pertanto probabile che, una volta cessata la funzione dell'indentazione, la retinopessia eseguita durante l'intervento primario protegga dalla recidiva del distacco retinico.**C14 FORO MACULARE IV STADIO: NOSTRA ESPERIENZA. VALUTAZIONE PREOPERATORIA COME VALORE PROGNOSTICO FUNZIONALE**

S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti, G.P. Amato, M. Paci, M. Pantanetti

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Oculistica***Obiettivo:** prognosi in pazienti con foro maculare al IV stadio sottoposti a vitrectomia, attraverso la diagnosi strumentale preoperatoria. **Materiali e metodi:** 20 pazienti con età media 72.2 anni con foro maculare idiopatico IV stadio operati fra marzo 2002 a settembre 2004, acuità visiva media pre-operatoria 0.9 ± 0.21 logMAR. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a vitrectomia via pars plana con sistema 25G, peeling delle membrane epiretinali e limitante interna, scambio con aria e tamponamento con 0.3 cc di C3F8. Tutti i pazienti sono stati sottoposti preoperatoriamente, a 7 giorni, a 1 mese, a 6 mesi ed a 12 mesi a valutazione dell'acuità visiva, fotografia del fundus, OCT, valutazione del punto di fissazione e microperimetria. **Risultati:** 40% dei pazienti ha un acuità visiva migliorata di almeno 2 linee, 45% stabile e solo il 15% peggiorata. I pazienti con più significativi miglioramenti sono risultati quelli con punto di fissazione preoperatorio sul bordo del foro e stabile. **Conclusioni:** la valutazione preoperatoria dei pazienti rappresenta un importante indice di prevedibilità del successo chirurgico.**C15 TRIAMCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREALE: NOSTRE ESPERIENZE**

R. Sciacca, G.A. Nicoletti, V.M. Marino, G. Scalia

*U. O. di Oculistica, Presidio Ospedaliero "S. Marta e S. Venera" di Acireale, Azienda USL 3, Catania***Obiettivo:** l'edema maculare causa calo del visus in pazienti affetti da Retinopatia Diabetica, OVCR, OBVCR, etc. Il triamcinolone, iniettato in camera vitreale, permette una concreta riduzione dei fenomeni edematosi. **Materiali e metodi:** Sono stati selezionati 22 occhi di 20 pazienti (15 uomini, 5 donne; età fra 45 e 79 anni, media $62,9 \pm 10,1$). 18 affetti da Retinopatia Diabetica e 4 da OBVCR. Sono stati sottoposti a visita oculistica, FAG e OCT. Criteri di esclusione: Glaucoma, S. da Interfacie Vitreo-Retinica, aderenze e trazioni vitreo-retiniche maculari. Spessore retinico foveale pre-trattamento: media 450 micron. Visus pre-trattamento: tra 2/30 e 2/10. 15 occhi erano stati già sottoposti a griglia maculare con scarso successo. Tutti gli occhi sono stati sottoposti a iniezione 4 mg/ 0,1 ml di triamcinolone

intravitreale (Kenacort fiale), con anestesia topica, dopo atto di consenso. **Risultati:** controlli post-trattamento eseguiti a 1-3-7-14-30-60-90 giorni: follow-up totale 6 mesi. FAG e OCT ripetuti dopo 2 e 4 mesi con riduzione significativa dell'edema retinico (OCT: 200-250 micron). In 15 occhi si è verificato un recupero visivo (in media 1-2 righe di Snellen). Soltanto in 4 occhi ipertono transitorio. **Conclusioni:** studi multicentrici randomizzati e casistiche più ampie con follow-up di almeno 2 anni dovranno essere sviluppati. Farmaco "salva-vista" per edema maculare refrattario alle terapie convenzionali.

C16 MACULAR PUCKER IDIOPATICO: RIMOZIONE CHIRURGICA SENZA VITRECTOMIA 20G – 25G

F. Viti, C. Mariotti, S. Salvolini, G.P. Amato, M. Pantanetti, M. Paci
Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Oculistica

Obiettivo: valutazione risultati funzionali e complicanze della rimozione di membrane epiretinali idiopatiche senza l'utilizzo della vitrectomia. Revisione della casistica 20G e della nuova casistica 25G. **Materiali e metodi:** 33 pazienti operati con sistema 20G senza vitrectomia, 20 pazienti con sistema 25G. Follow up medio 18 ± 6 mesi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti preoperatoriamente, a 7 giorni, a 1 mese, a 6 mesi ed a 12 mesi a valutazione dell'AV, fotografia del fundus, OCT. L'acuità visiva preoperatoria media era di 0.2-0.63 ETDRS. **Risultati:** l'AV postoperatoria nel 95% dei pz operati con sistema 20G è migliorata con AV tra 0.63-1.0 ETDRS. L'AV postoperatoria dei pz operati con sistema 25G è sovrapponibile. Complicanze: 1 cataratta nella casistica 20G e 1 emovitreo nella casistica 25G. **Conclusioni:** La rimozione chirurgica delle membrane epiretinali idiopatiche senza vitrectomia aveva già dimostrato nella nostra casistica, in casi selezionati, un riscontro favorevole per l'acuità visiva post operatoria e per la limitazione delle complicanze. Oggi le caratteristiche del 25G rendono ancora più idoneo l'approccio chirurgico.

C17 TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE NELL'EDEMA MACULARE DIABETICO: STUDIO COMPARATIVO SULL'EFFICACIA DI DIVERSI DOSAGGI (4 mg, 8 mg, 20 mg)

P.F. Fiorini, F. Quagliano, L. Di Silvestre, G. Tassinari
UO di Oculistica, Ospedale Maggiore di Bologna

Obiettivo: valutare l'efficacia di diversi dosaggi di triamcinolone intravitreale nel trattamento dell'edema maculare diabetico. **Materiali e metodi:** la casistica comprende 30 pazienti affetti da edema maculare diabetico diffuso. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi (10 occhi sono stati trattati con 4 mg di triamcinolone intravitreale, 10 occhi con 8 mg, 10 occhi con 20 mg). In tutti i casi il farmaco è stato sottoposto a filtrazione prima dell'iniezione. Sono state valutate l'acuità visiva, tono endoculare, foto fundus, fluorangiografia, oct sono stati eseguiti prima dell'intervento e a 1, 3, 6, mesi dopo il trattamento. **Risultati:** in tutti i pazienti si è riscontrato una riduzione dello spessore foveale e un miglioramento dell'acuità visiva. L'ipertono è sempre stato controllato con terapia medica. È stata valutata l'entità della risposta al trattamento e il timing di insorgenza di recidive. **Conclusioni:** il triamcinolone intravitreale garantisce buoni risultati anatomici e funzionali nel trattamento dell'edema maculare diabetico diffuso. L'entità della risposta al trattamento e il timing di insorgenza di recidive sembrano essere maggiormente correlati al dosaggio utilizzato.

C18 UTILIZZO DELLA RETINOTOMIA INFERIORE PER LA RISOLUZIONE DEI CASI COMPLICATI DI DISTACCO DI RETINA CON PROLIFERAZIONI VITREO-RETINICHE

C. Mariotti, S. Salvolini, F. Viti, M. Paci
Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Oculistica

Obiettivo: efficacia della retinotomia inferiore per 180° nei distacchi di retina con vitreopatia proliferante in relazione ai nuovi tamponamenti pesanti. **Materiali e metodi:** 21 occhi sono stati sottoposti a retinotomia inferiore per 180° per distacco di retina inferiore con PVR. In tutti è stato rimosso il PDMS dopo 3 mesi. Altri 8 occhi sono stati tamponati con olio di silicone pesante rimosso dopo 3 mesi. **Risultati:** un occhio tamponato con PDMS ha presentato recidiva di DR con PVR. Quattro pazienti trattati con mezzi di tamponamento pesante hanno presentato recidiva di PVR con fori retinici superiori, un caso di severo ipertono oculare. **Conclusioni:** l'utilizzo della retinotomia inferiore nei distacchi di retinotrazionali nella nostra esperienza rappresenta la metodica più efficace e di più semplice esecuzione rispetto all'uso dei mezzi di tamponamento pesante favorevoli le proliferazioni vitreo-retiniche superiori.

C19 MICROFACOEMULSIFICAZIONE CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE IN PAZIENTI CON CATARATTA ED EDEMA MACULARE DIABETICO

G. Neri, V. Volante, C. Masini, A. Mascia, B. Moretti, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare l'efficacia della microfacoemulsificazione con iniezione intravitreale di triamcinolone (ivTA) in diabetici con cataratta ed edema maculare clinicamente significativo (CSMO). **Tipo di studio:** serie prospettica di casi. **Materiali e metodi:** 15 pazienti sottoposti a microfacoemulsificazione della cataratta con impianto di IOL ed iniezione di 4 mg di

ivTA. I pazienti sono stati sottoposti ad 1, 3 e 6 mesi a misurazione della acuità visiva e misurazione dello spessore maculare centrale (CMT) con l'OCT. **Risultati:** 15 pazienti mostravano, dopo 6 mesi, un miglioramento della acuità visiva di 2 o più linee. A tutti i controlli lo spessore maculare si dimostrava ridotto rispetto al preoperatorio. Non si è verificata nessuna complicanza. **Conclusioni:** la microfacoeulsificazione con iniezione intravitreale di triamcinolone si è dimostrata una tecnica sicura ed efficace nella gestione del paziente diabetico con cataratta ed edema maculare.

C20 MICROFACOEULSIFICAZIONE BIMANUALE CON IMPIANTO DILENTE ACRISMART 46S COMBINATA ALLA CHIRURGIA VITREORETINICA

A. Pupino, L. Campi, C. Masini, S. Pelloni, G.M. Cavallini

Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo: valutare l'efficacia e la sicurezza di questa nuova tecnica chirurgica combinata a vitrectomia in occhi con cataratta clinicamente evidente e una patologia vitreoretinica. **Materiali e metodi:** in 16 pazienti con cataratta clinicamente rilevante da sottoporre ad intervento di vitrectomia è stata eseguita una microfacoeulsificazione bimanuale con impianto di Acrismart 46S nel sacco capsulare contestualmente a una vitrectomia standard a 3 vie. La patologia vitreoretinica prevalente è stata il DR regmatogeno o trazionale. **Risultati:** l'impianto della IOL è avvenuto nel sacco capsulare integro, senza complicanze intraoperatorie. I controlli successivi a 1 settimana, 1 mese e 3 mesi hanno mostrato un recupero visivo significativo in tutti i casi. La perdita endoteliale media è stata del 10,10%. **Conclusioni:** la tecnica di microfacoeulsificazione bimanuale si è dimostrata efficace e sicura anche in combinazione con l'intervento di vitrectomia. La Acrismart 46S permette un'ottima visibilità del fondo durante la vitrectomia e una grande manovrabilità, senza glare o bagliori fastidiosi al chirurgo.

C21 ENDOCHIRURGIA NELLA OCCLUSIONE VENOSA DI EMIRETINA

M.A. Rigamonti, O. Beccaria

Struttura Complessa di Oculistica, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'efficacia e gli eventuali complicanze della endochirurgia della occlusione venosa di emiretina. **Materiali e metodi:** 6 occhi di 6 pazienti che presentavano occlusione venosa di emiretina sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di vitrectomia, peeling di ILM e neurotomia ottica radiale nel settore nasale. La valutazione pre e postoperatoria comprendeva esame obiettivo oculare, fluorangiografia retinica ed OCT. **Risultati:** il decorso postoperatorio ha evidenziato una riduzione persistente dell'edema maculare associato ad un lieve miglioramento dell'acutezza visiva. Non sono state evidenziate significative complicanze. **Conclusioni:** i risultati anatomici e funzionali depongono per una relativa efficacia di tale procedura chirurgica multipla in questo particolare tipo di occlusione venosa retinica.

C22 ELETTORETINOGRAMMA DELLA REGIONE MACULARE IN RISPOSTA A STIMOLI SPECIFICI DEI CONI NELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

A.M. Minnella, L. Ziccardi, G. Stifano, L. Montrone, G. Iarossi, S. Aliberti, A. Scupola, B. Falsini

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo: quantificare le risposte maculari dei con L- ed M- nella degenerazione maculare legata all'età (ARM). **Metodi:** elettoretinogrammi (ERGs) maculari in risposta ad uno stimolo flicker di 41 Hz, modulato in controfase su campo uniforme (18°) rosso(R)-verde(V), con color ratio di luminanza (R/R+G) corrispondente ai punti di sostituzione silente per i con L- ed M- (Coni L-: 0,78; Coni M-: 0,46), in 18 pazienti con ARM, acuità visiva >20/40 e visione dei colori normale, e in 15 controlli. Valutate ampiezza e fase della 1F dell'ERG. **Risultati:** i pazienti mostravano una perdita in ampiezza dei con L- e M- (rispettivamente 48% e 25%, p<0,05), le risposte dei con M- ma non dei con L- mostravano un ritardo della fase (di 100°, 6,5 millisecondi, p<0,01). Le perdite medie delle risposte dei con L- erano maggiori (p<0,05) delle corrispondenti dei con M-. **Conclusioni:** sebbene le risposte generate sia dai con L- che dai con M- sono in media ridotte nell'ARM, lo studio mostra, la possibilità di riduzione selettiva nella risposta dei con L-. I ritardi della fase dei con M- rispecchiano anomalie post-recettoriali.

C23 MONITORAGGIO DELLA DISFUNZIONE RETINICA NEI FORI MACULARI IDIOPATICI (IMH) MEDIANTE ELETTORETINOGRAMMA FOCALE (FERG): CRITERI COMBINATI DI AMPIEZZA E FASE

A.M. Minnella, L. Montrone, L. Ziccardi, G. Stifano, M. Piccardi, G. Zinzanella, L. Mosca, B. Falsini

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo: valutare il potenziale valore clinico del FERG in risposta ad uno stimolo flicker, nel monitoraggio delle disfunzioni retiniche associate a fori maculari idiopatici. **Metodi:** stimoli a 41 Hz registrati in macula (18°) su un background adattante in 40 pazienti con IMH stadio II (n = 10), III (n = 13), IV (n = 17) e 38 controlli età correlati. Risposta della 1F del FERG

quantificata in ampiezza e fase. È stato calcolato un indice (FERG index), combinando ampiezza e fase del FERG, valutante la deviazione dal valore normale espressa come deviazioni standard. **Risultati:** in tutti i pazienti il valore medio del FERG index era significativamente maggiore di 2 ($p < 0,05$). Nei singoli soggetti la sensibilità del test risultava tra 95% (stadio II) e 100% (stadio IV), specificità 95%. Non si trovava correlazione significativa tra FERG index e dimensioni del foro o acuità visiva; il FERG index aumentava all'incremento dell'età dei pazienti ($p < 0,05$). **Conclusioni:** Il FERG index può rilevare le disfunzioni retiniche precoci associate a IMH, adiuvando il monitoraggio della progressione e la valutazione dell'efficacia dei trattamenti.

- C24** **CICLOSPORINA TOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE CONGIUNTIVITI PRIMAVERILI**
 G.F. Bellizzi*, U. Propoli*, G. Rizzo*, M. Bellizzi*, L. Spadavecchia**, P. Fanelli**, L. Armenio**
 * Dipartimento di Oftalmologia & Orl, U.O. Oftalmologia II, Università degli Studi di Bari
 ** Dipartimento di Biomedicina dell'età evolutiva, U.O. Pediatria III, Università degli Studi di Bari

Scopo: valutazione dell'efficacia clinica e tollerabilità di un collirio a base di ciclosporina A per il trattamento di cheratocongiuntiviti Vernal in età pediatrica non rispondenti ad altre terapie. **Materiali e metodi:** 189 bambini trattati con ciclosporina A soluzione 1,25% in lacrime artificiali. Diagnosi di Vernal posta in base ai dati anamnestici ed obiettivi: dosaggio Ig, eosinofilia, ECP, scraping test congiuntivale e citologia, prick test, Schirmer test, valutazione segmento anteriore, compilazione di diario-score clinico e sintomatologico giornaliero. Studio condotto in doppio cieco con successiva valutazione dello score soggettivo ed obiettivo sintomatologico, posologia di 4 instillazione/die per 4 mesi. Follow-up: 4 settimane e 4 mesi con visione scores. **Risultati:** il trattamento ha determinato un netto miglioramento clinico già dopo 2 settimane con significativa riduzione degli scores sintomatologici e della flogosi attraverso negativizzazione dell'eosinofilia congiuntivale. Nessun effetto secondario o collaterale riscontrato o riferito durante la durata del trattamento; conta delle cellule endoteliali invariata e ciclosporinemia assente. **Conclusioni:** la ciclosporina topica si è rivelata un farmaco eccellente nella terapia di congiuntivite Vernal, per l'efficacia clinica e tollerabilità tissutale con associabilità, migliorante la qualità di vita dei pazienti interessati.

- C25** **I TEMPI DI REAZIONE A STIMOLI VISIVI**
 G. Nuzzi*, S. Rossi*, L. Riggio**
 * Dipartimento di Scienze Otorino-Odonto-Oftalmologiche e Cervico-Facciali, Sezione di Oftalmologia, Università degli Studi di Parma
 ** Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Fisiologia Umana, Università degli Studi di Parma

Obiettivo: misurare i tempi di reazione (TR) a stimoli visivi in soggetti ambliopi e normali. **Metodi:** sono stati esaminati nove soggetti ambliopi con corrispondenza retinica anomala (casi), e nove soggetti normali (controlli). Un PC generava gli stimoli visivi su un monitor da 14", e registrava le risposte. Un programma appositamente studiato variava le dimensioni degli stimoli, la durata della presentazione in ms, ed il controllo della fissazione. Sono state analizzate le risposte monoculari dell'occhio normale, dell'ambliope, del dominante, del non dominante, e le risposte in visione binoculare. **Risultati:** in tutti i casi i TR sono risultati inversamente proporzionali alla dimensione dello stimolo ($p < 0,001$). Nel gruppo dei Casi i TR allo stesso stimolo sono risultati più lunghi nell'occhio ambliope rispetto al dominante ($p < 0,001$), e rispetto alla visione binoculare ($p < 0,001$). Non sono stati registrati fenomeni di sommazione. **Conclusioni:** l'analisi dei TR a stimoli visivi potrebbe rivelarsi un utile mezzo per la diagnosi e lo studio dell'ambliopia. L'estensione del protocollo sperimentale a soggetti in età prescolare potrà valutare l'applicazione clinica del test nella diagnosi precoce delle alterazioni sensoriali.

- C26** **STENOSI CONGENITA DEL DOTTO NASO-LACRIMALE: INDICAZIONI E TIMING TERAPEUTICO**
 C. Chiesi*, D. Palmieri*, R. Pignatti Morano**, G. Guaraldi*, G.M. Cavallini*
 * Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena
 ** Servizio di Anestesia e Rianimazione, Policlinico di Modena

Obiettivo: scopo del lavoro è quello di meglio definire i criteri diagnostici e le strategie terapeutiche in caso di ostruzione congenita del dotto nasolacrimale. **Materiale e metodi:** sono stati retrospettivamente valutati 2992 pazienti trattati presso il nostro Ambulatorio di Oftalmologia Pediatrica dal 1990 al 2005. Età media al primo controllo 5,3 mesi. È stata sempre eseguita terapia antibiotica topica, associata o meno, a seconda dei sintomi e dell'età, a sondaggio della via lacrimale, con o senza ausilio di anestesia generale. **Risultati:** il 38,6% dei pazienti è guarito con l'uso della sola terapia antibiotica locale, mentre un timing adeguato del sondaggio ambulatoriale ha ridotto la percentuale di sondaggi in anestesia generale (dal 49% al 23,5%). Dal 1994 usiamo una tecnica anestesiológica basata sull'uso di Ketamina e Midazolam senza necessità d'intubazione oro-tracheale, che è risultata sicura e vantaggiosa. I dati mostrano un rapporto diretto tra età d'intervento e rischio d'insuccesso al primo tentativo. **Conclusioni:** i migliori risultati si ottengono con una stretta collaborazione tra oculista, pediatra ed anestesista, al fine di poter modulare al meglio nel tempo le varie possibilità terapeutiche.

- C27 CONGIUNTIVODACRIOCISTORINOSTOMIA CON IMPIANTO DI TUBO DI JONES**
 M. delle Grottaglie, G. Carlevaro, P. Mainardi
U.O. Oculistica, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano
Obiettivo: analizzare l'efficacia dell'intervento di congiuntivodacriocistorinostomia con impianto di Tubo di Jones in pazienti affetti da ostruzione delle vie lacrimali a livello canalicolare. **Materiali e metodi:** vengono analizzati i risultati ottenuti in 12 pazienti sottoposti presso la nostra Struttura ad intervento di congiuntivodacriocistorinostomia con tubo di Jones per ostruzione canalicolare di varia origine (idiopatica, congenita, infiammatoria ecc.). **Risultati:** un significativo miglioramento dell'epifora è stato ottenuto nel 75% dei casi. Le complicanze tuttavia sono frequenti e sono collegate per lo più ad estrusione o malposizionamento del tubo di Jones; in alcuni casi è segnalato fastidio soggettivo. **Conclusioni:** la congiuntivodacriocistorinostomia con tubo di Jones rappresenta il trattamento elettivo per le ostruzioni canalicolari in quanto è in grado di ottenere significativo miglioramento della epifora anche se la percentuale di complicanze risulti rilevante e possa talora richiedere un reintervento.
- C28 REVISIONE DI CAVITÀ ANOFTALMICA MEDIANTE L'UTILIZZO DI INNESTO DERMO-GRASSOSO**
 M. delle Grottaglie, G. Carlevaro, P. Mainardi
U.O. Oculistica, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano
Obiettivo: valutare l'efficacia dell'intervento di revisione della cavità anoftalmica mediante l'impiego di innesto dermo-grassoso. **Materiali e metodi:** abbiamo sottoposto 8 pazienti, già precedentemente enucleati per varie patologie e che presentavano anomalie della cavità anoftalmica tali da impedire un corretto posizionamento della protesi, ad intervento di revisione della cavità anoftalmica stessa mediante l'impiego di lembo dermo-grassoso autologo prelevato dalla regione glutea, talora associato a ricostruzione dei fornici congiuntivali. **Risultati:** l'intervento ha consentito nella maggioranza dei casi un corretto riposizionamento della protesi. **Conclusioni:** il vantaggio dell'impiego di un materiale autologo consiste nell'evitare i rischi inerenti all'impiego di bio-materiali mentre le limitazioni sono legate alla imprevedibilità delle variazioni volumetriche del grasso impiantato.
- C29 READING EFFICIENCY INDEX: UN NUOVO PUNTEGGIO PER LA VALUTAZIONE DEL CAMPO UTILE NELLE ATTIVITÀ VISIVE PER VICINO. QUALE GRIGLIA?**
 A. Brombin, L. Bussolari, G. Delvecchio, P. Ducange
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena
Obiettivo: dimostrare che una maggiore densità di punti testa nell'area di 10° centrali ne migliora la sensibilità e la specificità.
Materiali e metodi:
 - Gruppo A: 20 soggetti con deficit campimetrico centrale e/o paracentrale interessante un solo occhio, con occhio controlaterale sano.
 - Gruppo B: 20 soggetti con deficit campimetrico centrale e/o paracentrale bilaterale.
 - Gruppo C: 20 soggetti sani.
 A ciascun soggetto si esegue:
 1. visita oculistica completa.
 2. test per la valutazione della capacità di lettura (Ottotipo MNREAD)
 3. test (detection test) per la valutazione della capacità di individuare particolari di un oggetto a distanza ravvicinata.
 4. esame campimetrico con programma 24-2 e 10-2 del perimetro HFA.**Risultati:** complessivamente la griglia 10-2 permette di ottenere una maggiore correlazione con alcuni dei parametri della MNREAD, rispetto alla griglia 24-2. **Conclusioni:** la griglia 10-2 si è rivelata preferibile rispetto alla griglia 24-2 per quegli occhi che presentavano scotomi che ostacolavano la fissazione centrale.
- C30 ANALISI MUTAZIONALE DEL GENE RB1 IN 35 PAZIENTI ITALIANI CON RETINO-BLASTOMA: CASI PARTICOLARI DI CONSULENZA GENETICA**
 T. Hadjistilianou¹, K. Sampieri², F. Mari², C. Speciale², M.A. Mencarelli², F. Cetta³, S. Manoukian⁴, B. Peissel⁴, D. Giachino⁵, B. Pasini⁶, A. Acquaviva⁷, A. Caporossi¹, R. Frezzotti⁸, M. Bruttini², A. Renieri²
 1. Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università di Siena
 2. Genetica Medica, Dipartimento di Biologia Molecolare, Università di Siena
 3. Dipartimento di Chirurgia, Università di Siena
 4. Genetica Medica, Oncologia Sperimentale, Istituto Nazionale Tumori, Milano
 5. SSD Genetica Medica, ASO San Luigi Orbassano, Torino
 6. Dipartimento di Genetica, Biologia e Biochimica, Università di Torino
 7. Dipartimento di Pediatria, Università di Siena
 8. Professore Emerito, Università di Siena

Obiettivo: analisi mutazionale del gene RB1 in pazienti italiani affetti da retinoblastoma pervenuti per consulenza genetica presso la Genetica Medica di Siena. **Materiali e metodi:** 35 pazienti: 7 casi bilaterali familiari, 2 unilaterali familiari, 13 bilaterali sporadici e 13 unilaterali sporadici. Il DNA dei pazienti e dei genitori è stato estratto da sangue periferico mediante il metodo fenolo/cloroformio e analizzato mediante SSCP. **Risultati:** mutazioni costitutive in RB1 sono state identificate in 13 casi (6 familiari e 7 sporadici). Alcuni casi di particolare interesse vengono affrontati dettagliatamente: un caso di penetranza incompleta, un caso di espressività variabile, casi di tumori multipli. Grazie al recupero del DNA da una banca di sangue cordonale, è stata identificata la mutazione in un paziente deceduto e definito il rischio di ricorrenza nella famiglia. **Conclusioni:** lo spettro mutazionale, con predominanza di mutazioni nonsense, frameshift e di splicing, riflette i dati della letteratura. Il ritrovamento della mutazione in RB1 nei 13 casi ha permesso di: 1) identificare familiari a rischio per lo sviluppo di tumori secondari 2) definire l'esatto rischio di ricorrenza 3) offrire un test prenatale.

C31 LA PACHIMETRIA NELL'INFANZIA

M. Illiano*, A. Menna*, M. Fortunato**

* Servizio di Oftalmologia Pediatrica, Ospedale 'SS. Annunziata' A.S.L. NA. I, Napoli

** Divisione Oculistica, Ospedale Bambin Gesù, Roma

Obiettivo: determinare i normali valori dello spessore corneale centrale (CCT) nei bambini. **Materiali e metodi:** abbiamo esaminato 160 occhi di 80 bambini di età compresa tra 6 mesi e 16 anni. **Risultati:** il valore medio dello spessore corneale centrale (CCT) ottenuto è 551,1 µm. I valori medi del CCT suddiviso per fascia di età sono i seguenti: 538, 3 µm tra 6 e 24 mesi; 546,6 µm tra 2 e 5 anni, 565,4 µm tra 5 e 9 anni; 554,2 µm tra 9 e 16 anni. **Conclusioni:** Lo spessore corneale centrale nei bambini, aumenta fino all'età di 5-9 anni, quando raggiunge i fisiologici valori pachimetrici dell'adulto.

C32 MANIFESTAZIONI OCULARI DELLA MALATTIA DI FABRY. RISULTATI DEL FOS (FABRY OUTCOME SURVEY)

A. Sodi*, L. Vannozzi*, A. Ioannidis**, S. Pitz***, U. Menchini*

* Clinica Oculistica Firenze

** Department of Ophthalmology, Royal Free Hospital, London (Gran Bretagna)

*** Department of Ophthalmology, University of Mainz (Germania)

Obiettivo: descrivere le alterazioni oculari dei pazienti del FOS (Fabry Outcome Survey), un database che raccoglie i pazienti europei affetti da malattia di Fabry, una rara malattia metabolica ereditaria X-linked. **Materiali e metodi:** centosettantatre pazienti sono stati sottoposti a visita oculistica completa, con particolare riguardo a cristallino, cornea, vasi congiuntivali e retinici. **Risultati:** depositi corneali (cornea verticillata) sono stati rilevati nel 76.9% delle femmine eterozigoti e nel 73.1% dei maschi emizigoti; la tipica cataratta di Fabry ("a ruota di carro") è stata osservata nel 9.8% delle femmine e nel 23.1% dei maschi. La tortuosità dei vasi è stata riscontrata nel 21.9% delle femmine e nel 48.7% dei maschi. Alcune alterazioni possono comparire anche prima dei 10 anni. La tortuosità dei vasi è associata ad una più rapida progressione delle alterazioni cardiache e renali. **Conclusioni:** la cornea verticillata è l'alterazione oculare più frequente nei pazienti Fabry. La tortuosità dei vasi può avere un valore predittivo riguardo al coinvolgimento sistemico.

C33 TRATTAMENTO DELL'ORBITOPATIA BASEDOWIANA MEDIANTE DECOMPRESSIONE ORBITARIA DELLA PARETE LATERALE PROFONDA. DESCRIZIONE E RISULTATI DI UNA TECNICA A BASSISSIMO RISCHIO DI STRABISMO

D. Surace*, L. Caretti**, A. Galan**

* UOS di Chirurgia Orbito-Palpebrale, Ospedale Sant'Antonio, Padova

** UOC di Oculistica, Ospedale Sant'Antonio, Padova

Scopo: descrizione della tecnica operatoria e valutazione dei risultati. **Materiali e metodi:** negli ultimi 2 anni e mezzo abbiamo eseguito su 29 pazienti una serie di 42 interventi di decompressione della parete laterale profonda (DLWD - Deep Lateral Wall Decompression), associando adipectomia orbitaria e/o decompressione della parete mediale per via transcranolare, a seconda dell'entità della proptosi. L'intervento è stato eseguito attraverso un'incisione della palpebra superiore, fresando le aree di maggior spessore della parete ossea. Abbiamo valutato la riduzione della proptosi, l'insorgenza di strabismo post-operatorio dei pazienti e comparato i risultati della sola DLWD con quelli derivanti dall'associazione con l'adipectomia e la decompressione mediale. **Risultati:** nella nostra serie la DLWD appare essere efficace nella riduzione della proptosi (valori medi da 3.4 a 4.5 mm) e non ha indotto diplopia post-operatoria di nuova insorgenza. **Conclusioni:** la DLWD sembra essere, in accordo con recenti lavori della letteratura, una più che valida alternativa all'approccio tradizionale infero-mediale o "bilanciato", considerando la sua efficacia, il basso numero di complicanze e l'accesso "estetico".

C34 DIFFERENZE NELLE RISPOSTE ELETTRORETINOGRAFICHE DEI CONI L- E M- IN PAZIENTI CON ATASSIA SPINO-CEREBELLARE (SCA), IN ASSENZA O IN PRESENZA DI SINTOMATOLOGIA VISIVA MINIMA

G. Iarossi, G. Stifano, L. Montrone, L. Ziccardi, P. Piscopo, M. Masciullo, G. Silvestri, E. Balestrazzi, B. Falsini

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo: valutare le risposte dei cono L- ed M- in pazienti con SCA, con sintomatologia visiva minima o assente. **Metodi:** elettroretinogrammi maculari in risposta a stimolo flicker di 41 Hz, in controfase su campo uniforme (18° rosso(R) verde(V), color ratio di luminanza (R/R+G) corrispondente ai punti di sostituzione silente per i cono L- e M- (Cono L-:0,78; Cono M-:0,46) in 11 pazienti con SCA 2 autosomica dominante, 9 con SCA autosomica recessiva e 15 controlli. I pazienti presentavano acuità visiva normale, difetti nella visione dei colori moderati (Error Score 4-9) al test Farnsworth D-15 desaturato. Valutate ampiezza e fase della 1F. **Risultati:** i pazienti SCA 2 e SCA autosomica recessiva mostravano una riduzione dell'ampiezza media dell'ERG dei cono L- e M- (35%, $p < 0,05$). Le risposte dei cono M-, ma non degli L-, mostravano un ritardo di fase (di 90°, 6,5 millisecondi, $p < 0,01$). Le perdite dei cono L- dei pazienti erano negativamente correlate ($p < 0,05$) con l'Error Score. **Conclusioni:** esiste una anomalità dei cono L- e M- nei fenotipi SCA che ipotizza una disfunzione subclinica dei cono in assenza di sintomi visivi.

C35 LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA DESCOMETICA E PREDESCOMETICA NEL CHERATOCONO. RISULTATI VISIVI A LUNGO TERMINE

L. Fontana, G. Parente, G. Tassinari

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo dello studio: valutare il recupero visivo a lungo termine in pazienti con cheratocono evoluto, sottoposti ad intervento di cheratoplastica lamellare profonda (DALK) mediante tecnica Big Bubble. **Metodi:** studio prospettico longitudinale condotto su 30 pazienti affetti da cheratocono evoluto sottoposti ad intervento di DALK Big Bubble. In 19 pazienti (gruppo 1) la separazione tra Descemet e stroma è stata ottenuta mediante iniezione di aria mentre in 11 (gruppo 2) è stata eseguita una dissezione manuale intrastromale con esposizione di un piano predescemetico. **Risultati:** la BSCVA media ($\pm 1SD$) nel gruppo 1 era 0.218 (± 0.127) prima dell'intervento e 0.85 (± 0.16) a 18 mesi dopo l'intervento. Nel gruppo 2 la BSCVA preoperatoria era 0.25 (± 0.138) e 0.822 (± 0.1) dopo l'intervento. Differenza in BSCVA tra i gruppi non significativa ($p > 0.05$). La percentuale di pazienti con BSCVA > 0.7 è risultata 81.8% nel gruppo 1 e 66.7% nel gruppo 2 (Chi quadro $p = 0.025$). **Conclusioni:** l'acuità visiva media postoperatoria è risultata comparabile nei due gruppi. La percentuale di pazienti con acuità visiva migliore è risultata superiore nei pazienti in cui è stata ottenuta la completa esposizione della membrana di Descemet.

C36 CONFRONTO TRA CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA E CHERATOPLASTICA PERFORANTE NEL TRATTAMENTO DEL CHERATOCONO

A. Sbabo, R. Frisina, M. Passilongo, E. Pedrotti, G. Marchini

Clinica Oculistica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università degli Studi di Verona

Obiettivo: confrontare la cheratoplastica lamellare profonda (DLKP) e la cheratoplastica perforante (PKP) per il trattamento del cheratocono in termini di funzione visiva e caratteristiche morfostrutturali. **Materiali e metodi:** 40 occhi di 37 pazienti affetti da cheratocono sono stati divisi in due gruppi (20 occhi) sottoposti rispettivamente a DLKP e PKP. Durante il follow up di 24 mesi sono stati valutati refrazione, sensibilità al contrasto, profilo topografico, conta endoteliale, spessore corneale, durata della terapia corticosteroidica e complicanze. **Risultati:** a 24 mesi tutti i parametri valutati non hanno mostrato differenze statisticamente significative, eccetto che per la conta endoteliale dove si sono registrati valori di $2449,78 \pm 485,58$ (1838-3184) per la DLKP e di $1567,14 \pm 433,09$ (606-2169) per la PKP. La terapia corticosteroidica è risultata più lunga e il tasso di complicanze maggiori nel gruppo sottoposto a PKP. **Conclusioni:** vista la sovrapposibilità dei risultati funzionali riteniamo che la DLKP sia la procedura d'elezione nel trattamento del cheratocono in quanto garantisce un maggior patrimonio endoteliale, richiede una più breve terapia corticosteroidica post-operatoria e riduce il rischio di complicanze.

C37 MODIFICAZIONI DELL'ENDOTELIO CORNEALE DOPO TRAPIANTO PERFORANTE DI CORNEA IN PAZIENTI AFFETTI DA CHERATOCONO

G. Parente*, S. Primitivo*, A. Zerbinati**, L. Fontana*, G. Tassinari*

* *Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna*

** *Banca delle Cornee dell'Emilia-Romagna, Ospedale Maggiore, Bologna*

Scopo: valutare le variazioni nel tempo della densità endoteliale, in pazienti operati di cheratoplastica perforante per cheratocono. **Metodi:** studio retrospettivo su 15 pazienti affetti da cheratocono, di età compresa tra 20 anni a 62 anni, per un totale di 79 occhi, ed operati

di cheratoplastica perforante. È stata valutata la densità endoteliale preoperatoria e post operatoria ad intervalli di 6 mesi. **Risultati:** la densità endoteliale preoperatoria media (\pm 1DS) era di 2657.2 (SD 268.6) cellule/mm². La perdita endoteliale percentuale maggiore si è verificata nei primi sei mesi dal trapianto 39.5%. Dopo un anno la perdita era del 40.9% e dopo due anni del 49%, con una perdita annuale tra il primo e secondo anno dell'8.1%. **Conclusioni:** la perdita endoteliale maggiore si verifica nei primi sei mesi dopo trapianto di cornea ed è dovuta principalmente al trauma chirurgico. In seguito la perdita endoteliale rallenta con un calo annuale dell'8%.

C38 RUOLO DELL'APPLICAZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA DURANTE INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA PERFORANTE: NOSTRA ESPERIENZA

F. Passani, R. Martini, V. Pianini
U.O. Oculistica ASL 1, Massa e Carrara

Obiettivo: valutazione del decorso postoperatorio dopo cheratoplastica perforante e dopo cheratoplastica perforante associata ad applicazione di membrana amniotica. **Materiali e metodi:** sono stati effettuati 10 interventi di PK (gruppo A) e 20 interventi di PK associata ad impianto di membrana amniotica (gruppo B). Il lembo è stato esaminato a 3,15,30, giorni,3,6 mesi mediante esame alla lampada a fessura e foto. Sono state effettuate pachimetria e conta endoteliale non a contatto a 15 giorni, a 1 e 3 mesi. **Risultati:** Gruppo A: camera anteriore bassa (Seidel positivo) in 1 caso; 3 casi di cheratopatia puntata superficiale; non evidenti pieghe della Descemet nel 60% dei casi. Spessore corneale medio a 15 giorni 678 \pm 40 microns, a 1 mese 597 \pm 24 microns, a 3 mesi 530 \pm 34 microns; Conta endoteliale a 15 giorni 2319 c/mm², a 1 mese 1715 c/mm², a 3 mesi 1681 c/mm². 1 caso di rigetto a 6 mesi. Gruppo B: profondità della camera anteriore sempre mantenuta (Seidel negativo); non segni di sofferenza endoteliale né aree di disepitelizzazione; non evidenti pieghe della Descemet nell'85% dei casi; Spessore corneale medio a 15 giorni 699 \pm 12 microns, a 1 mese 568 \pm 17 microns, a 3 mesi 488 \pm 20 microns; Conta endoteliale a 15 giorni 2109 c/mm², a 1 mese 1676 c/mm², a 3 mesi 1519 c/mm², nessun caso di rigetto a 6 mesi. Diminuzione spessore corneale in 3 mesi (rispetto allo spessore iniziale): 21% Gr. A, 30% Gr. B. Riduzione cellularità endoteliale: 27,5% Gr. A, 28% Gr. B. **Conclusioni:** l'associazione di PK e applicazione di membrana amniotica sembra garantire un miglior mantenimento della camera anteriore, una rapida riepitelizzazione ed un rapido riassorbimento dell'edema del lembo. Non sembra invece influenzare la variazione del numero di cellule endoteliali.

C39 LA CORNEA NELLA SINDROME DI SJÖGREN: VALUTAZIONI MORFOLOGICHE IN VIVO MEDIANTE MICROSCOPIA CONFOCALE

E. Villani, F. Viola, R. Ratiglia
Clinica Oculistica, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Fondazione IRCCS, Università degli Studi di Milano

Obiettivo: studiare in vivo le alterazioni della morfologia corneale nei pazienti affetti da Sindrome di Sjögren primaria (SSI) e secondaria (SSII). **Materiali e metodi:** sono stati studiati 35 pazienti affetti da Sindrome di Sjögren (SS), di cui 15 affetti da SSI e 20 affetti da SSII, e 20 soggetti sani di controllo. Mediante microscopia confocale sono stati valutati spessore e densità cellulare dei diversi strati corneali e le caratteristiche delle fibre nervose del plesso sub-basale. **Risultati:** gli spessori corneali e stromale centrali erano significativamente ridotti nei pazienti affetti da SS rispetto ai controlli ($P < 0.0001$; t-test). I pazienti affetti da SS mostravano una minor densità delle cellule epiteliali superficiali ($P < 0.0001$) ed una maggior densità delle cellule epiteliali basali ($P < 0.0001$). Nei pazienti affetti da SS è stata riscontrata una riduzione del numero di nervi visibili nel singolo fotogramma ($P < 0.0001$) ed un aumento della tortuosità delle fibre ($P < 0.0001$). Non sono state trovate differenze statisticamente significative tra i gruppi SSI e SSII. **Conclusioni:** nei pazienti affetti da SS è possibile apprezzare in vivo, tramite microscopia confocale, significative alterazioni del plesso nervoso sub-basale e dello spessore e della cellularità dei diversi strati corneali.

C40 [Comunicazione ritirata]

C41 PRESSIONE INTRAOCULARE DOPO CHIRURGIA REFRATTIVA: CONFRONTO TRA TONOMETRIA PASCAL A CONTORNO DINAMICO E GOLDMANN AD APPLANAZIONE

M. Azzolini, M. Sborgia, P. Radice
Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

Scopo: paragonare le misurazioni ottenute con tonometria Pascal e Goldmann dopo chirurgia refrattiva, in relazione alla pachimetria ed al potere diottrico corneali. **Materiali e metodi:** abbiamo osservato 75 occhi precedentemente sottoposti a chirurgia refrattiva di superficie per ametropie miopiche. Sono stati eseguiti prima e dopo l'intervento i seguenti test: valutazione clinica dell'haze, pachimetria ultrasonica centrale (DGH2000, DGH Technology), topografia corneale (Corneal Map, CSO), tonometria ad applanazione e con tonometro a profilo dinamico (Pascal). **Risultati:** pachimetria media preoperatoria 532.6 μ (range 495-623,

mediano 530); pachimetria media postoperatoria 427 μ (range 382-491, mediano 460). Potere corneale centrale medio preoperatorio (ottenuto dalla topografia corneale): 44.29D, postoperatorio 38.78D. Pressione intraoculare media preoperatoria 15.1 mmHg (range 10-21, mediano 16) con tonometria Goldmann, 18.8 mmHg (range 11-25, mediano 19) con Pascal. Pressione intraoculare media postoperatoria rispettivamente 11.2 mmHg (range 6-19, mediano 11) e 19.1 mmHg (range 10-28, mediano 19). **Conclusioni:** non abbiamo riscontrato correlazione tra la tonometria Goldmann e Pascal né preoperatoria né postoperatoria. La tonometria Pascal postoperatoria si avvicina molto di più ai valori preoperatori rispetto alla tonometria ad applanazione.

C42 CORREZIONE ASTIGMATISMO IPERMETROPICO CON LASER INPRO ULTIMA GENERAZIONE: TECNICA A POLI: NOSTRA ESPERIENZA

A. Laborante*, U. Merlin**

* Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

** Centro Oculistico Prof. U. Merlin, Rovigo

Obiettivo: valutare la modalità di correzione dell'astigmatismo ipermetropico con tecnica a poli, in particolare di quello medio-elevato (tecnica a 2 e a 3 poli). **Materiali e metodi:** la nostra casistica consta di 2 gruppi: 1° gruppo 40 occhi pazienti di età compresa tra 21-57 anni con astigmatismo compreso tra 1-3 diottrie; 2° gruppo 25 occhi pazienti di età compresa tra 21-41 anni ed astigmatismo compreso tra -5.5 diottrie. Si utilizza un laser Inpro di ultima generazione che con sistema "broad-beam". **Risultati:** tale tecnica ha permesso di ottenere percentuali di correzione totale nel 85% dei casi, residuo refrattivo tra 0,5 e 0.75 diottria nel 10% e tra 1 e 1.25 diottrie nel 5% del 1° gruppo e percentuali di correzione totale nel 75% dei casi, tra 0,5 e 0,75 diottrie nel 15% e tra 1 e 1,25 diottrie nel 10% del 2° gruppo. In entrambi i gruppi sia la BCVA che la UCVA in un follow-up di 1 aa è uguale o migliorato di 1-2 linee. Tecnica sicura ed efficace, ottimi risultati lavorando solo sulla porzione periferica della cornea e solo sul meridiano meno refrattivo.

C43 LA BIOMETRIA DOPO IMPIANTO DILENTE FACHICA GBR

P. Colosi, M. Napoli, S. Puliafico, N. Foti

Istituto di Oftalmologia, Università di Messina

Obiettivo: valutare l'eventuale interferenza di una lente fachica da camera anteriore di ultima generazione, la GBR, nei confronti del calcolo biometrico della IOL da impiantare in caso di intervento per cataratta. **Materiale e metodi:** abbiamo condotto uno studio su 48 pazienti sottoposti ad impianto di lente fachica GBR. Una prima biometria è stata eseguita insieme con gli altri esami preliminari all'idoneità del paziente all'impianto. Dopo un intervallo minimo di tre mesi dall'impianto, agli stessi pazienti e dallo stesso operatore, è stata ripetuta la biometria. Per il calcolo della IOL, come raccomandato dalla letteratura per occhi con lunghezza assiale >26 mm, abbiamo utilizzato la formula SRK-T. **Risultati:** le medie delle misure pre e postoperatorie sia della lunghezza assile (28.49 versus 28.51 mm) che del potere delle IOL (5.92 versus 5.91) hanno mostrato dati sovrapponibili. L'analisi statistica con l'analisi della regressione lineare dei valori delle IOL non ha evidenziato differenze significative. **Conclusioni:** il nostro studio, condotto sulle lenti fache da camera anteriore GBR che, a nostro avviso, costituiscono per caratteristiche tecniche, efficacia e sicurezza, l'opzione migliore nell'ambito di questo tipo di intervento, non ha dimostrato alcuna interferenza dell'impianto sui dati biometrici e sul conseguente calcolo delle IOL.

C44 STUDIO CLINICO DELLA CORREZIONE DEI VIZI REFRAATTIVI TRAMITE LASER ALLO STATO SOLIDO

M. Rossi, P. Garimoldi, R. Pinna, M. Schmidt, A. Aondio

Azienda Ospedaliera Ospedale, Busto Arsizio (VA)

Scopo: valutare efficacia e sicurezza della correzione dei vizi refrattivi con laser allo stato solido Katana LASERFOFT. **Materiali e metodi:** sono stati trattati 554 occhi (-2,32D \pm 2,96 [eq.sf. medio \pm DS]); i pazienti sono stati valutati dopo 1, 4, 15 e 45 giorni e dopo 3, 6 e 12 mesi dall'intervento. **Risultati:** dopo 45 giorni il 97% degli occhi ha mostrato una UCVA \geq 0,5, il 98% dopo 6 mesi, il 98% dopo 12 mesi. Prima dell'intervento l'84% degli occhi aveva una BCVA \geq 1,0; dopo 45 giorni il 70%, l'83% dopo 6 mesi, il 91% dopo 12 mesi. Il 2% degli occhi trattati ha perso più di 2 linee di BCVA dopo 6 mesi, nessuno dopo 12 mesi. Dopo 6 mesi la refrazione post-operatoria è risultata -0,01D \pm 0,14 e dopo 12 mesi 0,0D \pm 0,19; dopo 45 giorni i trattamenti di miopie > di 8D hanno mostrato una tendenza all'iper-correzione (P=0,0147). **Discussione:** i dati clinici dei pazienti trattati mostrano l'efficacia, sicurezza e stabilità dei trattamenti refrattivi dello strumento.

C45 UTILIZZO DI COLLA CIANACRILICA NELLA CHIRURGIA VITREO-RETINICA CON SISTEMA 25G. UN MODELLO SPERIMENTALE

S. Salvolini, C. Mariotti, F. Viti

Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Oculistica, Ancona

Obiettivo: valutare la tossicità, gli effetti collaterali e l'efficacia dell'utilizzo di una colla cianoacrilica nella chirurgia vitreo-retinica in modello animale. **Materiali e metodi:** Un gruppo di 6 conigli è stato sottoposto nell'occhio destro a vitrectomia parziale con sistema 25G e nel sinistro a perforazione con trocar 25G con prollasso vitreale. In entrambi gli occhi sulle sclerotomie è stata applicata colla chirurgica cianoacrilica in uso in altri tipi di chirurgie sull'uomo. I conigli sono stati valutati clinicamente a 7, 14 e 30 giorni sacrificandone 2 ad ogni osservazione ed analizzandone gli occhi con esame istologico. **Risultati:** il tipo di colla utilizzata risulta estremamente sicura ed efficace nella chirurgia vitreo-retinica con tecnica 25G. **Conclusioni:** l'utilizzo di questa colla nella chirurgia vitreoretinica mini-invasiva può ridurre ulteriormente le complicanze più frequenti.

C46 LA BIOMETRIA PER IOL FACHICA A SUPPORTO ANGOLARE

N. Dalla Pellegrina*, S. Morselli, R. Bellucci

*Unità Operativa Oculistica, Ospedale ed *Università di Verona*

Obiettivo: descrivere la propria procedura di biometria per IOL fachica a supporto angolare ed i risultati rifrattivi ed anatomici. **Materiali e metodi:** la refrazione viene valutata a pupilla normale ed in cicloplegia, dopo correzione accurata dell'astigmatismo. La lunghezza assiale e la profondità della camera anteriore vengono misurate con IOL Master. La curvatura corneale e la distanza bianco-bianco vengono misurate con il topografo corneale, e quest'ultima viene rimisurata intraoperatoriamente con un compasso verificato su un nonio con scala di 0.25 mm. Tre lentine di tre lunghezze diverse devono essere disponibili per ciascun impianto, il cui potere è calcolato dal produttore in base ai dati inviati. **Risultati:** i risultati refrattivi sono apparsi buoni, con un equivalente sferico + 1 diottria in 35 casi su 38. La misura bianco-bianco si è rivelata la meno precisa, con differenze anche superiori a 0.5 mm fra il preoperatorio (topografo) e l'intraoperatorio. **Conclusioni:** nella biometria per IOL fachica a supporto angolare, è importante verificare al tavolo operatorio la distanza bianco-bianco. I compassi chirurgici non sono affidabili, e suggeriamo un nonio in vetro con intervalli di 0.25 mm.

C47 CONFRONTO IN MICROSCOPIA CONFOCALE DI CORNEE SOTTOPOSTE A CHIRURGIA REFRAITTIVA CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT CON TECNICA EPILASIK E PRK - 6 MESI DI FOLLOW UP

P. Garimoldi, M. Rossi, M. Schmidt, P. Giorgi, A. Aondio

Ospedale di Circolo, Busto Arsizio (VA)

Obiettivo: confrontare le modificazioni istologiche corneali indotte dopo trattamento refrattivo con laser a diodi in occhi miopi con tecnica epilasik e PRK. **Metodi:** 80 occhi, 40 pazienti, miopia tra -2,75 e -8,5, sottoposti a chirurgia refrattiva con laser Katana Lasersoft. Tecnica epilasik in OD e PRK in OS. Esame con microscopio confocale pre intervento, dopo due ore, 5, 10, 30, 90, 180 giorni. **Risultati:** a 2 ore l'epitelio in epilasik presenta integrità anatomica. A 5 giorni si rileva epitelio neoformato analogo in entrambi i gruppi. Dal giorno 10 si osserva attivazione cheratocitica più marcata nel gruppo PRK (reflettività media dello stroma anteriore a 3 mesi: epilasik: 38, PRK: 61). **Conclusioni:** il processo di riepitelizzazione post intervento è analogo in epilasik e PRK. La tecnica epilasik sembra associarsi ad una minore attivazione cheratocitica e formazione di haze

C48 LONG TERM FOLLOW-UP OF MYOPIC FOVEOSCHISIS: NATURAL COURSE AND SURGICAL OUTCOME

D. Gaucher, B. Haouchine, P. Massin, A. Erginay, R. Tadayoni, A. Gaudric

Department of Ophthalmology, Hôpital Lariboisière, Paris (France)

Purpose: Myopic Foveoschisis (MF) may cause visual impairment in highly myopic patients. Natural course and surgical indications remain poorly documented. We studied cases of foveoschisis with long OCT follow up, to determine the natural history and the prognostic factors of the disease. **Methods:** 29 highly myopic eyes of 23 patients were studied retrospectively including OCT recordings. The mean follow-up was 33 months. 11 eyes underwent vitrectomy. **Results:** MF was associated with a preretinal structure in 44.8% of the eyes, with a foveal detachment in 34.5% and with a lamellar hole in 20.7%. During the follow-up, 20 eyes worsened their schisis and VA, whereas 9 remained stable. 10 of the 20 eyes which worsened had a preretinal structure and 8 of the 10 eyes with foveal detachment developed a macular hole. VA was significantly improved in the operated eyes ($p=0.041$). **Conclusion:** MF may remain stable many years without affecting VA. When associated with preretinal structures the risk of degrading VA and MF are increased. In these cases, surgery seems efficient. Foveal detachment seems to be a strong indicator of macular hole development.

C49 TECNICHE DI CORREZIONE DELL'ASTIGMATISMO ELEVATO POST CHERATOPLASTICA PERFORANTE

L. Spadea, A. Di Gregorio

Clinica oculistica, Università degli Studi di L'Aquila

Obiettivo: una delle complicanze, che si possono verificare dopo cheratoplastica perforante (PKP), è la comparsa di astigmatismo elevato. Scopo del nostro studio è di analizzare l'efficacia di diverse opzioni terapeutiche: LASIK, PRK Trans-epiteliale (TE-PRK) e cheratotomie arcuate (AK). **Materiali e metodi:** 4 occhi di 4 pazienti sono stati sottoposti a TE-PRK, 11 occhi di 11 pazienti sottoposti a LASIK e 4 occhi di 4 pazienti a AK su pregressa PKP. Il follow-up minimo è stato di 6 mesi. **Risultati:** in tutti i pazienti si è ottenuto un miglioramento dell'acuità visiva naturale e di quella corretta. L'astigmatismo sia rifrattivo che topografico è risultato significativamente ridotto. Non sono emerse complicanze significative né intra né post-operatorie. **Conclusioni:** alla luce dei presenti risultati appare che tutti i trattamenti considerati sono risultati validi e sicuri per la riduzione dell'astigmatismo post PKP.

C50 ABLAZIONE CONVENZIONALE VERSUS PERSONALIZZATA UTILIZZANDO IL LASER AD ECCIMERI LADARVISION 4000

L. Vigo, E. Scandola, F. Carones

Centro Oftalmo-chirurgico Carones, Milano

Obiettivo: questo è uno studio prospettivo, randomizzato per valutare i risultati di una procedura standard vs personalizzata (custom) per la correzione della miopia e dell'astigmatismo miopico. **Metodi:** abbiamo trattato 17 occhi di 17 pazienti con un equivalente sferico (ES) tra -1.62 e -7.49 D. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a LASIK utilizzando un microcheratomo BD o Hansatome per creare il lembo. I 17 occhi controlaterali (con refrazione simile) sono stati trattati con un'ablazione convenzionale, utilizzando la stessa zona ottica (6,5 mm) e di transizione (1,25 mm radius) del trattamento custom. Abbiamo valutato l'acuità visiva naturale e corretta (UCVA e BCVA), la refrazione manifesta e l'aberrometria. I pazienti hanno anche risposto ad un questionario di valutazione soggettiva durante ciascuna visita di controllo. **Risultati:** a tre mesi l'acuità visiva naturale media (UCVA) era $1,23 \pm 0,24$, l'acuità visiva corretta media (BCVA) $1,35 \pm 0,20$ e l'equivalente sferico medio (ES) $0,01 \pm 0,30$ D nel gruppo di occhi trattati con ablazione personalizzata. Considerando le aberrazioni di ordine superiore (HOA), il valore medio era $0,57 \pm 0,20$ microns. Nel gruppo di occhi controlaterali il valore medio di UCVA era $1,18 \pm 0,15$, quello di BCVA $1,38 \pm 0,20$ e l'ES era $-0,12 \pm 0,19$ D; il valore medio di HOA era $0,69 \pm 0,26$ microns. Il questionario di valutazione soggettiva ha inoltre dimostrato una netta preferenza nella qualità della visione per l'occhio trattato con ablazione personalizzata. **Conclusioni:** sia l'ablazione convenzionale che quella personalizzata hanno prodotto ottimi risultati in termini di UCVA, BCVA e refrazione finale, ma la sensazione soggettiva dei pazienti (qualità della visione) ha dimostrato una maggior soddisfazione per l'occhio trattato con procedura personalizzata; ciò rivelato inoltre dai diversi valori di HOA tra i due gruppi.

C51 LENTI INTRAOCULARI LI61AO B&L. NOSTRE ESPERIENZE PRELIMINARI

L. Loffredo, G. Picarone, G. Miniello, M. Avvisati, S. Tarallo

Clinica Mediterranea, Divisione di Oculistica, Napoli

Scopo del lavoro: valutare la qualità della visione consentita dalla lente intraoculare a superficie asferica LI61AO della B&L. **Materiali e metodi:** 50 pazienti affetti da cataratta bilaterale sono stati sottoposti ad intervento di facoemulsificazione della cataratta ed impianto di IOL nel sacco capsulare. In un occhio è stata impiantata la IOL B&L LI61AO a superficie asferica. Nell'occhio controlaterale è stata impiantata una IOL pieghevole acrilica idrofobica. Dopo 1 mese dall'intervento è stata valutata per ciascun occhio la curva di sensibilità al contrasto in condizioni fotopiche con il SIFI-MAV. Sono stati quindi confrontati i dati della sensibilità al contrasto relativi ai due tipi di IOL. **Risultati:** la IOL B&L LI61AO ha mostrato di consentire, all'esame della sensibilità al contrasto fotopica, una qualità della visione migliore rispetto a quella fornita dalle IOL acrilica idrofobica. Anche la valutazione soggettiva sulla qualità della visione riferita dal paziente depone a favore della IOL asferica. La tecnica di impianto della IOL B&L con l'iniettore monouso SoftPort è risultata semplice e sicura, è possibile preparare l'iniettore per l'impianto senza toccare con pinze o altro la IOL. **Conclusioni:** la lente intraoculare a superficie asferica LI61AO della Bausch&Lomb è risultata essere comoda e facile da impiantare; essa consente un ottimo recupero della funzione visiva nei pazienti sottoposti ad intervento di cataratta.

C52 PSEUDOEXFOLIATIO:LENTE MONOPEZZO VS LENTE TRE PEZZI. COMPLICAZIONI INTRA E POST OPERATORIE CORRELATE ALLA IOL

G. Lofoco, C. De Gaetano, D. Schiano, P. Quercioli

Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Roma

Scopo del lavoro: valutare le caratteristiche e le complicanze intra e post operatorie di due lenti impiantate in pazienti operati di cataratta ed affetti da pseudoesfoliatio. **Metodo:** 131

pazienti operati di cataratta ed affetti da sindrome pseudoesfoliativa sono stati suddivisi in due gruppi. Il primo gruppo (A) composto da 59 pazienti è stato impiantato con una lente tre pezzi acrilica idrofila (H60M), il secondo gruppo (B) di 72 pazienti ha ricevuto una lente monopezzo acrilica idrofila (Akreas Adapt). Sono state esaminate le complicanze intra e post operatorie correlabili con la lente (Miosi intraoperatoria, dialisi zonulare, rottura della capsula posteriore, aumento della pressione intraoculare post operatoria, opacizzazione della capsula anteriore e posteriore, incidenza di trattamenti nd-Yag laser). **Risultati:** l'analisi statistica non rivela differenze significative tra i due gruppi ad eccezione per l'incidenza di opacizzazione della capsula posteriore ($p = 0.021$). **Conclusioni:** le lenti acriliche idrofile monopezzo dimostrano una minore incidenza di opacizzazione della capsula posteriore rispetto alle lenti tre pezzi idrofile ed un'ottima maneggevolezza a fronte di un'eguale incidenza di altre complicanze. Tali dati ci inducono a considerarle le nostre lenti di scelta in casi in cui la delicatezza delle manovre chirurgiche risulta fondamentale ovvero nei pazienti affetti da pseudoesfoliativo in cui la presenza di miosi e di lassità capsulare rappresentano un pericolo per l'intervento.

C53 CATARATTA ED EPIDEMIOLOGIA: REPORT RELATIVO ALLE CATARATTE OPERATE NEL 2004 PRESSO L'OSPEDALE SAN PIETRO DI ROMA

G. Lofoco, P. Quercioli, C. De Gaetano, D. Schiano

Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Roma

Scopo del lavoro: valutare le caratteristiche delle cataratte nei pazienti operati nel 2004 presso l'ospedale San Pietro di Roma. **Metodo:** 1390 pazienti operati di cataratta sono stati esaminati al fine di evidenziare le caratteristiche della popolazione affetta da tale patologia che si presenta presso i nostri ambulatori per essere sottoposta ad intervento chirurgico. Sono stati presi in considerazione il tipo di cataratta ed il visus pre operatorio, oltre che le comorbidità. La gradazione del tipo di cataratta è stato effettuato pre operatoriamente sia con il metodo tradizionale che con il LOCs III system. **Risultati:** dei 1390 pazienti esaminati il 15.1% presentava una cataratta brunescente, il 6.4% bianca, il 5% una pseudoesfoliativo lentis. La componente mista cortico nucleare rappresenta di gran lunga la variante più rappresentata con il 58%. La migliore acuità viva corretta pre operatoria è risultata uguale od inferiore ad 1/10 nel 21.5% dei pazienti e compresa tra percezione luce e moto manu nel 10%. **Conclusioni:** La chirurgia della cataratta alla luce dei nuovi mezzi a disposizione del chirurgo deve tenere ancora conto della sua origine di terapia chirurgica in pazienti con notevole abbassamento del visus in particolare nelle realtà urbane e sub urbane che rappresentano la nostra pratica quotidiana.

C54 CONTRASTO E PERCEZIONE DEI COLORI IN ACRISOF SFERICA VS ASFERICA WF

A. Scialdone, A. Criscuoli, G. Moretti, P. Milani

AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Obiettivo: valutare contrasto e percezione dei colori con impianto di IOL acrilica asferica o sferica e pigmento giallo. **Materiali e metodi:** 38 occhi con cataratta senile sono stati randomizzati per IOL Acrisof (Alcon, USA) tra 23 e 25D monopezzo chiara o asferica (WF) gialla, escluse patologie oculari e astigmatismo $>1D$. A 3 mesi postop è stato eseguito contrasto mesopico e fotopico VRSC-CST1800 e colori Fansworth 100Hue. **Risultati:** L'AV corretta era 0.8 o più nel 100%. Nei valori intermedi il contrasto mesopico e fotopico erano migliori con Acrisof WF ($p < 0.02$). Il 15% dei pazienti ha mostrato anomalie nella percezione dei colori, senza differenze fra i gruppi. **Conclusioni:** lo studio presenta caratteristiche ottimali di comparazione: stretto spettro diottrico e modello IOL, separazione solo per asfericità ottica e introduzione del filtro giallo. La costruzione asferica (WF) ha mostrato migliori performance di acuità visiva a contrasto. La percezione dei colori non appariva influenzata dal filtro giallo.

C55 CONFRONTO TRA IOL AKREOS ADAPT E IOL ADAPT AO NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

F. Bergamini, G. Bailo, S. Moschini

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale San Giuseppe, Milano

Scopo: valutare l'efficacia funzionale oggettiva e soggettiva della nuova lente intraoculare asferica ADAPT AO rispetto alla lente convenzionale sferica AKREOS ADAPT di Bausch & Lomb. **Metodi:** abbiamo valutato in 150 pazienti di età compresa tra 60 e 85 anni, con cataratta bilaterale ed esenti da patologie oculari, sottoposti ad impianto di IOL asferica in un occhio e di IOL sferica convenzionale nell'occhio controlaterale, la migliore acutezza visiva naturale e con correzione ad alto e basso contrasto e attraverso uno score soggettivo a 1, 3 e 6 mesi dall'intervento. **Risultati:** i risultati preliminari ottenuti negli occhi impiantati con lente asferica mostrano una acutezza visiva ad alto contrasto pari a 0.0 logMAR nel 100% dei casi ed una acutezza visiva a basso contrasto pari a 0.0 / 0.1 logMAR nell'80% dei casi circa. Negli occhi nei quali era stata impiantata la lente convenzionale sferica l'acutezza visi-

va ad alto contrasto è risultata pari a 0.0 logMAR nel 100% dei casi, mentre quella a basso contrasto è risultata essere pari a 0.1/0.2 logMAR nel 80% dei casi. In nessun caso sono stati riscontrati eventi avversi intra- o post-operatori. **Conclusioni:** entrambi i tipi di lente intraoculare sferica ed asferica hanno portato ad un ottimo recupero sia funzionale che soggettivo di acutezza visiva nel gruppo dei pazienti in studio. Il recupero, infine, è risultato essere tendenzialmente superiore negli occhi impiantati con IOL ADAPT AO asferiche.

C56 IMPIANTO DI ANELLO CAPSULARE NELL'INTERVENTO DI CATARATTA IN MIOPE ELEVATO CON FACOEMULSIFICAZIONE ELENTE NEL SACCO PER LA PREVENZIONE DELLA PCO

P. Boscolo-Rizzo, M.G. Crivellari, M. Scarpa
Servizio di Oculistica, AULSS 14, Chioggia

Obiettivo: valutare l'efficacia dell'impianto di anello tensionale per sacco capsulare, in pazienti miopi elevati, operati di cataratta con impianto di IOL, nella prevenzione della PCO tipo "perle". **Materiali e metodi:** un gruppo di 15 occhi, di 12 pazienti miopi, con Eq-sf di -20D, con cataratta, sono stati operati di facoemulsificazione+IOL e inserimento di anello capsulare. Si è valutata la presenza e l'entità della PCO dopo 18 mesi di f-up medio, confrontandola con quella rilevata in un gruppo di 15 occhi, con analogo Eq-sf, operati non inserendo l'anello. **Risultati:** I 15 occhi con anello presentano lieve grado di PCO senza compromissione del visus nel 30% dei casi. I 15 occhi di confronto presentano PCO di grado elevato con compromissione del visus nel 40%, con conseguente Yag-laser o scraping. **Conclusioni:** l'impianto di anello capsulare sembra efficace nel prevenire la PCO. Poiché possiamo avere una più tardiva manifestazione della stessa, sarà necessario un follow up a più lungo periodo per avere un dato più confortante.

C57 [Comunicazione ritirata]

C58 LALENTE VERYSIZE NELLA CORREZIONE DELL'AFACHIA CHIRURGICA

P.F. Fiorini, A. Mularoni, F. Khaki, A. Duca, G. Tassinari
Ospedale Maggiore di Bologna, Unità Operativa di Oculistica

Obiettivo: valutare l'efficacia, la predittività, la stabilità e la sicurezza della lente Verysize in occhio afachico e le complicanze. **Metodo:** 50 occhi afachici (post chirurgia della cataratta e post ch. vitreoretinica) sono stati impiantati con lente a fissazione iridea. Il tempo minimo di impianto tra il primo ed il secondo intervento è stato di 45 gg. Il follow-up minimo era di 7 mesi. Nel postoperatorio a 1, 3, 6, 12 mesi venivano valutati: l'UCVA, la BCVA, la biomicroscopia del segmento anteriore e posteriore, la conta delle cellule endoteliali e la tonometria. Il calcolo della IOL veniva eseguito con biometro ottico IOL MASTER. La tecnica chirurgica prevedeva incisione corneale di 5.5 mm a ore 12 con fissazione della lente mediante ago da enclavazione ad ore 3 ed a ore 9. **Risultati:** l'acuità visiva media non corretta è passata da 0.01 a 0.7. La BCVA passava da 0.6 a 0.85, l'equivalente sferico medio postoperatorio era di -1.25 ± 0.75 . La perdita media di cellule endoteliali era del 10%; 2 casi di emorragia iridea verificatisi durante l'esecuzione della iridectomia basale, ed 1 caso di disenclavazione della lente vengono descritti. **Conclusioni:** da questo studio si può concludere che l'impianto della lente Verysize a fissazione iridea è una procedura sicura ed efficace, con una minor incidenza di complicanze vitreoretiniche rispetto all'impianto di fissazione sclerale; la selezione dei pazienti da impiantare si basata sull'esame della conta endoteliale.

C59 EVOLUZIONE DEL TUNNEL SCLEROCORNEALE: DA 2.75mm A 2.2mm

F. Lepri, F. Casprini, G.L. Martone, L. Rapisarda, A. Caporossi
Clinica Oculistica, Università degli Studi di Siena

Obiettivo: comparare i risultati topografici delle aberrazioni corneali indotte dal tunnel in seguito a intervento di cataratta. **Materiali e metodi:** lo studio prospettico comprende 2 gruppi di 30 occhi ciascuno operati di cataratta. Il primo sottoposto a una facoemulsificazione con impianto di IOL nel sacco attraverso un tunnel sclerocorneale di 2.75 mm e il secondo attraverso un tunnel di 2.2 mm. I pazienti sono stati operati dallo stesso chirurgo (A.C.). Nessuna sutura è stata posta al termine dell'intervento nella sede dell'incisione. L'astigmatismo preoperatorio era inferiore a 0.5D. La topografia corneale è stata effettuata preoperatoriamente, 7 giorni, 1 mese e 6 mesi dopo la chirurgia per valutare le aberrazioni corneali. **Risultati:** i risultati hanno mostrato cambiamenti topografici delle aberrazioni corneali (coma e aberrazioni di alto ordine) dopo 7 giorni dalla chirurgia e l'assenza di variazioni dopo 1 e 6 mesi in entrambi i gruppi. Nel secondo gruppo le aberrazioni corneali erano ridotte. **Conclusioni:** un tunnel di 2.75 mm induce aberrazioni corneali significativamente più alte valutate attraverso la topografia corneale.

C60 PERFORMANCE OTTICHE DI 3 LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE

G.L. Martone, F. Casprini, F. Lepri, A. Caporossi

Clinica Oculistica, Università degli Studi di Siena

Obiettivo: comparare gli effetti di 3 lenti intraoculari (IOLs) con superficie prolata (Tecnis Z-9000, AMO, SofPort AO, Bausch & Lomb and SN60WF, Alcon) con 2 IOLs sferiche (AR40e, AMO and AcrySof SN60AT, Alcon) sulla performance visiva. **Materiali e metodi:** lo studio prospettico comprende 150 pazienti affetti da cataratta operati di facoemulsificazione con impianto randomizzato di una dei 5 tipi di IOLs nel sacco. Preoperatoriamente e 1 giorno, 1 settimana, 1, 3, and 6 mesi postoperatoriamente è stata misurata l'acuità visiva attraverso ETDRS chart. La fotografia del fondo oculare e la sensibilità al contrasto in condizioni fotopiche e mesopiche sono state effettuate preoperatoriamente e a 6 mesi dalla chirurgia. Inoltre risultati riguardanti il glare soggettivo, il diametro pupillare e le aberrazioni totali sono stati raccolti al 1 e 6 mese dalla chirurgia. **Risultati:** la differenza nell'acuità visiva corretta in condizioni fotopiche non è risultata statisticamente significativa fra i cinque gruppi. Gli occhi con IOLs asferiche mostravano una migliore sensibilità al contrasto alle frequenze spaziali di 3 cpd ($P < .05$) e 6, 12, e 18 cpd ($P < .01$) in condizioni fotopiche e mesopiche. La misurazione delle aberrazioni totali ha rivelato una significativa differenza fra i gruppi Z9000, Sofport e SN60WF, che presentavano valori inferiori, rispetto ai gruppi AR40e e SN60AL. **Conclusioni:** le 3 IOLs asferiche determinano un miglioramento della qualità visiva nel paziente pseudofachico attraverso un maggior contrasto dell'immagine retinica e una riduzione delle aberrazioni oculari.

C61 IMPIANTO DI LENTI A SUPERFICIE ANTERIORE PROLATA VERSUS IMPIANTO DI LENTI A SUPERFICIE NON PROLATA

G. Orefice*, A. Lupo**, G. Gigli**, R. Di Lauro*

* *Ospedale C.T.O., Napoli*** *Villa Betania, Napoli*

Obiettivo: lo studio si prefigge la valutazione di 60 occhi (30 pazienti). Vengono presi in considerazione parametri quali: acuità visiva, sensibilità al contrasto e aberrazioni sferiche indotte dall'impianto di una lente intraoculare con superficie anteriore prolata e di una lente con superficie non prolata della stessa tipologia. **Materiali e metodi:** vengono valutati pazienti con assenza di patologie oculari di qualsiasi origine, affetti da cataratta senile bilaterale. È stata utilizzata la stessa tecnica chirurgica, con capsuloressi di circa 5,5 mm, lo stesso viscoelastico e lo stesso facoemulsificatore. Ai 15 pazienti del primo gruppo è stata impiantata una lente con superficie anteriore prolata (Tecnis Z9003), con piatto di 6 mm, materiale acrilico idrofobo. Ai 15 pazienti del secondo gruppo è stata impiantata, con le stesse modalità chirurgiche la lente in materiale acrilico idrofobo, con il piatto ottico di 6 mm, le anse in PMMA e con forma a C modificato (modello AR40E). Il range diottrico delle lenti impiantate, in entrambi i casi, è variato tra +20 e +24 diottrie. A distanza di 30 e 90 giorni su ciascun occhio operato sono stati eseguiti i seguenti controlli monolaterali: acuità visiva con ottotipo a proiezione, test di sensibilità al contrasto con tavole EDTRS, esame delle aberrazioni sferiche e totali indotte dall'impianto eseguito con OPDSCAN (Nidek). **Risultati:** la valutazione aberrometrica dei pazienti a 1 mese, 3 mesi e 6 mesi, ha dimostrato come la aberrazione sferica post operatoria sia sensibilmente ridotta nei pazienti con la lente con superficie anteriore prolata rispetto a quelli con superficie sferica. Allo stesso modo è stato possibile verificare una migliore sensibilità al contrasto negli occhi con lente a superficie prolata anteriore. **Conclusioni:** la lente con superficie anteriore modificata prolata dimostra un sensibile calo della aberrazione sferica post operatoria, che si traduce in un miglioramento della sensibilità al contrasto e quindi della visione funzionale

C62 VALUTAZIONE DI EFFICACIA E TOLLERABILITA' DELLA LIDOCAINA GEL NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

R. Pizzi, S. Morselli, R. Bellucci

U.O. Oculistica Ospedale Borgo Trento, Verona

Obiettivo: valutare l'efficacia e la tollerabilità della Lidocaina 4%HPMC 0,6% (gel), verso Lidocaina 4% collirio monodose nella chirurgia della cataratta. **Materiali e metodi:** 50 occhi operati di facoemulsificazione sono stati randomizzati per partecipare allo studio. Sono stati esclusi occhi affetti da altre patologie oculari. 25 occhi sono stati anestetizzati con 1 gtt di Lidocaina gel circa 20 min prima dell'intervento. 25 occhi sono stati anestetizzati con Lidocaina coll 1 gtt 20 min, 10 min prima e 5 min prima dell'intervento. Sono stati valutati: il dolore intraoperatorio e il comfort postoperatorio, nonché l'obiettività della superficie oculare post operatoria. **Risultati:** i pazienti trattati con Lidocaina gel hanno riportato la stessa efficacia anestetica della Lidocaina in collirio. L'obiettività della superficie oculare, nella prima settimana postoperatoria, è risultata migliore nei pazienti trattati con Lidocaina gel. **Conclusioni:** la Lidocaina gel ha dimostrato uguale efficacia con minori effetti collaterali della Lidocaina collirio nella chirurgia della cataratta con minori disturbi postoperatori.

C63 VALUTAZIONI ABERROMETRICHE DOPO IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE SOFPORT ADVANCE OPTIC

L. Spadea, S. Federici

Clinica Oculistica, Università degli Studi di L'Aquila

Obiettivo: valutare l'entità delle aberrazioni oculari dopo impianto di IOL asferiche SofPort mediante analisi del Wave-Front. **Materiali e metodi:** 10 occhi affetti da cataratta senile sottoposti a tecnica Faco con impianto di IOL asferica SofPort AO (Bausch & Lomb). Mediante aberrometro Wave-Front (Carl Zeiss) sono state calcolate le aberrazioni postoperatorie. I dati ottenuti sono stati confrontati con quelli relativi ad altre IOL convenzionali e con profilo prolatato. **Risultati:** i dati aberrometrici relativi alla SofPort AO sono RMS totale 0.73 ± 0.29 DS; RMS HO 0.20 ± 0.08 DS; Z 4.0 0.10 ± 0.05 DS. Rispetto ai valori delle IOL standard si è notata una differenza statisticamente significativa. **Conclusioni:** le IOL asferiche sembrano essere efficaci nel ridurre le aberrazioni intraoculari con conseguente benefici influssi sulla visione dei pazienti.

C64 TERAPIA MIDRIATICA DEL GLAUCOMA ACUTO

L. Rossini, L. Baglioni, L. Pinchera, G. Ruggeri

Unità operativa di Oculistica, Presidio Ospedaliero di Sora, ASL Frosinone

Obiettivo: valutare la efficacia, in caso di glaucoma acuto giunto alla osservazione clinica in fase precoce, di una terapia locale a base di soli midriatici. **Materiali e metodi:** nel periodo dal gennaio 2000 al maggio 2005, nove pazienti con attacco di glaucoma acuto, insorto da non oltre tre-quattro giorni, sono stati ricoverati e sottoposti unicamente a terapia con colliri midriatici ad azione sia simpaticomimetica che parasimpaticolitica, ad azione breve, instillati ogni quattro ore, con relativa tonometria, per la durata di 48 ore. **Risultati:** in otto casi su nove la terapia locale ha risolto il blocco pupillare, approfondito la camera anteriore e aperto l'angolo, con normalizzazione pressoria; nel nono caso ciò non è stato possibile in quanto, pur riducendosi notevolmente la pressione oculare, la presenza di sinnechie iridolenticolari ha impedito la guarigione completa. **Conclusioni:** la terapia midriatica del glaucoma acuto rappresenta, in determinate condizioni cliniche, una alternativa ai miotici ed alla terapia ipotonizzante generale più semplice ed efficace, e permette un intervento di lensectomia più agevole ed in tempi più rapidi.

C65 GDx-VCC E PERIMETRIA BIANCO SU BIANCO. CONFRONTO NELLA DIAGNOSTICA PRECOCE DEL GLAUCOMA A BASSA PRESSIONE

D. Capobianco, L. Ambrosino, E. Carbone, V. Russo

ASL NA -1 P. S. I. Napoli Est

Obiettivo: valutare l'utilità del GDx VCC rispetto all'esame perimetrico bianco su bianco (30-2 Humphrey) nella diagnosi precoce del glaucoma a bassa pressione. **Materiali e metodi:** Arruolati 30 individui con sospetto glaucoma "low tension" (IOP tra 12 e 16 mmHg senza terapia) e 30 sani come gruppo di controllo: età 40 ± 25 anni, visus 9/10 +/- 2, CCT 550 +/- 30 micron, assenza di patologie neurologiche. **Risultati:** gli indici perimetrici sono stati i seguenti: MD $-0,27 \pm 1,06$ nel gruppo di controllo e MD $-0,64 \pm 1,13$ nel gruppo di studio; PSD $+1,15 \pm 0,46$ nel gruppo di controllo e PSD di $+1,30 \pm 0,60$ nel gruppo di studio. L'indice NFI del GDx è risultato: $11,10 \pm 7,21$ nel gruppo di controllo e $25 \pm 2,25$ nel gruppo di studio, con t test di Student significativo. **Conclusioni:** l'esame GDx-VCC ha mostrato di essere in grado di individuare i soggetti patologici per glaucoma low-tension in tempi precoci rispetto alla perimetria computerizzata bianco su bianco.

C66 MITOMICINA-C A BASSO DOSAGGIO NELLA CHIRURGIA DEL GLAUCOMA: CONFRONTO TRA SCLERECTOMIA PROFONDA E TRABECULECTOMIA A 4 ANNI

S. Cillino, F. Di Pace, A. Casuccio, G. Lodato

Dipartimento di Neurologia, Oftalmologia, Otorinolaringoiatria e Psichiatria, Sezione di Oftalmologia, Università di Palermo

Obiettivo: valutare l'efficacia a lungo termine della mitomicina-C a bassa concentrazione in pazienti sottoposti a sclerectomia profonda e trabeculectomia. **Materiali e metodi:** 40 pazienti venivano sottoposti ad intervento di sclerectomia profonda (19 occhi - DSMMC) o trabeculectomia con punch (21 occhi - TPMMC) con mitomicina - C 0,2%. I controlli sono stati eseguiti periodicamente fino a 4 anni. L'efficacia è stata analizzata come successo completo e parziale, ai target pressori di 21 e 17 mmHg. **Risultati:** all'endpoint la PO media era di 18.2 e di 17.2 mmHg rispettivamente in DSMMC e TPMMC. Con PO 21 mmHg il successo era completo nel 50.0% (DSMMC) e nel 68.7% (TPMMC) (successo parziale nel 78.6% e nell'87.5% rispettivamente). Alla PO 17 mmHg il successo era completo nel 42.8% e nel 56.2% (successo parziale nel 64.3% e nel 68.7%) rispettivamente negli stessi gruppi considerati. **Conclusioni:** per entrambe le tecniche chirurgiche si ha efficacia nel controllo della PO a 4 anni. La trabeculectomia mostra tassi di successo maggiori, non significativi, a lungo termine, particolarmente considerando una PO 17 mmHg. L'uso della mitomicina-C quale adiuvante si conferma efficace nel mantenimento di bassi livelli della PO per entrambe le tecniche chirurgiche.

C67 USO DEL TONOMETRO E RISCHIO INFETTIVO: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI DIFFERENTI TIPI DI DISINFETTANTI

F. Di Pace, S. Cillino, A. Casuccio, D. Morreale, G. Lodato

Dipartimento di Neurologia, Oftalmologia, Otorinolaringoiatria e Psichiatria, Sezione di Oftalmologia, Università di Palermo

Obiettivo: valutare e confrontare l'efficacia dei più comuni tipi di disinfettanti per la disinfezione dei coni tonometrici e trarre alcune indicazioni sulla applicabilità alla realtà clinico-diagnostica in campo oftalmologico. **Materiali e metodi:** coni tonometrici monouso sterili, previamente contaminati con ceppi standard di *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans* sono stati testati, dopo semplice detersione o disinfezione con acqua ossigenata al 3%, benzalconio cloruro allo 0.5%, Minuten wipes (Alpro®), Pantasept® allo 0.5% secondo le linee guida del CDC di Atlanta. **Risultati:** la semplice detersione è stata inefficace contro tutte le specie testate mentre Minuten Wipes è risultato efficace ad eccezione del *B. subtilis*. Il Pantasept® agiva dopo un minuto, mentre con Benzalconio cloruro l'eliminazione del *B. Subtilis* richiedeva tempi non inferiori a cinque minuti. L'acqua ossigenata è risultata efficace solo con tempi superiori ai cinque minuti. **Conclusioni:** la necessità di effettuare in oculistica numerosi e frequenti controlli, potrebbe condurre ad una carenza nella disinfezione dello strumentario, e al rischio di infezioni crociate. Ciò prevede l'opportunità di trovare sistemi alternativi come l'uso di coni tonometrici monouso che prevedano un buon rapporto costo/beneficio a favore della sicurezza del paziente.

C68 MICROPERIMETRIA: SUA APPLICAZIONE NELLO STUDIO DEI DIFETTI PERIMETRICI FASCICOLARI NEL GLAUCOMA CRONICO SEMPLICE

L. Arrico, L. Colella, S. Donati, A. Della Monaca, R. Pucci

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Obiettivo: valutare l'utilizzo della microperimetria nell'identificare aree di iposensibilità retinica secondaria ad alterazioni localizzate dello strato retinico delle fibre nervose; in particolare è stata analizzata la sensibilità retinica, mediante un microperimetro di recente introduzione (Mp1), in soggetti in cui sia stato precedentemente riscontrato, alla perimetria statica convenzionale, un deficit campimetrico significativo di una condizione di neurotticopatia glaucomatosa. **Materiali e metodi:** sono stati reclutati N° 25 (40 occhi) pazienti che presentavano alla perimetria statica mediante Hunphry, programma 30-2, scotomi arciformi a partenza papillare ed è stato eseguito un esame microperimetrico con Microperimetro 1 (Nidek Technologies, Italia). Mediante n° 90 stimoli di colore bianco su sfondo bianco della grandezza Goldmann III, si è analizzata un'area di 27°x18° con strategia 4-2-1. I criteri di esclusione sono stati: difetti refrattivi > +2 diottrie; campi visivi sub-terminali, medie opacità dei mezzi diottrici e pupille non dilatabili. Pregressi interventi chirurgici per cataratta, glaucoma, distacco di retina, ecc. Diabete mellito, ipertensione arteriosa sistemica e altre malattie sistemiche. Sono stati correlati i valori di PSD dell'Hunphry ed il valore medio del difetto riscontrato nell'ambito dell'area scotomatosa alla microperimetria mediante test Chi-quadro. **Risultati:** in 31 occhi è risultata una stretta correlazione tra la riduzione di sensibilità riscontrata alla perimetria statica convenzionale e quella rilevata alla microperimetria ($p < 0,005$). **Conclusioni:** l'analisi dei dati ottenuti confermerebbe una correlazione tra microperimetria e campo visivo Hunphry nel rilevamento dei difetti fascicolari dello strato delle fibre nervose nel glaucoma cronico.

C69 PATCHING SCLERALE CON DURA MADRE O PERICARDIO PER IPOTONO SUCCESSIVO A CHIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA.

G. Carlevaro, M. Delle Grottaglie, P. Mainardi

Struttura Complessa di Oculistica, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'efficacia di patching sclerale con dura madre o pericardio nella correzione di ipotono, atalamia e distacco di coroide successivi a chirurgia antiglaucomatosa filtrante. **Materiali e metodi:** 4 occhi di 3 pazienti sono stati sottoposti a patching sclerale: 1 occhio con dura madre sintetica (poliestereuretano alifatico) per ipotono successivo a trabeculectomia sec. Cairns, 1 occhio con pericardio bovino dopo sclerectomia profonda complicata da perforazione della finestra trabeculo-descemetica, mentre in un caso di ipotono insorto in tempi diversi in entrambi gli occhi dopo intervento di cataratta in esiti di trabeculectomia sec. Cairns è stato applicato dura madre in un occhio e pericardio nell'occhio adelfo. **Risultati:** nei 4 occhi trattati si è ottenuto una normalizzazione dei valori pressori, con ricostituzione della profondità della camera anteriore e regressione del distacco di coroide. Si è verificato un caso di esposizione di patch di pericardio ed un caso di esposizione di dura madre. **Conclusioni:** la tecnica presentata è risultata in grado di ottenere una normalizzazione della pressione intraoculare ed una stabilità persistente della camera anteriore. Quando presente l'esposizione del patch è risultato ben tollerato e non associato a complicanze del segmento anteriore.

C70 IMPIANTO DI BAERVELDT GLAUCOMA DRAINAGE DEVICE NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA REFRAATTARIO

P. Ceruti, G. Marchini

Clinica Oculistica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università degli Studi di Verona

Obiettivo: lo scopo dello studio è la valutazione della sicurezza e dell'efficacia dell'impianto di valvola di Baerveldt nel trattamento del glaucoma refrattario. **Materiali e metodi:** sono stati valutati venti occhi di altrettanti pazienti affetti da varie forme di glaucoma (POAG, PACG, secondario a PEX, PDS, ICE, uveite, neovascolare), refrattari sia alla terapia farmacologica che alla terapia chirurgica convenzionale (chirurgia filtrante perforante, non perforante, needling o revisioni di bozza con/senza utilizzo di antimetaboliti) e non convenzionale (impianto di altri dispositivi drenanti). Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad impianto di valvola di Baerveldt con tecnica chirurgica finalizzata dal controllo della filtrazione. **Risultati:** il tempo medio di stabilizzazione della PIO era di 4 settimane dall'intervento, per riassorbimento spontaneo della sutura applicata al tubo valvolare. I pazienti presentavano una PIO di 13 ± 2 mmHg durante il follow up a 6 mesi senza terapia ipotonizzante. Si sono verificati 2 distacchi di coroide post-operatori e un ipertono persistente che sono stati risolti con terapia medica o chirurgica. **Discussione:** il Baerveldt Glaucoma Drainage Device rappresenta una opzione terapeutica efficace, in grado di garantire una normalizzazione a lungo termine della PIO nelle forme di glaucoma refrattario alla terapia medica sia dopo insuccesso della terapia chirurgica usuale.

C71 PROPOSTA PER STANDARDIZZARE L'INTERPRETAZIONE DEL PRINTOUT DEL GDx-VCC IN OCCHI CON GLAUCOMA INIZIALE

S. Da Pozzo, G. Di Stefano, O. Vattovani, G. Ravalico

Clinica Oculistica, Università di Trieste

Obiettivo: stabilire se una valutazione standardizzata del printout del GDx-VCC possa migliorare la capacità diagnostica. **Materiali e metodi:** in 85 soggetti sani e 82 pazienti con glaucoma iniziale (MD medio: -1.9 ± 1.7 dB) sono stati eseguiti una perimetria computerizzata e una misurazione delle fibre con il GDx-VCC. Quattro criteri diagnostici ricavabili dalla prima pagina del printout sono stati considerati: A) almeno 1 parametro con probabilità $< 5\%$; B) Nerve Fiber Indicator > 24 ; C) cluster di ≥ 15 superpixels contigui con probabilità $< 5\%$ e apice al bordo papillare, sulla deviation map; D) Area Normalizzata Superiore/Inferiore con probabilità $< 10\%$. Sono state valutate sensibilità e specificità per ciascun criterio e i likelihood ratios (LR) per le combinazioni a coppie. **Risultati:** i 4 criteri erano tutti positivi in 52 occhi glaucomatosi (63.4%) e tutti negativi in 4 occhi glaucomatosi (4.9%). La migliore combinazione sensibilità/specificità appartiene a NFI > 24 (84.1/88.2%, rispettivamente). Tutte le coppie di criteri incidono ampiamente sulla probabilità post-test (LR > 10), mentre solo la contemporanea assenza di B+C causa un analogo effetto (LR=0.06). **Conclusioni:** una lettura standardizzata del printout del GDx-VCC può fornire informazioni importanti per la presenza di glaucoma iniziale o per la sua assenza.

C72 VISCOCANALOSTOMIA CON IMPIANTO DI INSERTO NON ASSORBIBILE (T-FLUX): RISULTATI PRELIMINARI

S. Degli Esposti, L. Scorolli, L. De Martino, S. Z. Scalinci, R. A. Meduri

Dipartimento di Ottica Fisiopatologica, Università di Bologna, Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

Scopo: scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia a lungo termine della viscocanalostomia con impianto di inserto non assorbibile T-Flux in soggetti affetti da glaucoma ad angolo aperto, no-responder alla terapia medica, complicato da pseudofachia e miopia elevata. **Metodi:** 21 occhi di 19 pazienti (età 57.5 ± 4.1) affetti da glaucoma ad angolo aperto farmacologicamente non controllato, affetti da miopia elevata ($> -8.5 \pm 3.4$ D) e pseudofachia sono stati sottoposti a viscocanalostomia con impianto di inserto idrofilico acrilico non riassorbibile (T-Flux). Sono state valutate il valore di pressione intraoculare (IOP), la comparsa di complicazioni, e la necessità di ulteriore trattamento farmacologico per ottenere la pressione target. La definizione di successo completo era di una IOP al di sotto dei 19 mmHG senza trattamento farmacologico. **Risultati:** dopo un follow-up medio di 12 ± 22 1.5 mesi, la pressione intra-oculare media è passata dal valore medio preoperatorio di 28 ± 3.5 mmHg al valore di 16 ± 2.5 mmHg al termine del periodo di osservazione ($p < 0.005$). A 12 mesi, la percentuale di pazienti con IOP < 19 mmHg con o senza trattamento farmacologico era di 96.5% e la percentuale di pazienti con successo completo dell'intervento (IOP < 18 mmHg senza trattamento farmacologico) era di 86.62%. In un solo caso è stato osservato distacco di coroide in seguito ad intervento chirurgico. A 12 mesi, i pazienti non riferiscono sensazione di corpo estraneo. **Conclusioni:** l'impianto valvolare T-Flux migliora i risultati chirurgici. L'impianto valvolare è relativamente semplice. Tale tecnica può essere considerata una valida soluzione in caso di occhi complicati, in cui la presenza di alterati spazi anatomici può invalidare il risultato di interventi chirurgici antiglaucomatosi filtranti.

C73 LA PNEUMOTRABECULOPLASTICA NEL GPA

P. Ceruti, G. Marchini

Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Istituto di Clinica Oculistica, Verona

Obiettivo: valutare gli effetti del trattamento parachirurgico con PneumoTrabeculoPlastica sulla pressione oculare in pazienti con glaucoma. **Materiale e metodi:** 14 pazienti con glaucoma primario ad angolo aperto e pressione intraoculare compresa tra 20 e 25 mmHg sono stati sottoposti in un occhio a PneumoTrabeculoPlastica. Abbiamo valutato i valori di pressione oculare prima del trattamento ed ai diversi tempi del follow-up. In tutti i pazienti è stato effettuato la biomicroscopia ad ultrasuoni per valutare eventuali modifiche dell'angolo camerulare. **Risultati:** in tutti i pazienti c'è stata una riduzione della pressione oculare, passando da un valore basale medio di 22.4 mmHg a 17.4 mmHg. La diminuzione è stata significativa nei primi 4 mesi. Nel periodo successivo la riduzione della pressione è stata di minore entità. **Conclusioni:** la PneumoTrabeculoPlastica non ha causato alcuna complicanza ed ha comportato una riduzione della pressione intraoculare del 22.3%.

C74 CORRELAZIONE TRA AREA DEL DISCO OTTICO E SPESSORE DELLO STRATO DELLE FIBRE NERVOSE AL GDx-VCC IN SOGGETTI SANI

L. Michelone, S. Da Pozzo, G. Ravalico

Clinica Oculistica, Università di Trieste

Obiettivo: valutare la correlazione tra spessore dello strato delle fibre nervose peripapillari misurato con il GDx-VCC e l'area del disco ottico. **Materiali e metodi:** un esame oftalmologico completo, una perimetria computerizzata (programma 24-2, SITA standard) e l'esame con il GDx-VCC (software 5.3.4) sono stati eseguiti in 232 soggetti sani (età media: 57.8±8.5 anni, range: 40-70). Un solo occhio per soggetto è stato incluso. I diametri dell'ellisse forniti dal software del GDx-VCC sono stati usati per calcolare l'area papillare (area = π x raggio orizzontale x raggio verticale). I valori di TSNIT Average sono stati plottati vs. quelli dell'area papillare e la funzione di regressione lineare calcolata. **Risultati:** i valori medi (±DS) per TSNIT Average e area del disco erano 54.3±3.2 μ (range: 45.8-61.8) e 2.19±0.45 mm² (range: 1.23-3.59), rispettivamente. La funzione di regressione lineare era TSNIT Average = 54.4 - 0.05*Area del disco (Pearson r = 0.007; p = 0.9). **Conclusioni:** nel nostro campione non è stata dimostrata l'esistenza di una correlazione l'area del disco ottico e spessore dello strato delle fibre. In dischi ottici di dimensioni simili, i valori di spessore mostrano un'estrema variabilità.

C75 GLAUCOMA PRIMARIO AD ANGOLO APERTO: VALUTAZIONE DELLA PROGRESSIONE A 24 MESI

G.C.M. Rossi*, I. Scatassi*, G. Milano**

* *Università degli Studi di Pavia, AO Bolognini, Seriate*** *Università degli Studi di Pavia, IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia*

Obiettivo: verificare il ruolo della riduzione della pressione intraoculare in pazienti con POAG iniziale in un periodo di follow-up di 5 anni, confrontando campo visivo, GDx VCC e HRT II. **Metodi:** 47 pazienti con POAG iniziale (MD < -6 dB) selezionati dall'Ambulatorio Glaucoma della Clinica Oculistica dell'Università di Pavia. Dalla data dell'arruolamento i pazienti sono stati seguiti ogni 6 mesi per 5 anni. Ogni visita includeva esame complessivo dell'occhio, campo visivo (Humphrey SITA standard 24-2), HRT II e GDx VCC. Si sono confrontati i seguenti parametri: MD e PSD per il campo visivo, CSM, CDR e RA per HRT II e NFI e media TSNIT per GDx VCC. I pazienti sono stati analizzati prima come singolo gruppo poi sono stati divisi in due gruppi in base al valore della IOP (gruppo A: pazienti con IOP \leq 15 mmHg, gruppo B: IOP > 15 mmHg in tutte le visite). Il test Mann-Whitney U è stato usato per confrontare dati non appaiati tra i due gruppi, mentre i test Friedman ANOVA e Wilcoxon sono stati impiegati per confrontare i dati appaiati. **Risultati:** gli autori presenteranno i dati preliminari a due anni di follow-up. Al momento della sottomissione dell'abstract i dati riguardano il follow-up a 18 mesi. Quando considerati come unico gruppo, non si sono evidenziate differenze tra baseline e visita a 18 mesi per nessun esame (p>0.05) nonostante un trend positivo per alcuni dei parametri considerati. Quando confrontati il gruppo A e B, le uniche differenze ai limiti della significatività tra pazienti con IOP < o > 15 mmHg erano NFI e TSNIT (p=0.06 e p=0.069). **Conclusioni:** la riduzione di IOP nel POAG precoce previene la progressione con campo visivo, GDx e HRT a 18 mesi di follow-up. I pazienti con IOP inferiore a 15 mmHg per 18 mesi presentano valori di GDx migliori verso baseline al limite della significatività statistica. Tali osservazioni preliminari confermano il ruolo della riduzione della IOP nella prevenzione del danno glaucomatoso e sottolineano un generale e potenziale "effetto neuroprotettivo" dalle osservazioni del GDx.

P1 RITRATTAMENTO MIOPIA RESIDUA CON LASER AD ECCIMERI SU PREGRESSA CHERATOMILEUSI IN SITU. NOSTRA ESPERIENZA

A. Laborante*, U. Merlin**

* Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

** Centro Oculistico Prof. U. Merlin, Rovigo

Obiettivo: valutare la possibilità di correzione miopia residua con Laser ad Eccimeri su regressa Cheratomileusi in situ. **Materiali e metodi:** pazienti sottoposti a cheratomileusi con miopia residua in cui per particolari motivazioni è richiesta la correzione il più possibile totale a cui non si consiglia riapertura del flap e non si vuole indebolire il letto stromale; ritrattamento eseguito con laser Inpro di ultima generazione previa utilizzazione di mitomicina 0,2%. **Risultati:** presentazione di nostri casi clinici e nostre valutazioni, la correzione totale è stata raggiunta nel 90% dei casi con BCVA ed UCVA uguale a quella preoperatoria; non abbiamo avuto haze marcato e quando si è avuto è stato lieve e transitorio ed è rientrato con opportuna terapia. **Conclusioni:** metodica da utilizzare in casi selezionati su flap idonei e con miopie lievi quando non sono possibili altre metodiche, risultati ottimi.

P2 TRAUMI OCULARI A BULBO CHIUSO E BULBO APERTO CON COINVOLGIMENTO DEL SEGMENTO POSTERIORE: NOSTRA ESPERIENZA

V. Borgioli, E. Rapizzi, L. Vannozzi, F. Giansanti, M. Scrivanti, U. Menchini

Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oto-Neuro-Oftalmologiche, Clinica Oculistica

Obiettivo: valutazione clinica retrospettiva di pazienti sottoposti a chirurgia vitreo-retinica in seguito a trauma oculare. **Materiali e metodi:** 7 occhi di 7 pazienti affetti da trauma bulbare classificato secondo la Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT). 6 occhi sono stati sottoposti a vitrectomia a tre vie via pars plana, un occhio è stato trattato con chirurgia episcclerale. **Risultati:** in tutti i 7 casi si è ottenuto il successo anatomico. Il recupero funzionale è stato: 10/10 con correzione (cc) in due occhi, 2/10 cc in due occhi, 1/20 cc in due occhi, e in un caso percezione luce. In un caso si è reso necessario un ulteriore intervento per proliferazione vitreo retinica (PVR). Il follow-up medio è di 12 mesi. **Conclusioni:** il risultato anatomico e funzionale a lungo termine nei gravi traumi bulbari è spesso incerto. La decisione chirurgica deve essere immediata (bulbo aperto) ed è sempre complessa. Il recupero funzionale, nella nostra limitata serie, è stato strettamente correlato agli iniziali danni del polo posteriore. Nel poster verranno presentati i singoli casi.

P3 TERAPIA FOTODINAMICA PER LA CURA DI NEOVASI IN DRUSEN DEL NERVO OTTICO IN PAZIENTE PEDIATRICA

M. Fortunato, P. Vadalà, F. Vadalà, P. Capozzi, R. Maggi

Servizio di Terapia Fotodinamica, U.O.C. di Oculistica Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Gli AA. presentano il caso di una paziente di 12 anni affetta da drusen della papilla ottica in oo, che manifestava un brusco calo del visus in OD a causa di una neovascolarizzazione presente sul nervo ottico. **Materiali e metodi:** La paziente presentava un brusco calo del visus ridotto a 3-4/10 da qualche giorno per le conseguenze di una neovascolarizzazione ed un edema papillare in OD. Si praticava una sola PDT con lente di Volk, con lo stesso sistema praticato a volte negli adulti, senza avere né problemi di tossicità né altri effetti collaterali (dermatite da fotosensibilità, algie). A distanza di qualche giorno si riassorbiva l'edema, ridotta la neovascolarizzazione e recuperato un visus di 8/10, mantenuto tuttora a 10 mesi dal trattamento. **Conclusioni:** in questo caso solo la PDT ha potuto permettere un trattamento in una zona pericolosa quale il nervo ottico, con un rischio calcolato e con estrema efficacia. La scarsa tossicità, l'attenzione nel prevenire le complicanze permette di utilizzare senza molti problemi tale metodica nei bambini come negli adulti, anche in caso di ritrattamenti.

P4 FORO MACULARE TRAUMATICO: UN CASO CLINICO

C. Mariotti, F. Viti, G.P. Amato, S. Salvolini, M. Pantanetti, M. Paci

Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Oculistica

Obiettivo: case report di un paziente giunto alla nostra osservazione in seguito a trauma da elastico in occhio sinistro. **Materiali e metodi:** paziente maschio 32 anni, AV 1/50, EOS nella norma, FOS: rottura della coroide. Sottoposto a biomicroscopia, FAG, OCT. Follow up 24 mesi. **Risultati:** dopo 8 mesi dalla prima osservazione il visus era di 2/10. Dopo 15 mesi era di 1/50 con diagnosi di foro maculare. Sottoposto ad intervento di vitrectomia, rimozione MLI, scambio con aria, iniezione 0.3 cc C3F8. Dopo 6 mesi dall'intervento presenta un AV di 3/10 e foro chiuso. **Conclusioni:** la chirurgia del foro maculare traumatico rappresenta un'importante possibilità di recupero funzionale.

P5 EFFICACIA DELLA CITICOLINA NEI BAMBINI AFFETTI DA AMBLIOPIA

A. Menna*, M. Illiano*, C. Finocchiaro*, M. Fortunato**

* Servizio di Oftalmologia Pediatrica, Ospedale SS. Annunziata ASL NA1, Napoli

** Divisione di Oculistica, Ospedale Bambin Gesù, Roma

Obiettivo: in bambini affetti da ambliopia anisometropica valutare l'efficacia della terapia medica con Citicolina associata alla terapia con occlusione dell'occhio sano. **Materiali e metodi:** 30 bambini ambliopi d'età compresa tra i 5 e i 7 anni sono stati trattati con due diversi protocolli. Un gruppo è stato trattato con occlusione dell'occhio sano e terapia aggiuntiva di Citicolina orale in dosaggi di circa 60 mg/Kg al dì per 30 giorni. Un altro gruppo è stato trattato solo con terapia occlusiva. È stata eseguita un'analisi iniziale per verificare l'omogeneità dei due gruppi ed è stata verificata l'efficacia terapeutica a distanza di un mese e di tre mesi con la valutazione dell'acuità visiva con le E separate e unite. **Risultati:** l'acuità visiva è migliorata significativamente ed in maniera sovrapponibile nei due gruppi dopo 30 giorni di trattamento. Dopo tre mesi si sono registrate alcune differenze tra i due gruppi. **Conclusioni:** il trattamento con Citicolina nell'ambliopia anisometropica in età infantile sembra efficace nella stabilizzazione del miglioramento raggiunto con terapia occlusiva.

P6 NOSTRA ESPERIENZA SULL'UTILIZZO DI ND-YAG LASER PER EMBOLECTOMIA NELL'OCCLUSIONE ARTERIOSA RETINICA DI BRANCA

D. Battistello, V. Ferrara, V. Belloli

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale SS. Trinità, Arona (No)

Obiettivo: valutare la validità dell'utilizzo di ND-Yag laser per il trattamento focale di emboli in corso di occlusione arteriosa retinica di branca. **Materiali e metodi:** donna di 82 anni, presenta un'ostruzione dell'arteria temporale inferiore con evidenza di embolo. Viene eseguito trattamento ND-Yag laser focale mediante singolo spot di 0,8 mJ di potenza a livello dell'embolo e successivo secondo spot con la stessa potenza in corrispondenza del frammento liberato. **Risultati:** il trattamento focale dell'embolo ha prodotto una immediata ricanalizzazione del vaso sede di ostruzione. I frammenti liberati hanno ostruito il circolo arterioso a valle in corrispondenza della seconda biforcazione richiedendo un ulteriore trattamento. **Discussione e conclusioni:** il trattamento laser si è dimostrato efficace nel favorire la ripercussione del vaso nella sede di ostruzione. La variabilità clinica legata alla precocità del trattamento, alla posizione dell'embolo e alle possibili microocclusioni da parte dei frammenti liberati, può condizionare il risultato funzionale finale.

P7 OSTEOODONTOCHERATOPROTESI IN ESITI DI ASCESSO CORNEALE BILATERALE IN OFTALMOPATIA BASEDOWIANA

G. Carlevaro*, M. Delle Grottaglie*, P. Mainardi*, G. Falcinelli**

* Struttura Complessa di Oculistica, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

** Fondazione per la Osteodontocheeratoprotesi, Roma

Obiettivo: presentare decorso clinico e tecnica chirurgica di un caso di leucoma corneale totale vascolarizzato sottoposto ad intervento di osteo-odontocheeratoprotesi. **Materiali e metodi:** una donna di anni 45 ha sviluppato in seguito ad oftalmopatia basedowiana ascesso corneale bilaterale da pseudomonas aeruginosa. In entrambi gli occhi è stata sottoposta a cheratoplastica perforante di ampio diametro e successivamente a decompressione orbitaria con regressione dell'esoftalmo. L'occhio sinistro è stato quindi sottoposto a osteodontocheeratoprotesi modificata secondo Falcinelli in 3 tempi successivi. **Risultati:** la procedura chirurgica a più tempi eseguita in entrambi gli occhi ha consentito di ottenere l'integrità dei bulbi oculari. Il risultato funzionale successivo all'intervento di osteodontocheeratoprotesi in occhio sinistro è stato di 1/50. **Conclusioni:** l'intervento di osteo-odontocheeratoprotesi è risultato efficace in un caso di opacità corneale non trattabile con cheratoplastica tradizionale.

P8 MICROFACOEMULSIFICAZIONE BIMANUALE NELLA CHIRURGIA DELLE CATARATTE INFANTILI: NOSTRA ESPERIENZA

C. Chiesi, L. Campi, A. Pupino, V. Volante

Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena

Obiettivi: valutare l'efficacia della microfacoemulsificazione bimanuale nella chirurgia delle cataratte infantili. **Metodi:** sono stati studiati 7 pazienti (3-10 anni), sottoposti ad intervento di microfacoemulsificazione bimanuale, per un totale di 10 occhi operati (2 cataratte traumatiche, 6 congenite e 2 dismetaboliche). Abbiamo valutato la lunghezza assiale, la refrazione, il potere della iol da impiantare, unitamente all'acuità visiva, l'allineamento oculare e la visione binoculare sia preoperatoriamente che nel follow-up postoperatorio (10-26 mesi). In tutti gli occhi è stato eseguito un impianto di IOL nel sacco capsulare ed in 5 una capsuloressi posteriore. **Risultati:** in tutti i pazienti si è avuto un miglioramento visivo: da 0,09 a 0,42. La refrazione media è stata di -0,03 d., con un astigmatismo medio di 0,83 d. Un caso ha sviluppato una cataratta secondaria ed un altro una cattura pupillare della IOL, conseguente a trauma. Un caso (congenito) presentava un'esotropia con soppressione rimasta invariata, mentre in un altro caso (dismetabolico) il nistagmo preesistente è scomparso. **Conclusioni:**

i buoni risultati funzionali incoraggiano l'impiego di questa tecnica anche nelle cataratte infantili, meglio con capsuloressi posteriore. Restano comunque i problemi legati all'ambliopia da deprivazione ed alla corretta valutazione del potere della IOL.

P9 TRIAMCINOLONE ENDOVITREALE NELL'EDEMA MACULARE DA CORIORETINITE SIEROSA CENTRALE

L. De Martino, L. Scorolli, S. Degli Esposti, M. Morara, S.Z. Scalinci, R.A. Meduri
Dipartimento di Ottica Fisiopatologica S. Orsola, Malpighi, Università degli Studi di Bologna

Scopo: riportare l'efficacia del triamcinolone endovitrealo nel trattamento dell'edema maculare (EM) nella fase acuta della Corioretinite Sierosa Centrale CRSC. **Materiali e metodi:** 8 occhi di 10 pazienti, età media 36+/4,5 anni, con EM sono stati trattati con 4 mg di triamcinolone endovitrealo. I parametri da noi valutati sono stati acuità visiva, FAG e OCT a 1, 3 e 6 settimane. **Risultati:** in 4 occhi (50%) dopo 1 settimana si è osservata una riduzione dell'EM alla FAG e una riduzione dello spessore all'OCT statisticamente significativa ($<0,001$) e l'acuità visiva ha mostrato un miglioramento di tre linee di Snellen. Nei restanti occhi, a 6 settimane l'EM pareva risolto. **Conclusioni:** la maggior parte dei pazienti con CRSC ha una risoluzione spontanea dell'EM, tuttavia una piccola percentuale sviluppa un EM cronico con importanti problemi visivi. Riteniamo che il triamcinolone possa prevenire la cronicizzazione della malattia e le sue complicanze. Ulteriori indagini sono necessarie per accertare la sua efficacia nel tempo e nel prevenire le recidive.

P10 IMAGING STRUMENTALE NELLA DIAGNOSI DELLE CALCIFICAZIONI SCLEROCOROIDEALI

G. Di Marzio*, R. Forte**, L. Di Antonio*, C. Di Nardo**, L. Mastropasqua*

* *Clinica Oftalmologica, Università "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara*

** *Divisione di Oculistica, Ospedale Civile di Atri (TE)*

Obiettivo dello studio: le calcificazioni sclerocoroideali sono lesioni benigne, non di frequente riscontro, caratterizzate da deposito di calcio a livello della coroide e della sclera che in alcuni casi possono alterare la funzione visiva, causando metamorfopsie e neovascolarizzazione coroideale. Obiettivo dello studio è valutare le caratteristiche morfologiche e funzionali mediante ecografia, OCT e FAG e campimetria in due pazienti affetti da calcificazioni sclerocoroideali. **Materiali e metodi:** valutazione dell'acuità visiva, campimetria computerizzata, ecografia A-B-scan, OCT, Fluorangiografia. **Risultati:** l'acuità visiva corretta (astigmatismo miotico semplice) dei pazienti era 10/10 in entrambi gli occhi. L'esame del campo visivo è risultato normale. L'ecografia A-B-scan ha dimostrato la presenza di lesioni sclerocoroideali multiple iperecogene, ad alta riflettività con assorbimento totale del suono ed ombreggiamento acustico posteriore. L'esame OCT ha evidenziato la presenza di un'area spessa ed iper-riflettente in sede coroideale. La fluorangiografia ha evidenziato un'iperfluorescenza tardiva da impregnazione della lesione. **Conclusioni:** tra tutti gli esami praticati l'ecografia standardizzata A-B-scan è risultata essere la metodica diagnostica più affidabile e specifica per la diagnosi ed il follow-up di queste lesioni.

P11 UTILIZZO DI LENTI A CONTATTO ESACURVE A GEOMETRIA INVERSA IN OCCHI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA

L. Mele, A.E. Ragucci, F. Pellegrino, A. Bianco, M. Cioce, M.G. Iovino
Dipartimento di Oftalmologia, Seconda Università di Napoli

Obiettivi: confrontare l'efficacia, delle lenti a contatto esacurve ortocheratologiche rispetto alle lenti RGP tradizionali a sei mesi dall'utilizzo, in pazienti sottoposti a cheratoplastica perforante attraverso il miglioramento della BCVA e della UCVA. **Pazienti e metodi:** in 5 pazienti, 36 mesi post cheratoplastica perforante, abbiamo valutato UCVA, BCVA, biomicroscopia, topografia, aberrometria prima dell'applicazione e dopo 30 min, 3h, 6h, 12h dalla rimozione di I.a.c. RGP ortocheratologiche diurne e di I.a.c. RGP tradizionali portate 4h die/ 6 mesi. **Risultati:** in tutti i pazienti si è osservato un miglioramento della UCVA, della BCVA e della coma fino a circa 6 ore dalla rimozione delle I.a.c. esacurve, rispetto alle I.a.c. RGP tradizionali che non hanno determinato alcun miglioramento significativo dei suddetti parametri. **Conclusioni:** le I.a.c. esacurve si sono dimostrate le più adatte per: miglioramento del visus naturale e corretto, grazie alla riduzione della coma, assenza di reazioni avverse fisio-metaboliche e comfort ottimale.

P12 DATI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI IN 78 CASI DI PSEUDOEXFOLIATIO CAPSULAE (PEX)

D. Paoli, M. Degrassi

SOC Oculistica, Ospedale di Monfalcone (GO)

Obiettivo: la PEX è considerata fattore rischio per il glaucoma. Vengono selezionati 78 pazienti con PEX per valutare l'incidenza dell'affezione nei due sessi, la bilateralità e un tono considerabile come patologico. **Materiali e metodi:** 78 pazienti sono stati esaminati alla LAF e tonometrati, sottoposti a campo visivo con programma 30/2 Humphrey. **Risultati:** dei

78 pazienti, 37 erano maschi, 41 femmine. L'età media era 76 anni, in 49 pazienti la PEX era bilaterale (63%) e monolaterale nel 37%. In 52 pazienti era presente glaucoma (66%), fra questi, 47 ad angolo aperto (60%), 5 ad angolo stretto (6%). Il glaucoma era bilaterale in 46 pazienti (59%) e 20 di questi erano femmina (43%) 26 era maschio (57%). In 17 pazienti la PEX era monolaterale e il glaucoma era presente nello stesso occhio (22%). Mentre in 12 pazienti la PEX era monolaterale ed il glaucoma non era presente in quell'occhio (15%). **Conclusioni:** la PEX rappresenta uno dei fattori con maggior incidenza di malattia glaucomatosa, l'associazione con glaucoma ad angolo stretto è sporadica.

P13 EFFUSIONE COROIDEALE MASSIVA DOPO CICLOFOTOCOAGULAZIONE DEI CORPI CILIARI IN PAZIENTE AFFETTA DA GLAUCOMA INFANTILE SECONDARIO IN SINDROME DI STURGE-WEBER: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

F. Quagliano, G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari
Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: descrizione di una caso clinico di effusione coroideale massiva dopo ciclofotocoagulazione dei corpi ciliari in paziente affetta da glaucoma in Sindrome di Sturge-Weber. **Materiali e metodi:** presentiamo il caso di una paziente di 9 anni affetta da glaucoma secondario sottoposta a intervento filtrante e successivamente a ciclofotocoagulazione dei corpi ciliari per scompenso tonometrico (IOP di 28 mmHg, terapia massimale). **Risultati:** il giorno dopo la chirurgia è stato riscontrata un'effusione coroideale massiva e un distacco sieroso del neuroepitelio al polo posteriore. L'acuità visiva è passata da 5/10 a 1/50, la pressione intraoculare era di 20 mmHg. Il caso clinico è stato documentato mediante foto fundus, ecografia b-scan e OCT. **Conclusioni:** l'effusione coroideale e il distacco sieroso del neuroepitelio sono rare complicanze che possono conseguire a ciclofotocoagulazione; a nostra conoscenza questo è l'unico caso di tali complicanze descritto in paziente con Sindrome di Sturge-Weber.

P14 MORFOLOGIA DELLA PAPILLA OTTICA IN OCCHI CON OCCLUSIONI VENOSE RETINICHE

T. Rolle, L. Belli, B. Brogliatti, F.M. Grignolo
Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Sezione di Oftalmologia, Clinica Oculistica, Università degli Studi di Torino

Obiettivo: definire se le caratteristiche morfologiche della papilla possono suggerire un rapporto eziopatogenetico con le occlusioni venose retiniche (OVR) in relazione al sito di occlusione ed alla presenza di POAG. **Materiali e metodi:** 48 pazienti affetti da OVR unilaterale di cui 30 pazienti sine POAG (30 occhi), (età media $62,25 \pm 10,94$ anni, IOP media $15,45 \pm 1,82$ mmHg) e 18 pazienti affetti da POAG (18 occhi), (età media $68,45 \pm 7,4$ anni, IOP media $18,78 \pm 2,07$ mmHg). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione oftalmologica completa, analisi morfologica della papilla mediante HRT e fluorangiografia (HRA). Le occlusioni sono state classificate in base al sito di occlusione seguendo la classificazione di Beaumont (2000). **Risultati:** il sito più frequente di occlusione è risultato l'incrocio AV nei pazienti non glaucomatosi, il disco ottico (OC-CRVO) nei pazienti con POAG. Il sito di occlusione a livello del cup è risultato associato ad una età più avanzata, ad una IOP più elevata e a numerosi parametri HRT con differenze significative rispetto agli altri siti di occlusione (tra cui aumento del C/D area ratio).

P15 CHIRURGIA EPISCLERALE SENZA CRIOCOAGULAZIONE NEL DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO (DRR)

C. Salati, G. Migliorati, P. Brusini
S.O.C. di Oculistica, A.O. S. Maria della Misericordia, Udine

Scopo del lavoro: valutare l'efficacia della chirurgia episclerale senza l'utilizzo di retinopessia delle rotture retiniche mediante criocoagulazione in casi selezionati di distacco di retina regmatogeno. **Materiale e metodi:** abbiamo incluso nel nostro studio 15 pazienti affetti da DRR con rotture retiniche multiple o singole, ma di dimensioni superiori a due diametri papillari. In tutti i casi è stato eseguito un cerchiaggio associato o meno a piombaggio circonferenziale e a puntura evacuativa. In 8 casi, è stata eseguita una retinopessia post-operatoria delle rotture retiniche mediante fotocoagulazione laser. **Risultati:** in un follow-up medio di 18 mesi in tutti i pazienti è stato possibile ottenere un riaccollamento retinico completo. Nessun caso è stato complicato da recidive di distacco retinico, né da proliferazioni vitreo-retiniche. **Conclusioni:** il non utilizzare la criopessia può essere considerata una scelta chirurgica accettabile in alcuni casi selezionati di DRR con rotture retiniche multiple o singole di grandi dimensioni, in cui un trattamento con criodo potrebbe favorire un'eventuale proliferazione vitreo-retinica. La retinopessia laser nel post-operatorio può considerarsi una valida alternativa una volta ottenuto il riassorbimento completo del liquido sottoretinico.

P16 STUDIO DELLA MALATTIA DI VOGT-KOYANAGI-HARADA IN UNA RISTRETTA POPOLAZIONE ITALIANA

G. Scarale*, L. Cappuccini*, V. Distefano*, F. Simoni*, C.A. Zotti*, L. Cimino*,**

* *Ambulatorio di Immunologia Oculare, U.O. di Oculistica ASMN, Reggio Emilia*** *Unità Operativa di Oculistica ASMN, Reggio Emilia*

Scopo: la malattia di Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) è una uveite granulomatosa bilaterale, poco frequente in Italia, caratterizzata da distacco retinico essudativo, disturbi meningei, poliosi, alopecia, vitiligine, disacusia. Lo studio descrive le caratteristiche cliniche di un gruppo limitato di pazienti ed evidenzia come un trattamento precoce previene la sua cronicizzazione. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo in 9 pazienti (6 maschi, 3 femmine) con diagnosi di VKH. Sono stati analizzati: segni clinici, dati di laboratorio, ritardo nella diagnosi, diagnosi differenziale, terapia, evoluzione della malattia. **Risultati:** dopo la terapia steroidea l'infiammazione era controllata in tutti i pazienti: 5 considerati guariti e 4 sono attualmente in terapia di mantenimento. **Conclusioni:** durante il follow up la VKH può manifestarsi individualmente in modo diverso. La diagnosi e il trattamento precoce prevengono le complicazioni.

P17 INIEZIONI SOTTOTENONIANE POSTERIORI DI TRIAMCINOLONE IN UN CASO DI RETINOCOROIDITE TIPO BIRDSHOT (BC)

F. Simoni, L. Cappuccini, L. Cimino

Unità Operativa di Oculistica ASMN, Reggio Emilia

Scopo: la BC è una patologia infiammatoria limitata all'occhio. Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia nel tempo di una serie di iniezioni sottotenoniane di triamcinolone in una paziente con BC. **Materiali e metodi:** dal 2000 al 2005 una paziente di 51 anni affetta da BC recidivante è stata seguita presso l'Unità Operativa di Oculistica di Reggio Emilia. La paziente fu trattata con una serie di 3 sottotenoniane di Triamcinolone acetato (40 mg) per un periodo di tre mesi. Gli effetti della terapia furono monitorati misurando l'acuità visiva e tramite gli esami di campimetria computerizzata, fluoroangiografia retinica e angiografia al verde di indocianina. **Risultati:** dopo 5 anni la paziente non ha presentato recidive, ha conservato un'acuità visiva normale e soprattutto non è mai stata sottoposta a terapia sistemica. **Conclusioni:** le iniezioni sottotenoniane di triamcinolone sono risultate estremamente efficaci nel controllo dell'infiammazione e nel mantenimento dei parametri funzionali, conservando l'efficacia nel tempo ed evitando gli effetti collaterali della terapia sistemica.

P18 POSIZIONE E DECORSO DEL CANALE OTTICO IN DIFFERENTI VERTEBRATI: CONSIDERAZIONI FILOGENETICHE

L. Colangelo*, D. Weil**, P.E. Gallenga*

* *Clinica Oculistica, Università di Chieti*** *Istituto di Oftalmologia, Università di Buenos Aires (Argentina)*

Obiettivo: valutare eventuali variazioni della posizione topografica del canale ottico in differenti specie con origini filogenetiche differenti. **Materiali e metodi:** Descriviamo le principali differenze anatomiche attraverso la Tomografia Computerizzata con sezioni assiali, coronali e sagittali di crani di caimano, gatto, cane, agnello, castoreo, uomo. **Risultati:** la posizione del Canale Ottico presenta importanti variazioni tra le differenti specie di vertebrati; questo sia per quanto riguarda la posizione del vertice orbitario, che per la base cranica. **Conclusioni:** lo studio delle caratteristiche anatomiche del chiasma ottico, della porzione sfenoidale del canale ottico, della lamina cribrosa, dell'ubicazione dei seni paranasali e specialmente delle differenti angolazioni che presenta il canale ottico, portano ad interessanti supposizioni sullo sviluppo filogenetico dei vertebrati.

P19 OSTRUZIONE CONGENITA DEL CANALE NASO-LACRIMALE

D. Weil*, L. Colangelo**, L. Guarracino**, E. Trotta**

* *Istituto di Oftalmologia, Università di Buenos Aires (Argentina)*** *Reparto di Oculistica, Casa di Cura Salus Battipaglia (SA)*

Obiettivo: illustrare a scopo didattico le cause di insuccesso di sondaggio delle vie lacrimali in età pediatrica. **Materiali e metodi:** vengono presentate, attraverso dei plastici tridimensionali, le patologie o malformazioni che causano l'insuccesso del sondaggio del canale naso-lacrimale in età pediatrica. **Risultati:** la causa più frequente della ostruzione del condotto naso-lacrimale allo sbocco del meato inferiore è la mancata apertura della valvola di Hasner, che si risolve, secondo i dati in letteratura, con il sondaggio nel 90% dei casi. Nel restante 10% l'insuccesso è spesso dovuto ad altre cause eziologiche come: fibrosi, ossificazione, alterazioni endonasali a livello del meato inferiore oppure ad ostruzione alta del canale che richiedono trattamenti alternativi. **Conclusioni:** la presentazione di plastici tridimensionali del canale naso-lacrimale normale e delle differenti patologie mostra, in modo didattico e di immediata comprensione, le cause di possibile insuccesso del sondaggio nasolacrimale.

P20 ANALISI DEL GENE MYOC IN PAZIENTI CON GLAUCOMA PRIMARIO CONGENITO PORTATORI DI UNA SOLA MUTAZIONE NEL GENE CYP1B1

I. Giuffrè¹, G. Lando², S. Penco², I. Longo³, E. Piozzi⁴, P. Frezzotti⁵, A. Marocchi², A. Guala⁶, E. Maselli⁷, A. Caporossi⁵, A. Renieri³, M.C. Patrosso²

1. *Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*

2. *Dipartimento di Diagnostica, S.C. Biochimica Clinica, Laboratorio di Genetica medica, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano*

3. *Genetica medica, Nuovo Policlinico Le Scotte, Università degli Studi di Siena*

4. *U.O. Oculistica Pediatrica, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano*

5. *Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università degli Studi di Siena*

6. *ASL Borgosesia (VC)*

7. *Clinica Zucchi, Monza*

Il glaucoma congenito primario (GCP) rappresenta lo 0.01-0.04% dei casi di cecità grave. La prevalenza alla nascita è di 1/10.000. La modalità di trasmissione è autosomica recessiva con penetranza variabile, sebbene sia stata individuata anche un'ereditarietà poligenica e multifattoriale. Studi di linkage hanno circoscritto un locus (GLC3A) nella regione 2p21 dove è stato individuato il gene associato alla forma più diffusa (CYP1B1). La frequenza di mutazioni del gene CYP1B1, in pazienti affetti, pari al 40%, confermerebbe però l'implicazione di altri geni nell'insorgenza della patologia. Altri due loci sui cromosomi 1 e 14 sono stati identificati, ma i geni responsabili non sono ancora noti. Recenti studi hanno riportato casi di GCP con mutazioni sia in CYP1B1 che nel gene della miocillina (MYOC/TIGR), implicato nell'insorgenza del glaucoma giovanile ad angolo aperto (JOAG), così come pazienti JOAG con mutazioni sia in MYOC che in CYP1B1 facendo ipotizzare una ereditarietà digenica. Sono stati analizzati per la presenza di mutazioni in CYP1B1, 70 probandi appartenenti a 65 famiglie italiane: 24 pazienti su 70 (35%) sono risultati eterozigoti composti, 5 pazienti sono portatori di un'unica mutazione in eterozigosi mentre in 41 pazienti non è presente alcuna mutazione. Questo studio si propone di rivalutare i pazienti GCP, in cui non sono state ritrovate mutazioni in CYP1B1 o siano eterozigoti per un'unica mutazione in questo gene, verificando l'eventuale presenza di mutazioni nel gene MYOC/TIGR. Lo screening della regione codificante del gene della miocillina è stata completata nei pazienti portatori di un'unica mutazione CYP1B1, individuando la presenza di due varianti amminoacidiche in zone altamente conservate della proteina (A447V, R76K) in due pazienti portatori della mutazione più frequente (G61E) in CYP1B1. Questo dato preliminare suggerisce che almeno in due casi si possa trattare di ereditarietà digenica dovuta alla presenza di un doppio eterozigote (CYP1B1/MYOC). Non avendo a disposizione dati relativi alla loro frequenza nella popolazione generale è in corso la valutazione della percentuale di presenza in individui non affetti e non correlati. Lo studio di segregazione della variante in posizione 447 ha permesso di attribuirne l'origine al genitore sano, non portatore della mutazione G61E. Nei rimanenti pazienti eterozigoti per CYP1B1 non è stata riscontrata la presenza di altre varianti.

P21 ANALISI EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI BEHÇET NELL'AREA DI REGGIO EMILIA

L. Cimino^{*,**}, C. Salvarani^{***}, L. Boiardi^{***}, L. Cappuccini^{*}

^{*} *Unità Operativa di Oculistica, Arcispedale S.M. Nuova, Reggio Emilia*

^{**} *Ambulatorio di Immunologia Oculare, Arcispedale S.M. Nuova, Reggio Emilia*

^{***} *Unità Operativa di Reumatologia, Arcispedale S.M. Nuova, Reggio Emilia*

Obiettivo: analisi epidemiologica della malattia di Behçet (BD) in pazienti residenti nell'area di Reggio Emilia in un periodo di 17 anni. **Materiali e metodi:** dal 1° gennaio 1988 al 31 dicembre 2004 sono stati selezionati i pazienti affetti da Behçet residenti nell'area di Reggio Emilia. **Risultati:** in 18 pazienti è stata diagnosticata la malattia di Behçet. L'incidenza annuale corretta per età e sesso era 0,24/100.000. Le manifestazioni oculari, più comuni negli uomini, sono comparse nel 27.8% dei pazienti alla diagnosi e nel 55.6% durante il follow-up. 7/10 pazienti con patologia oculare sono stati trattati con farmaci immunosoppressori e corticosteroidi. In tutti i pazienti dopo il trattamento è migliorata l'acuità visiva. Solo 2/10 pazienti risultavano in terapia all'ultima visita. **Conclusioni:** in Italia la malattia di Behçet non è fatale e la prognosi oculare è buona.

P22 REOFERESI NELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

C. Marconcini^{*}, M. Romagnoli^{*}, D. Galli^{*}, P. Mattei^{**}, R. Puccini^{**}

^{*} *UO Oculistica Universitaria, Dipartimento Neuroscienze, Università di Pisa*

^{**} *Dipartimento Medicina Interna II, UO Nefrologia e Dialisi Sezione per il Trattamento Selettivo del Plasma, Università di Pisa*

Obiettivo: verificare l'efficacia della reoferesi nel rallentare la malattia e/o nel far regredire il danno retinico nella DMLE secca. **Materiali e metodi:** si tratta di un trial controllato randomizzato approvato dal comitato etico di Pisa. I pazienti hanno eseguito 10 trattamenti di reoferesi in 10 settimane secondo il seguente schema: un trattamento il 1° e 4° giorno da ripetere ad intervalli di 14 giorni. La durata del trattamento prevista per singolo paziente è di

un anno, con controlli periodici ogni 3 mesi. Al momento sono stati trattati cinque pazienti (età media 72 anni, 3 femmine e 2 maschi) ed il follow-up a 1 anno non è ancora terminato. **Risultati:** in tutti gli occhi gli esami diagnostici hanno dimostrato una stabilizzazione della lesione ed una non progressione del danno, ma soprattutto tutti gli occhi hanno presentato un miglioramento dell'acuità visiva con un guadagno medio di 1/10. **Conclusioni:** sulla base dei risultati preliminari da noi ottenuti, la reoferesi può essere considerata una valida scelta terapeutica per la maculopatia senile, in particolare per le forme "secche".

P23 DIFFERENTE ESPRESSIONE CLINICA IN UNA FAMIGLIA ITALIANA CON MUTAZIONE NEL GENE RDS-PERIFERINA E DISTROFIA DELL'EPITELIO PIGMENTATO RETINICO

F. Testa*, S. Rossi*, E. Interlandi*, M.C. Napolitano**, G. Virgili***, F. Bandello**, F. Simonelli*

* Dipartimento di Oftalmologia, Seconda Università di Napoli

** Dipartimento di Oftalmologia, Università di Udine

*** Dipartimento di Oftalmologia, Università di Firenze

Obiettivo: descrivere una nuova mutazione nel gene RDS-periferina in una famiglia con distrofia dell'epitelio pigmentato retinico (EPR). **Materiali e metodi:** sei membri di una famiglia con diagnosi di distrofia ereditaria della retina sono stati sottoposti a valutazione dell'acuità visiva corretta (AVC), test di Amsler, fondo oculare, elettroretinogramma ed analisi molecolare del gene RDS/periferina. **Risultati:** l'analisi molecolare ha rivelato una nuova mutazione (C165R) nel gene RDS in tutti i membri affetti della famiglia. L'AVC variava da 20/50 a 20/20. Il test di Amsler risultava alterato in tutti i membri. All'esame del fondo oculare tre pazienti presentavano un quadro tipo "fundus flavimaculatus", un paziente una distrofia tipo "butterfly-shaped" e due pazienti mostravano aree di depigmentazione/iperpigmentazione focale in regione maculare. L'elettroretinogramma risultava nella componente scotopica estinto in due pazienti, ridotto in uno e nella norma negli altri tre soggetti; nella componente fotopica era subnormale in 5 pazienti e normale in uno. **Conclusioni:** la mutazione C165R nel gene RDS/periferina si associa ad una differente espressione clinica di distrofia dell'EPR in una stessa famiglia. Ciò suggerisce il probabile coinvolgimento di altri geni o di fattori ambientali nella patogenesi della malattia.

P24 RISOLUZIONE DELL'EDEMA MACULARE CISTOIDE (EMC) NELL'UVEITE ASSOCIATA AD ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG) TRATTATA CON INFLIXIMAB

M.E. Zannin, G. Martini, D. Meneghesso, E. Pilotto*, S. Piermarocchi*, F. Zulian

D.A.I. di Pediatria e *Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: Il trattamento dell'uveite cronica-AIG correlata rimane controverso. Non c'è accordo sull'uso degli immunosoppressori, come il Metotrexate e gli anti-TNF, di seconda linea nelle uveiti refrattarie. **Obiettivo:** Verificare efficacia e sicurezza di Infliximab (Remicade) nell'uveite severa AIG-correlata. **Metodo:** Due pazienti (F, ANA+, 15 e 8 anni), con uveite cronica AIG-correlata complicata da EMC, sono state sottoposte a trattamento con Infliximab e.v. (3-3.5 mg/kg). Le infusioni sono state ripetute dopo 2, 6 e, successivamente, 6-8 settimane. Nel follow-up (3-24 mesi) sono stati monitorati la risposta clinica e gli effetti collaterali. **Risultati:** In entrambi i casi si è evidenziata completa remissione dell'EMC, confermata all'OCT. Il recupero funzionale, contemporaneo al miglioramento obiettivo in un caso, è iniziato in ritardo nel secondo. Una recidiva di EMC, comparsa dopo un intervallo del farmaco di 8 settimane, si è risolta anticipando a 4 settimane la dose successiva. Una paziente ha sviluppato ipertono oculare, senza effetti collaterali sistemici. **Conclusioni:** La nostra limitata esperienza dimostra efficacia di Infliximab sull'EMC nell'uveite cronica AIG-correlata. L'intervallo fra le infusioni diventa critico oltre le 6 settimane. Si raccomanda controllo della tensione endoculare.

P25 ENOFTALMIA CRONICA PROGRESSIVA: LA SINDROME DEL SENO SILENTE

L. Colangelo*, D. Weil**, E. Trotta*, L. Guarracino*

* Reparto di Oculistica, Casa di Cura Salus Battipaglia (SA)

** Istituto di Oftalmologia, Università di Buenos Aires (Argentina)

Obiettivo: presentare i segni, sintomi e caratteristiche radiologiche di una patologia infrequente che origina dal seno mascellare. **Materiali e metodi:** vengono descritti due casi, di enoftalmo acquisito unilaterale progressivo con ipogloblo per abbassamento del pavimento orbitario. L'esame oftalmologico risultava normale, non erano evidenti sintomi sinusali. Entrambi i pazienti sono stati sottoposti a TC e RMN e a trattamento chirurgico. **Risultati:** le caratteristiche radiologiche sono la contrazione del seno mascellare, il cambio strutturale del pavimento orbitario, e la deviazione del setto nasale. Il risultato chirurgico ha prodotto drenaggio antrale, ripristino della ventilazione del seno e ricostruzione dell'architettura orbitaria con buon recupero funzionale ed estetico. **Conclusioni:** la sindrome del seno silente è una rara entità dovuta ad ingrandimento progressivo della cavità orbitaria per atelectasia del seno mascellare. Nonostante l'assenza di relazioni con patologie maligne, si accompagna frequentemente a sinusiti mascellari e può produrre effetti devastanti sia estetici che funzionali.

P26 NOSTRA ESPERIENZA CON LENTI ACRILICHE MULTIFOCALI NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

M. Ortolani, V. Della Pasqua, S. Volanti, B. Bernabini, A. Brancaleoni

U.O. Oculistica, Ospedali di Rimini-Riccione-Cattolica

Obiettivo: valutare il risultato ed il grado di soddisfazione dei pazienti dopo facoemulsificazione ed impianto di IOL multifocale. **Materiali e metodi:** in questo studio retrospettivo abbiamo esaminato 40 pazienti operati di cataratta bilaterale suddivisi in due gruppi: gruppo 1 (20 pazienti) ha ricevuto un impianto multifocale con lente acrilica ReZoom AMO e gruppo 2 (20 pazienti) un impianto monofocale con lente acrilica AR40. **Risultati:** entrambi i gruppi hanno ottenuto una buona acuità visiva post-operatoria per lontano senza correzione aggiuntiva. In tutti i pazienti del gruppo 2 (100%) è stata necessaria una addizione positiva per vicino (l car da +2.50 a +3 D), mentre solo nel 25% dei pazienti del gruppo 1 si è resa necessaria una modesta addizione per vicino (l car da +1 a +1.50). Nessun paziente ha riferito fenomeni da glare. **Conclusioni:** premesso che tutti i pazienti hanno riferito alta soddisfazione del risultato, i pazienti del gruppo 1 (IOL multifocale) hanno certamente ottenuto un migliore risultato refrattivo complessivo.

P27 FACO FREDDA BIMANUALE: RISULTATI DI UN'ESPERIENZA QUINQUENNALE

F. Passani, R. Martini, V. Pianini

U.O. Oculistica, ASL 1 di Massa e Carrara

Obiettivo: valutare i vantaggi della tecnica faco fredda bimanuale tecnologia white star rispetto alla tecnica faco coassiale classica. **Materiali e metodi:** 400 pazienti sottoposti ad intervento di cataratta nel quinquennio 2001-2005 e divisi in 2 gruppi: gruppo A (300 occhi) trattato con faco fredda bimanuale tecnologia white star (micropunta di 0.8 mm da 15° e 30°, lente da microincisione introdotta a ore 12); gruppo B (300 occhi) sottoposto a faco coassiale classica. Gli interventi sono stati eseguiti dal medesimo operatore in anestesia topica. Parametri esaminati: EPT, danno endoteliale (a 1°-7° gg), spessore corneale (a 1°-7° gg), astigmatismo corneale (a 7°-30° gg). **Risultati:** EPT 3.5 sec (gruppo A), 5.2 sec (gruppo B). Percentuale media di cellule endoteliali perse 14% (346 cellule/mm²) (gruppo A), 16% (395 cellule/mm²) (gruppo B). Spessore corneale postoperatorio medio 540±45 microns (gruppo A), 590±61 microns (gruppo B). Variazione postoperatoria media dell'astigmatismo corneale ±0.25D nel 90% dei casi (gruppo A), +0.75D/-0.25D nel 85% dei casi (gruppo B). **Conclusioni:** la faco fredda bimanuale riducendo il danno endoteliale, l'edema corneale e l'astigmatismo corneale abbrevia i tempi di riabilitazione visiva postchirurgica.

P28 [Poster ritirato]

P29 [Poster ritirato]

P30 PHACO EASY CUTTER, UN NUOVO STRUMENTO PER LA FACOEMULSIFICAZIONE SOPRACAPSULARE

M. Iori

Unità Operativa di Oculistica, Azienda Ospedaliera di Crema

Scopo: viene descritto l'utilizzo di una nuova spatola per eseguire una variante "non flip" della tecnica di facoemulsificazione sopracapsulare. **Metodi:** passaggi chirurgici: il nucleo viene inclinato fuori dal sacco capsulare ("Tilt"), con il margine sul piano irideo, mediante l'idrodissezione; attraverso l'incisione di servizio viene introdotta sotto il nucleo una spatola (Iori Phaco Easy Cutter, Asico AE-2542) piatta con margine interno acuto, margine esterno e punta smussi; la punta faco viene affondata profondamente al centro del nucleo con una scarica di ultrasuoni, lo strumento viene orientato verso la punta faco e, agendo con la parte tagliente dello strumento, si ottiene il "Cracking" del nucleo. La manovra viene poi ripetuta per ottenere altre fratture. Sono stati operati 200 pazienti, in un occhio con la tecnica Tilt & Crack, nell'altro occhio con tecnica di chop intracapsulare. Tutti gli interventi sono stati eseguiti dallo stesso chirurgo. Sono stati esclusi dallo studio i nuclei estremamente duri. **Risultati:** tempi chirurgici più rapidi, minore flusso di liquidi, maggiore sicurezza per la capsula posteriore sono i punti a favore della tecnica "Tilt & Crack"; lo studio non ha evidenziato differenze significative in termini di perdita endoteliale tra le due tecniche. **Conclusioni:** la tecnica è efficace, sicura, semplice ed adatta anche per i chirurghi meno esperti.

P31 APPLICAZIONE DI DIAFRAMMA IRIDEO AD ANELLO PER LA CORREZIONE DI MIDRIASI FISSA

P. Regondi, M.A. Rigamonti, O. Beccaria

Struttura Complessa di Oculistica, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'efficacia e la funzionalità di un diaframma irideo ad anello in casi di midriasi fissa. **Materiali e metodi:** in 3 occhi di 3 pazienti che presentavano midriasi fissa (1 occhio successiva a cheratoplastica perforante, 1 in seguito a trabeculectomia sec. Cairns ed 1 dopo vitrectomia per edema maculare diabetico) è stato impiantato un doppio diaframma irideo ad anello sec. Rasch/Rosenthal/Zirm con diametro pupillare di 3.5 mm. L'impianto è stato effettuato nel sacco capsulare davanti alla lente intraoculare, successivamente ad intervento di cataratta ed impianto della lente intraoculare stessa. **Risultati:** l'impianto è risultato agevole, anche se il diaframma appare molto fragile durante le manovre di manipolazione con possibile rottura. Il diaframma irideo è risultato nel postoperatorio ben tollerato e con una buona centratura. **Conclusioni:** l'integrità del sacco capsulare è risultato necessario al fine dell'impianto; i due diaframmi vanno ruotati uno sull'altro una volta inseriti nel sacco capsulare per ottenere un diaframma irideo senza soluzione di continuo dei segmenti.

P32 RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERANTE: CHIRURGIA BIMANUALE, TRIAMCINOLONE-ASSISTITA E TECNICA "RE-FLOW"

P. Rossini, C. Forlini, A. Aversano

Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Obiettivo: presentare un'originale tecnica di vitrectomia con infusione in camera anteriore ed uso intravitreale di triamcinolone acetone, per il trattamento chirurgico della retinopatia diabetica proliferante. **Materiali e metodi:** caso di retinopatia diabetica florida giovanile. Abbiamo utilizzato un'infusione (26 G) in camera anteriore, vitrectomia triamcinolone-assistita, utilizzo di un "candeliere" endoilluminante, tecnica bimanuale per delaminare e disseccare le MER proliferanti e per evidenziare il vitreo, e la ialoide posteriore. Staining con IFCG e peeling della MLI. PRP finale. **Risultati:** retina piana. Visus preoperatorio 1/60, visus postoperatorio 3/10. **Conclusioni:** la creazione di un flusso inverso nella chirurgia vitreoretinica del paziente fuchico, è importante per ottenere una rimozione completa del vitreo, evitando il rischio d'insorgenza di cataratta iatrogena. L'iniezione di TA permette una perfetta visualizzazione del vitreo rimanente e della ialoide posteriore, e la sua completa rimozione con tecnica bimanuale.

P33 TRATTAMENTO CHIRURGICO DI PTERIGIO RECIDIVATO MEDIANTE TRAPIANTO AUTOLOGO DI EPITELIO CONGIUNTIVALE TRYPAN BLUE ASSISTITO

P. Regondi, M.A. Rigamonti, O. Beccaria

Struttura Complessa di Oculistica, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: presentare la tecnica chirurgica di colorazione con Trypan Blue (TB) della capsula del Tenone in sede di prelievo di epitelio congiuntivale per il trattamento dello pterigio recidivato. **Materiali e metodi:** 6 occhi di 6 pazienti sono stati sottoposti ad asportazione di pterigio recidivato, iniezione sottocongiuntivale di TB mediante ago 30G in sede di congiuntiva bulbare inferiore, prelievo di lembo libero di epitelio congiuntivale quindi rilocazione del lembo stesso nella sede dello pterigio e sutura con vycril 9.0. **Risultati:** il decorso postoperatorio è risultato regolare sia in sede di prelievo che di impianto del lembo congiuntivale. **Conclusioni:** la colorazione con TB consente un'ottima visualizzazione del piano congiuntiva-capsula di Tenone consentendone una precisa dissezione.

P34 DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN PRESENZA DI NEOVASCOLARIZZAZIONE COROIDEALE IDIOPATICA

S. Donati, M. Bianchi, M. Maffei, P. Barosi, C. Azzolini

Clinica Oculistica, Università dell'Insubria, Varese

Obiettivo: evidenziare il corretto percorso diagnostico e terapeutico in un caso di neovascolarizzazione coroideale idiopatica. **Materiali e metodi:** paziente con calo visivo in OD e metamorfopsie da 2 mesi. La paziente è stata sottoposta a visita oculistica completa, fluorangiografia e angiografia al verde d'indocianina. **Risultati:** il quadro patologico si identificava nella coroidopatia sieroemorragica giovanile (CSEG). La paziente si è presentata con un visus pari a 4/10 e metamorfopsie in OD. È stata trattata con terapia cortisonica e diuretici e successivamente con terapia fotodinamica (2 sedute). A 6 mesi di follow-up la paziente ha presentato un recupero visivo pari a 9/10. **Conclusioni:** nel nostro caso la terapia combinata ha avuto un esito positivo, vista la prognosi favorevole, la natura focale, le dimensioni contenute della patologia neovascolare e l'ottima risposta al trattamento nei soggetti giovani. In questa direzione sono stati evidenziati utili percorsi di valutazione alla luce delle nuove apparecchiature diagnostiche disponibili.

P35 TRATTAMENTO DI SUBLUSSAZIONE DI IOL E SACCO CAPSULARE: RUOLO DEL SISTEMA 25 GAUGE ED IMPIANTO DI IOL A FISSAZIONE IRIDEA

A. Aversano, P. Rossini, C. Forlini

U.O. Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Scopo: l'utilizzo del sistema 25 gauge nella vitrectomia mini-invasiva, con infusione 25 gauge in camera anteriore, nel riposizionamento o sostituzione di IOL sublussata. **Materiali e metodi:** un caso di sublussazione di IOL+ sacco capsulare. Infusione 25 gauge in camera anteriore, per prevenire prolasso di vitreo nella stessa e vitrectomia anteriore e centrale triamcinolone-assistita, via pars plana o via limbus. Sostituzione della IOL con una fissazione iridea, sulla superficie posteriore dell'iride. **Risultati:** Visus corretto preoperatorio 1/10, visus corretto postoperatorio 8/10. IOL a fissazione iridea stabile, senza segni di reazione iridea o ciliare. Si segnala una lieve e transitoria dispersione di pigmento in camera anteriore e in camera vitrea. CD endoteliale preoperatoria 2455 cellule/mm³, postoperatoria 2321 cell/mm³. **Conclusioni:** l'utilizzo del sistema 25 gauge, come ausilio nel riposizionamento o nella sostituzione di IOL lussate/sublussate risulta utile per la sue caratteristiche mini-invasive, che permettono, quando possibile, anche un approccio anteriore limbare.

La IOL a fissazione iridea rappresenta una valida e più rapida alternativa alla tradizionale fissazione sclerale.

P36 TRASLOCAZIONE MACULARE CIRCOLARE CON RIMOZIONE DI CNV MIOPICA ED USO DI SILICONE PESANTE

C. Forlini, P. Rossini, A. Aversano

U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Obiettivo: Case report. Mostrare l'utilizzo di olio di silicone pesante (Oxane HD) in un caso di traslocazione maculare con tecnica di Eckardt, e rimozione di membrana neovascolare in miope elevato. **Materiali e metodi:** Pz. maschio, 44 aa, miope (SE - 20D), fachico, con CVN miopica. Visus corretto preoperatorio 1/60. Facemulsificazione del cristallino con impianto di IOL, vitrectomia standard a 3 porte, triamcinolone-assistita. Si induce distacco di retina totale con ago da 41 gauge e si procede con una retinotomia circolare a 360° seguita da rimozione della CNV. Scambio parziale fluido-perfluorocarbonato liquido e rotazione retinica di 40°, al di fuori dell'area di alterazione dell'EPR. Endolaser a 360 e tamponamento con Oxane HD. Dopo 60 gg rimozione del tamponante. **Risultati:** follow-up 3 mesi, visus corretto 2/10. Non segni di tossicità retinica, né di emulsificazione al momento delle rimozione dell'Oxane. **Conclusioni:** la scelta del silicone pesante ci assicura la formazione di una bolla unica in grado di riempire totalmente la cavità vitreale, tamponando sia centralmente lo stafiloma sia la periferia retinica. Ciò risulta utile in casi complessi di chirurgia vitreoretinica, qual'è la traslocazione maculare, e migliora la compliance postoperatoria del paziente.

P37 DISPERSIONE PIGMENTARIA DOPO IMPIANTO DILENTE FACHICA A FISSAZIONE IRIDEA PER MIOPIA

M. Iori

Unità Operativa di Oculistica, Azienda Ospedaliera, Crema

Obiettivo: case report. **Metodi:** viene descritta una importante dispersione pigmentaria dopo l'impianto di una lente fachica a fissazione iridea per miopia che ha interessato la superficie anteriore del cristallino con piccole sinechie posteriori dell'iride, la faccia posteriore della lentina in modo intenso ed anche la faccia anteriore della lentina. Il fenomeno si è manifestato in terza giornata postoperatoria senza segni di flogosi, è aumentato durante la settimana successiva, per poi stabilizzarsi per un mese; nei due mesi successivi si è assistito ad una lieve riduzione. Il visus, dopo la terza giornata postoperatoria, è sempre stato inferiore a 1/10. Al terzo mese la lentina è stata espantata e sostituita con una lentina fachica pieghevole ad appoggio angolare. **Risultati:** dopo la sostituzione della lente si è ottenuto il risultato refrattivo originariamente programmato, la dispersione pigmentaria si è completamente arrestata e i depositi sulla faccia anteriore del cristallino si sono notevolmente ridotti. **Conclusioni:** la dispersione pigmentaria è avvenuta verosimilmente a causa dello schiacciamento dell'iride tra la lentina e la faccia anteriore del cristallino in prossimità dell'area pupillare. Verranno mostrate immagini, alcune fasi del video chirurgico e considerazioni cliniche.

- Accorinti M. 34
 Acquaviva A. 38
 Actis G. 52, 57
 Aiello A. 65
 Aimino G. 57, 66
 Albert T. 31
 Alessio G. 47, 48, 51
 Aliberti S. 37
 Altafini R. 66
 Amato G. 36, 37, 59
 Ambrosino L. 67
 Angi M. 44
 Anselmetti G. 40, 45
 Aondio A. 48
 Appolloni R. 35
 Aragona P. 34
 Armenio L. 38
 Arpa P. 30, 38, 44, 45, 55, 57, 64
 Arrico L. 67
 Aversano A. 46, 60, 61
 Avitabile T. 45
 Avoni L. 59
 Avvisati M. 65, 66
 Azar D. 51, 62
 Azzolini C. 30, 34, 38, 42, 45, 54, 60, 64
 Azzolini M. 38, 48, 57, 64, 67
 Baglioni L. 67
 Bailo G. 66
 Bajocchi G. 58
 Balacco Gabrieli C. 31, 41, 44
 Baldeschi L. 43, 52
 Balestrazzi E. 33, 35, 38, 39, 41, 46, 50, 55
 Balzarini L. 36
 Bandello F.M. 32, 34, 42, 60
 Barboni P. 58
 Bardocci A. 58
 Barosi P. 60
 Bartoli F. 47
 Bartolino A. 51
 Bartz-Schmidt U. 30
 Basile L. 56
 Battaglia Parodi M. 33, 34, 36, 46
 Battistello D. 37, 59
 Battistini A. 45, 64
 Bauchiero L.A. 52, 57
 Beccaria O. 37, 60
 Bedei A. 65
 Belcaro G. 35
 Belli L. 59
 Bellizzi G. 37, 38
 Bellizzi M. 37, 38, 58
 Belloli V. 37, 59
 Bellucci R. 41, 42, 47, 48, 61, 63, 67
 Bergamini F. 65, 66
 Beltrame G. 41, 46, 56, 62, 63, 64
 Bernabini B. 60
 Bernardini F. 47, 57
 Bianchi C. 40, 56
 Bianchi M. 38, 60
 Bianchi P.E. 40
 Bianchi Marzoli S. 54, 58
 Bianco A. 59
 Bifani M. 31
 Biger Y. 31
 Billi B. 64
 Bini A. 37
 Blasi M.A. 33, 35
 Boccassini G. 63
 Bogetto C. 47
 Boiardi L. 60
 Boles Carenini B. 33, 45
 Bollini della Predosa G. 47
 Bona G. 40
 Bonavia L. 58
 Bonavolontà G. 52, 58, 65
 Bonci E. 46, 55
 Bopp S. 30
 Bordin P. 51
 Borgioli M. 30, 45, 54, 56, 64
 Borgioli V. 59
 Borroni C. 40
 Boschi M.C. 58
 Boscia F. 32, 34, 44, 45, 64
 Boscolo Rizzo P. 50, 66
 Bozzoni F. 45
 Brancaleoni A. 60
 Brancato R. 32, 33, 34, 38
 Brazitikos P.D. 30
 Briganti F. 65
 Brogliatti B. 59
 Brombin A. 38
 Brusaferrò S. 42
 Brusini P. 34, 35, 45, 47, 53, 60, 67
 Bruttini M. 38
 Bruzichessi D. 44
 Bucci F.A. 50
 Bucci M.G. 31
 Budo C. 62
 Buratto L. 50
 Buscemi M. 48
 Busin M. 43, 46, 48, 53, 55, 57
 Bussolari L. 38
 Buzzonetti L. 46
 Calcatelli W. 49, 65
 Camellin M. 41, 46, 47, 53
 Camesasca F. 36, 43, 46, 48, 50, 65, 66
 Campi L. 35, 37, 38, 59
 Campos E. 43, 63
 Cantarini M. 56
 Cantera E. 65
 Capobianco D. 67
 Caporossi A. 35, 38, 40, 41, 46, 50, 51, 55, 60, 62, 66, 67
 Capozzi P. 46, 59
 Cappuccini L. 45, 58, 59, 60, 63
 Caprioglio G.C. 63
 Caramello G. 36, 50, 55, 62, 67
 Carassa R. 35, 43, 45
 Carbonara C. 46, 50, 59
 Carbone V. 67
 Carella G. 34
 Cardascia N. 34
 Cardillo Piccolino F. 33
 Caretti L. 35, 37, 39
 Carlevaro G. 38, 40, 45, 54, 56, 59, 64, 65, 67
 Carones F. 35, 48, 54
 Carpino V. 41
 Carta A. 54
 Casprini F. 66, 67
 Castronovo G. 44
 Casuccio A. 67
 Cavallini G.M. 35, 37, 38, 63
 Cavazza S. 58
 Cennamo G. 45, 65
 Centofani M. 52
 Ceruti P. 67, 68
 Cesarone M.R. 35
 Cetta F. 38
 Chiesi C. 35, 38, 59, 63
 Chiosi R.E. 63
 Chu R. 51, 62
 Ciardella A. 33
 Cillino S. 67
 Cimperle U. 65
 Cimino L. 58, 59, 60
 Ciocce M. 59
 Cocco F. 65
 Codenotti M. 36, 38
 Colangelo L. 60, 60
 Colecchia L. 45, 65
 Colella L. 67
 Colombo G. 36
 Colosi P. 48
 Console V. 40
 Conti L. 36, 49, 51, 57, 63
 Conti P. 42
 Coppola M. 38, 57, 64
 Corydon L. 50
 Criscuoli A. 66
 Crivellari M.G. 66
 Cruciani F. 44, 56
 Cusati G. 65
 D'Agostino P. 40, 41
 Dal Fiume E. 30, 44, 55, 56
 Dalla Pellegrina N. 48
 Dal Vecchio M. 47
 D'Amato L. 47
 D'Amelio S. 58
 D'Angelo A. 38
 Da Pozzo S. 67, 68
 D'Arrigo F. 65
 Davi G. 57
 De Bac M. 43
 De Casa N. 44, 50, 51, 62, 64, 65
 de Conciliis C. 47, 57
 De Devitiis E. 65
 De Gaetano C. 66
 De Gioia E. 46
 Degli Esposti S. 38, 59, 68
 Degrassi M. 59
 De Gregorio F. 43
 Della Pasqua V. 60
 Della Valle V. 59
 Delle Grottaglie M. 38, 59, 67
 De Martino L. 68
 Delle Noci N. 33
 Dell'Omo E. 45, 56
 Delvecchio G. 35, 38
 De Martino L. 38, 59
 Dementiev D. 62
 De Molfetta V. 30, 38, 44, 45, 54, 57
 De Negri A.M. 54, 58
 De Pino A. 46
 De Renzo A. 65
 De Rosa G. 65
 De Sanctis U. 36, 57
 De Vitto V. 65
 Di Antonio L. 59
 Di Biase A. 66
 Dickmann A. 43, 63
 Di Giacomo N. 65
 Di Gregorio A. 48
 di Lauro R. 30, 44, 54, 64, 67
 Di Lisa F. 43
 Di Maita M. 46
 Di Maria A. 36
 Di Marzio G. 46, 59
 Di Nardo C. 59
 Di Pace F. 67
 Di Silvestre L. 37
 Distefano V.F.A. 60
 Di Stefano G. 34, 67
 Di Tizio F. 65
 Ditzen K. 52, 63
 Dolcino D. 40
 Donati S. 34, 38, 54, 60, 67
 Dossi F. 57, 60
 Dossi R. 51, 57
 Drago D. 58
 Drago F. 54
 Duca A. 47, 66
 Ducange P. 38
 Eandi C.M. 36
 Erginay A. 48
 Faillace L. 54
 Falcinelli G. 59
 Falsini B. 37, 39
 Fanelli P. 38
 Fantaguzzi P. 30, 45, 45, 63, 64
 Fantozzi M. 35
 Fasciani R. 46
 Fea A. 47
 Federici S. 67
 Fenzi G. 65
 Ferrara V. 30, 37, 59
 Ferreri G. 63
 Fiore C. 33
 Fiorillo A. 65
 Fiorini P.F. 37, 46, 66
 Fontana L. 46, 48, 51, 57, 59, 63
 Foresta C. 38

- Forlini C. 30, 45, 46, 56, 60, 61
 Forte R. 59
 Fortunato M. 39, 46, 49, 59
 Foti N. 48
 Franceschetti A. 31
 Franchini A. 35, 47, 63
 Franzetti C. 37
 Fresina M. 43
 Frezzotti P. 34, 60
 Frezzotti R. 38
 Frisina R. 48
 Frongia G. 57, 58
 Frosini R. 43, 63
 Fruscella S. 55
 Furino C. 34
 Galan A. 38, 39, 41, 53, 55, 62, 64
 Gallenga P.E. 31, 41, 45, 60
 Galli D. 60
 Gambaro S. 40
 Gandolfi S. 34, 41, 42, 45, 53, 54
 Garimoldi P. 48, 53
 Garziona F. 38
 Gaucher D. 48
 Gaudric A. 48
 Gelso A. 65
 Genisi C. 46
 Genovesi Ebert F. 45
 Gentile M.C. 37
 Georghas S. 50, 51
 Ghirelli G. 58
 Giachino D. 38
 Giacomelli G. 32
 Giacomotti E. 47
 Giambene B. 37, 58
 Giannecchini G. 65
 Giannecchini I. 65
 Giansanti F. 59
 Giardini P. 35, 63, 64, 65
 Gigli G. 67
 Gilardi E. 63
 Gini G. 45, 56
 Giorgi P. 48
 Giovannini A. 32, 33, 58
 Girolami F. 37
 Giuffrè I. 60
 Goffi V. 46
 Goisis M. 58
 Gori E. 42
 Gravina L. 46
 Graziosi P. 56
 Grgic V.A. 67
 Grieco G. 50, 63
 Grignaffini G. 42
 Grignolo F.M. 36, 45, 47, 59
 Guagliano R. 40
 Guala A. 60
 Guaraldi G. 38
 Guareschi M. 58
 Guarnaccia G. 42
 Guarracino L. 60
 Hadjistilianou T. 33, 38, 49, 58
 Haefliger E. 50, 51
 Haouchine B. 48
 Herbort C.P. 58, 59
 Iaccarino G. 45
 Iacono G. 54
 Iarossi G. 37, 39
 Iester M. 66
 Ignani S. 46
 Ilardi L. 40
 Illiano M. 39, 59
 Indemini P. 36
 Interlandi E. 60
 Introini U. 32, 43
 Ioannidis A. 39
 Iori F. 63
 Iori M. 60, 61
 Iovino M. 59
 Iuliano A. 58
 Izak M.G.J. 50, 62
 Jacobbi M. 36, 47
 Kacerik M. 38
 Khaki Sahneh F. 66
 Kirchhof B. 30
 Klyce S. 51
 Knorz M. 50, 51
 Kreissig I. 30
 Laborante A. 48, 59
 Laffi G.L. 58, 66
 Lanci M. 59
 Lando G. 60
 Lanzafame F. 58
 Lanzetta P. 32, 37, 42
 Latanza L. 34
 Lattanzio R. 38, 46
 Laurelli F. 61
 Lazzarini A. 35, 38
 Leite E. 62
 Lenzetti I. 35
 Leonardi A. 34, 56
 Lepri F. 66, 67
 Lesnoni G. 30, 45, 58, 64, 65
 Leuenberger P. 49
 Lilla Della Monaca A. 67
 Limoli P.G. 47
 Lincoff H. 30
 Lindstrom R.L. 31, 50, 51, 62, 63
 Lodato G. 67
 Loffredo L. 33
 Lofoco G. 50, 66
 Loffredo L. 58, 65, 66
 Lograno M.D. 54
 Longo I. 60
 Losavio P. 57
 Lovisolo C. 47, 49
 Lucchini C. 57, 66
 Lumbroso B. 33, 34
 Lupo A. 67
 Lusvarghi S. 38
 Macaluso C. 46, 48, 53, 65
 Maestranzi G. 38
 Maffei M. 60
 Maggi C. 46
 Maggi R. 46, 59
 Magli A. 59
 Mainardi P.U. 38, 59, 67
 Mancieri F. 63
 Manganelli C. 38
 Manitto M.P. 33, 46, 56
 Manni G.L. 35, 45, 52
 Mannucci L. 31
 Manoukian S. 38
 Manzi G. 37
 Marchini G. 33, 35, 45, 46, 48, 52, 53, 64, 67, 68
 Marcon G. 62, 63
 Marconcini C. 60
 Mari F. 38
 Mariniello G. 65
 Marino L. 56
 Marino V.M. 37
 Mariotti C. 30, 36, 37, 45, 48, 59
 Mariotti S.P. 44
 Marmo F. 56
 Marocchi A. 60
 Marraro G. 41
 Marroncelli R. 59
 Marsili M.T. 40
 Martina E. 56
 Martini E. 35, 37, 38
 Martini G. 60
 Martini R. 48, 60
 Martinoli M.C. 44
 Martone G. 66, 67
 Marullo M. 59
 Mascia A. 37
 Masciullo M. 39
 Maselli E. 60
 Masini C. 37
 Massaro C. 46
 Massin P. 48
 Mastropasqua L. 35, 43, 45, 46, 49, 52, 53, 59, 62, 63
 Mateo C. 30
 Mattei P. 60
 Maurino V. 43, 66
 Mazza M. 40
 Mazzacane D. 56
 Mazzeo V. 45
 Mc Donald M. 51, 52
 Meduri R. 38, 59, 68
 Mehta K.R. 50, 62
 Melani P. 54
 Mele L. 59
 Melenchi O. 61
 Melillo M. 35
 Melina E. 46
 Memmi I. 46
 Menabuoni L. 35, 46
 Mencarelli M.A. 38
 Menchini U. 32, 33, 34, 37, 39, 42, 59
 Mencucci R. 47, 64
 Meneghesso D. 60
 Menicacci F. 49
 Menna A. 39, 46, 59
 Merlin U. 31, 48, 59, 60, 62
 Micelli Ferrari T. 34, 44
 Michelone L. 31, 34, 68
 Michieletto P. 46
 Midena E. 32, 33, 35, 37, 43
 Miglor S. 35, 41, 42, 45, 54, 58
 Migliorati G. 60
 Migliori C. 40
 Milani P. 66
 Milano P. 68
 Minervino L. 65
 Miniello G.P. 33, 66
 Minnella A.M. 37
 Minutillo E. 37
 Miranti F. 36, 47
 Miserocchi E. 34
 Mocellin A. 31, 41, 50, 51, 63
 Modorati G.M. 34
 Modugno A. 58
 Monfrini B. 31
 Montericcio A. 31, 40, 49, 51, 57, 63
 Montrone L. 37, 39, 45
 Morara M. 38, 59, 68
 Moretti B. 37
 Moretti G. 66
 Morocutti A. 30, 44, 54, 64, 65
 Morreale D. 67
 Morselli S. 41, 42, 48, 51, 61, 66, 67
 Mosca L. 37, 46, 50
 Moschini S. 66
 Mosci C. 33, 35
 Muccio G.C. 41
 Mularoni A. 46, 47, 51, 64, 66
 Napoli M. 48
 Napoli V. 63
 Napolitano M.C. 60
 Nardi M. 40, 55
 Neri G. 35, 37, 38
 Nicolai A. 61
 Nicoletti G.A. 36
 Nicoletti M. 30
 Nistri A. 65
 Nubile M. 43, 49, 53
 Nucci P. 56
 Nuzzi G. 30, 36, 38, 44, 64
 Olivieri L. 61
 Orefice G. 67
 Orfeo V. 33, 58, 62, 64, 65
 Orione C. 66
 Ortolani M. 60
 Paci M. 36, 37, 59
 Packard R.B. 51
 Palma S. 46
 Palmieri D. 38
 Pane S. 49
 Panico C. 36, 47
 Panozzo G. 64
 Pantanetti M. 36, 37, 59
 Panzardi G. 41, 50
 Paoli D. 59
 Parente G. 48, 59
 Parolini E. 40

- Pascarella A. 35
 Pasini B. 38
 Passani F. 48, 60
 Passerini I. 37
 Passilongo M. 48
 Patelli F. 65
 Patrosso C. 33, 60
 Pavesio C. 58, 59
 Pece A. 46
 Pedio M. 34
 Pedrotti E. 48, 58
 Pedrotti M. 58
 Peissel B. 38
 Pellegrino F. 59
 Pelloni S. 37, 38
 Penco S. 60
 Perilli R. 59
 Perone G. 46, 61, 65
 Pertile G. 47
 Pesce G.P. 47
 Pescosolido N. 56
 Petriella M. 65
 Piaggi S. 63
 Pianini V. 48, 60
 Picardo V. 41, 50
 Picarone G. 66
 Piccardi M. 37
 Pinna R. 48
 Piermarocchi S. 32, 60
 Pierro L. 37, 43, 45
 Pignatti Morano R. 38
 Pignatto S. 40
 Pilotto E. 35, 60
 Pinchera L. 67
 Pini R. 35
 Pintucci S. 35
 Piovella M. 31, 35, 40, 41, 43, 50, 51, 61, 62, 63, 64
 Piozzi E. 40, 60
 Pirazzoli G. 41, 62, 64
 Piscopo P. 39
 Piscopo R. 58
 Pitz S. 39
 Pivetti Pezzi P. 34
 Pizzi R. 67
 Poletti A. 36
 Polito S. 66
 Ponzin D. 46, 48, 55
 Porsia L. 66
 Prati M. 38
 Primitivo S. 48
 Procoli U. 37, 38
 Prosdocimo G. 42
 Prosio P.E. 49
 Pucci R. 67
 Puccini R. 60
 Puccioni M. 52, 57
 Pugliafico S. 48
 Pullum K. 31
 Pulvirenti M. 45
 Pupino A. 35, 37, 38, 59
 Quagliano F. 37, 59
 Quaranta L. 56
 Quaranta Leoni F.M. 52, 57, 58
 Quercioli P. 66
 Radice P. 48
 Ragucci A.E. 59
 Rapisarda A. 31, 35, 40, 41, 54, 55
 Rapisarda L. 66
 Rapizzi A. 55
 Rapizzi E. 54, 59
 Ratiglia R. 30, 40, 44, 48
 Ravalico G. 30, 34, 41, 47, 63, 67, 68
 Raveggi F. 47
 Recupero S.M. 56
 Reibaldi A. 30, 33, 40, 44, 45, 64
 Reibaldi M. 45
 Regondi P. 60
 Renieri A. 34, 38, 60
 Rigamonti M.A. 37
 Rigamonti P. 60
 Rigault de la Longrais R. 33
 Riggio L. 38
 Rinaldi E. 33
 Rinaldi M. 46
 Rispoli E. 56
 Rizzo G. 37, 38
 Rizzo S. 30, 45, 50, 51, 55, 62, 64
 Rodriguez D. 56
 Rolle T. 59
 Romagnoli M.C. 60
 Romanelli D. 46
 Rondanelli E. 63
 Rosa N. 45, 65
 Rossetti L. 42, 52
 Rossi G.C.M. 68
 Rossi M. 48, 53
 Rossi P. 30, 33, 36, 44, 47, 64
 Rossi P.L. 40
 Rossi S. 33, 36, 38, 46, 50, 51, 60, 62, 63, 64, 66
 Rossi T. 30
 Rossini L. 67
 Rossini P. 46, 60, 61
 Ruggeri G. 67
 Russo V. 67
 Sadun F. 54, 58
 Salati C. 60
 Saltz J.J. 51, 63
 Salvarani C. 58, 60
 Salvi L. 49
 Salvolini S. 36, 37, 48, 59
 Sampaolesi R. 31, 41
 Sampieri K. 38
 Sanfelici G. 47, 65
 Santella M. 57, 66
 Santillo C. 37, 48
 Sarnicola V. 36, 49, 51, 56, 57, 63
 Sartore M. 32
 Sartori A. 59
 Savaresi C. 62
 Savastano S. 62
 Savino G. 49
 Sbabo A. 48
 Sborgia C. 34, 52
 Sborgia L. 34
 Sborgia M. 38, 48, 57, 64, 67
 Scala G. 37
 Scalinci S.Z. 38, 59, 68
 Scandola E. 48
 Scarale G.P. 60
 Scarpa M. 66
 Scassa C. 46
 Scatassi I. 68
 Schiano Lomoriello D. 66
 Schiavi C. 63
 Schmidt M. 48, 53
 Schuettauf F. 43
 Schweizer F. 67
 Sciacca R. 37, 46
 Schialdone A. 66
 Sciuto V. 66
 Scoria G. 37, 48
 Scorolli L. 38, 59, 66, 68
 Scorrano R. 34
 Scrivanti M. 44, 59, 64
 Scuderi A. 40
 Scupola A. 37
 Secchi A.G. 34, 67
 Silvestri G. 39
 Simona F. 49
 Simonelli F. 33, 34, 46, 56, 60
 Simoni F. 60
 Shimizu K. 62
 Slade S. 62, 63
 Smaldoni G. 34
 Sodi A. 34, 37, 39, 46, 58
 Soreca E. 65
 Sottotetti P. 56
 Spadavecchia L. 38
 Spadea L. 40, 48, 50, 55, 67
 Specchia L. 46
 Speciale C. 38
 Spinelli D. 40, 55, 56
 Sportelli M. 37
 Staibano S. 65
 Staurengi G. 32, 33
 Steigerwalt Jr. R.D. 35
 Steindler P. 52
 Stifano G. 37, 39
 Stirpe M. 30
 Strianese D. 58, 65
 Subirana X. 31
 Surace D. 35, 39, 57, 58
 Tadayoni R. 48
 Tamburrelli C. 35, 45, 46, 50
 Tarallo G. 65
 Tarallo S. 66
 Tassinari G. 30, 37, 41, 44, 46, 48, 51, 55, 59, 64, 66
 Teramo P. 58, 65
 Testa F. 56, 58, 60
 Tioli E. 44
 Tisbo R. 57
 Tija K. 50, 54
 Tognetto D. 35, 41, 47, 59, 63, 64
 Tomazzoli L. 40
 Toni F. 65
 Torres A.M. 31, 50
 Torricelli F. 37
 Tosoni C. 47
 Trabucchi P.L. 65
 Tranfa F. 58, 65
 Traversi C. 55
 Traverso C.E. 35, 36, 43, 45, 54
 Trivella F. 52
 Troiano P. 31, 46
 Trotta E. 60
 Turco S. 38
 Uccello G. 58, 65
 Vadala G. 57
 Vadala P. 33, 46, 49, 59
 Valazzi C. 57
 Vannozzi L. 39, 59
 Van't Pad Bosch R. 31
 Varano M. 32, 33
 Vassallo P. 38
 Vattovani O. 67
 Ventre L. 47
 Vergani S. 66
 Vetrugno M. 35, 53, 54, 65
 Vigo L. 48
 Villani C.M. 30
 Villani E. 48
 Villani G. 46
 Vinciguerra A. 46
 Vinciguerra P. 47, 48, 50, 65
 Vingolo E.M. 47
 Viola F. 48
 Virgili G. 32, 38, 42, 60
 Viti F. 36, 37, 48, 59
 Volante V. 37, 59
 Volanti S. 60
 Yoo S.H. 35
 Weil D. 60
 Zambelli C. 38
 Zanini M. 45
 Zannin M.E. 60
 Zemella M. 44
 Zenoni S. 30, 44, 45, 54, 58, 64
 Zeppa L. 30, 41, 50, 62
 Zeppa P. 65
 Zerbini A. 48
 Ziccardi L. 37, 39
 Zinzanella G. 37
 Zotti C.A. 60
 Zuccarini S. 65
 Zulian F. 60