



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

5

Congresso Internazionale SOI

Roma
23-26 maggio 2007
Hotel Cavalieri Hilton

12th Annual Joint Meeting
on Cataract and Refractive Surgery

SOCIETÀ OTTALMOLOGICA ITALIANA

OCULAR SURGERY NEWS

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA

programma





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

5

Congresso Internazionale SOI

Sotto l'Alto Patronato

del Presidente della Repubblica

e con il patrocinio

del Ministero della Salute

del Ministero dell'Università e della Ricerca

della Regione Lazio

della Provincia di Roma

del Comune di Roma,

Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute

messaggio del presidente

Cari Colleghi,

sono lieto di presentarvi il nostro 5° Congresso Internazionale, nel quale il Consiglio Direttivo SOI ha messo a punto alcune importanti novità per quanto riguarda il programma scientifico.

Come già anticipatovi l'intera manifestazione si strutturerà su un programma centrale SOI basato su 5 temi fondamentali.

Nella giornata di Mercoledì mattina la Sala Cavalieri ospiterà il Simposio sulla Diagnostica Strumentale nel quale si cercherà di dare risposte chiare e puntali alle richieste sull'uso e l'interpretazione delle più recenti tecniche diagnostiche impiegate nella nostra pratica clinica.

Il Mercoledì pomeriggio è stato organizzato il Simposio sulla Cornea che fornirà un quadro generale delle diverse patologie corneali e della loro rilevanza nella pratica clinica quotidiana. Verranno esaminati nuovi aspetti della morfologia e fisiologia corneali, fondamentali per lo sviluppo delle più recenti terapie mediche e chirurgiche.

La mattina del Giovedì è dedicata alla Chirurgia Refrattiva che in questi anni ha subito una profonda rivoluzione ed obiettivo di questo simposio è quello di creare un punto di riferimento chiaro per orientarsi in questa crescente complessità, mentre giovedì pomeriggio si terrà il Simposio sulla Retina e le Terapie intravitreali. Il programma è molto ricco, concreto e soprattutto pratico con lo scopo di effettuare una ampia panoramica e di approfondire le tematiche più attuali.

Il Simposio sul Glaucoma è previsto per Sabato mattina e sarà inserito nel Joint Meeting SOI/OSN/AICCER che – come sapete – occuperà anche l'intera giornata di venerdì nel quale la partecipazione di colleghi e relatori stranieri danno a questo nostro appuntamento la decisa impronta internazionale.

È con grande piacere, inoltre che vi informo che quest'anno la Gian Battista Bietti Medal Lecture verrà attribuita al Prof. Jackson Coleman, professore emerito di oftalmologia al Medical College of Cornell University – New York – mentre la Benedetto Strampelli Medal Lecture verrà assegnata al Prof. David Chang, professore di oftalmologia dell'Università di California San Francisco.

Il premio "A life spent serving Ophthalmology" quest'anno verrà consegnato a Victor Ferreira, presidente di Tubilux Pharma, a testimonianza della positiva interattività tra la SOI e le industrie operanti in campo oftalmologico.

Completeranno questo nostro incontro i simposi delle società monotematiche, le sessioni di comunicazioni e poster ed i corsi di aggiornamento.

Ritengo che l'obiettivo didattico di fornire ai partecipanti un valido aggiornamento sui temi trattati e realizzare un evento adatto alle necessità degli oculisti italiani sia stato pienamente raggiunto.

Benvenuti a Roma!

Prof. Corrado Balacco Gabrieli



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

Una grande novità dalla SOI:
porte aperte l'ultimo giorno del 5° Congresso Internazionale

OPEN DAY 2007

sabato 26 maggio

Ingresso libero gratuito per tutti previa registrazione

| Oftalmologi Soci SOI | Oftalmologi non Soci SOI | Medici specialisti non oftalmologi |
| Studenti in medicina ed in ortottica | Ortottisti, Assistenti di sala operatoria | Oftalmologi stranieri |

PROGRAMMA

| | | | |
|-----|--|---------------|------------------|
| 22 | Simposio SOI-OSN-AICCER 12th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER Presidente: C. Balacco Gabrieli Coordinatori: S. Miglior, A. Rapisarda, C. Bianchi, G. Marchini Glaucoma - Chirurgia in diretta | 08:00 – 14:00 | <i>Cavalieri</i> |
| 23 | Simposio S.I.E.T.O. Traumi del segmento anteriore Presidente: V. De Molfetta Coordinatore: M. Borgioli | 08:15 – 10:15 | <i>Ellisse</i> |
| 24 | Simposio S.I.O.L. Il rischio oculare da giocattolo: normativa attuale e nuovi prodotti tecnologici Presidenti: D. Spinelli, F. Marmo Coordinatore: F. Cruciani | 08:15 – 10:15 | <i>Leonardo</i> |
| 25 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Ottica, Refrazione & Contattologia medica, Orbita & chirurgia plastica, Oftalmologia pediatrica & strabismo, Traumatologia, Uveiti | 11:30 – 12:45 | <i>Rossa</i> |
| C | Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente Oftalmoplastica: approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita Direttore: G. Bonavolontà | 11:30 – 13:30 | <i>Ellisse</i> |
| 106 | Corso Endoftalmiti: dalla profilassi alla terapia Direttore: V. Orfeo | 12:00 – 13:40 | <i>Verde</i> |
| 115 | Corso La gestione dell'epifora: dalla diagnosi alla terapia Direttore: C. de Conciliis | 10:30 – 11:30 | <i>Verde</i> |
| 116 | Corso La chirurgia complicata del segmento anteriore: qual è il chirurgo giusto, del segmento anteriore? Del segmento posteriore? Direttore: G. Tassinari | 11:30 – 13:10 | <i>Leonardo</i> |
| 117 | Corso Il torcicollo oculare Direttore: E. Pedrotti | 08:15 – 09:55 | <i>Verde</i> |
| 118 | Corso Cheratoprotesi di Pintucci: 21 anni di esperienza nei traumi oculari Direttore: S. Pintucci | 08:15 – 09:15 | <i>Rossa</i> |

L'iscrizione all'Open Day dà diritto a visitare gratuitamente l'esposizione ed a partecipare a tutte le sessioni e al Corso Istituzionale C. **Tutte le Sessioni ed i Corsi partecipano al Programma ECM secondo le disposizioni del Ministero della Salute.** Per la partecipazione ai Corsi di istruzione è prevista una quota di iscrizione.

Gli iscritti alle sessioni potranno avere la precedenza all'ingresso in aula presentandosi 10 minuti prima dell'inizio della sessione con il coupon che verrà loro consegnato assieme al badge nominativo. Dopo tale termine l'accesso alle aule sarà libero, fino alla capienza massima consentita dalle norme di sicurezza.

indice

| | |
|-----|---|
| 5 | Consiglio Direttivo Comitato Scientifico |
| 6 | Società Monotematiche aderenti |
| 8 | Elenco commissioni - Delegati SOI |
| 12 | Premio medaglia d'oro SOI Maestri dell'oftalmologia italiana |
| 14 | Medal lectures |
| 16 | SOI award "A life spent serving ophthalmology" |
| 17 | Mario Gelsomino SOI award |
| 18 | Keynote lectures |
| 22 | Informazioni generali |
| 28 | Appuntamenti |
| 30 | Elenco degli espositori |
| 31 | Planimetria dell'esposizione |
| 34 | Sintesi del programma scientifico |
| 36 | Programma day-by-day |
| 39 | Programma scientifico |
| 70 | Elenco Corsi Istituzionali |
| 71 | Riassunti Corsi Istituzionali |
| 72 | Elenco Corsi Monotematici |
| 73 | Riassunti Corsi Monotematici |
| 78 | Abstract sessioni internazionali |
| 98 | Comunicazioni |
| 110 | Poster |
| 115 | Presidenti, moderatori, relatori |

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

Dott. Marco Borgioli

Dott. Claudio Carbonara

Dott. Roberto Dossi

Prof. Leonardo Mastropasqua

Prof. Marco Nardi

Prof. Giovanni Scorcìa

Dott. 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 Capuano

Revisore dei Conti Supplente

Dott. Danilo Mazzacane

comitato scientifico

Dott. Fabrizio Camesasca

Dott. Luigi Conti

Prof. Giorgio Marchini

Dott. Antonio Marino

Dott. Vincenzo Maurino

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.

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514 – fax 064468403

e-mail: congressimedici@sedesoi.com

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

società monotematiche aderenti

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

Associazione Italiana di Chirurgia della Cataratta e Refrattiva

Presidente: A. Caporossi

Segretario Scientifico: P. Vinciguerra

Segretario Amministrativo: V. Orfeo

Via S. Lucia, 143 – 80132 Napoli

Tel. 081 7640029 – Fax 081 7644843

e-mail: aiccer@vedobene.com

A.I.E.R.V.

Association Internationale pour l'Enfance et la Réhabilitation Visuelle

22, ch. Beau-Soleil - CH - 1206 Genève (Suisse)

Presidente: I. Molnar

Segretario: M. Fortunato

Viale Medaglie d'Oro 40 – 00136 Roma

Tel./Fax: 06-39742614

e-mail: info@aierv.it

www.aierv.it

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

Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica

Presidente: F. Dossi

Segretario: G. Aimino

Corso Vittorio Emanuele II, 14 – 10123 Torino

Tel. 01188400 – Fax 011888028

e-mail: ailarpo@libero.it

E.C.L.S.O.

European Contact Lens Society of Ophthalmologists

Presidente: Albert Franceschetti (Switzerland)

Segretario: René Mely (France)

www.eclso.org

G.I.V.

Gruppo Italiano Vitreo

Presidente: V. De Molfetta

Segretario: A. Battistini

Dipartimento di Oculistica – Ospedale S. Gerardo

Via Solferino, 16 – 20052 Monza (MI)

Tel. 039 2333867 – Fax 039 2334777

G.I.V.Re.

Gruppo Italiano di Chirurgia Vitreoretinica

Presidente: S. Zenoni

Segretario: G. Tassinari

Divisione Oculistica – Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi

Largo Nigrisoli, 2 – 40133 Bologna

Tel. 051 6478582 – Fax 051 6478945

e-mail: segreteria@givre.it

società monotematiche aderenti

IAPB Italia

Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità – Sezione Italia

Presidente: G. Castronovo

Via G.B. Vico, 1 – 00196 Roma

Tel. 06 36004929 – Fax 06 36086880

e-mail: sezione.italiana@iapb.it

S.I.Co.M.

Società Italiana di Contattologia Medica

Presidente: P. Troiano

Segretario: E. Bonci

Clinica Oculistica Ospedale Maggiore di Milano IRCCS

Via F. Sforza, 35 – 20122 Milano

e-mail: info@contattologiamedica.it

www.contattologiamedica.it

S.I.C.O.P.

Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

Presidente: G.B. Frongia

Segretario: F. Quaranta Leoni

Via Archimede, 201 – 00197 Roma

Fax 06 8082196

e-mail: info@sicopweb.it

www.sicopweb.it

S.I.E.D.

Società Italiana di Endoscopia e Dacriochirurgia

Presidente: C.M. Valazzi

Segretario: G. Davì

Via Val Piandre 7 – 31049 Valdobbiadene (TV)

S.I.E.T.O.

Società Italiana di Ergoftalmologia e Traumatologia Oculare

Presidente: V. De Molfetta

Segretario Ergoftalmologia: V. Bongiorno

Segretario Traumatologia: M. Borgioli

Viale Martiri della Libertà, 57 – 62100 Macerata

Tel. 0733 236493 – Fax 0733 237977

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. 06 49975364 – Fax 06 49975304

e-mail: filippo.cruciani@tin.it

elenco commissioni - delegati soi

COMITATO ETICO

Presidente

Pier Enrico Gallenga

Segretario

Giorgio Muccio

M. Pia Baccari

Mauro Barni

Bruno Boles Carenini

Vincenzo Castiglione

Paolo d'Agostino

Egidio Dal Fiume

Filippo Drago

Elio Genovesi

Aldo Isidori

Umberto Merlin

Eduardo Rispoli

Bruno Rusticali

Clemente Santillo

Giuseppe Scuderi

Enrico Sesenna

Bruno Silvestrini

Domenica Tassielli

E.B.O. EUROPEAN BOARD - U.E.M.S. RAPPRESENTANTI SOI

Francesco Bandello

Costantino Bianchi

COMITATO TECNICOSCIENTIFICO per lo studio della responsabilità Professionale in Oftalmologia

Presidente

Pasquale Troiano

Rosario Brancato

Maurizio Buscemi

Massimo Busin

Paolo d'Agostino

Vincenzo De Vitto

Roberto Dossi

Pier Enrico Gallenga

Luigi Marino

Umberto Merlin

Vincenzo Orfeo

Duilio Siravo

Paolo Vinciguerra

ESPERTI NAZIONALI PRK

Corrado Balacco Gabrieli

Maurizio Buscemi

Fabio Dossi

Roberto Dossi

Umberto Merlin

Matteo Piovella

Antonio Rapisarda

Carlo Sborgia

Paolo Vinciguerra

Lasik

Lucio Buratto

Italo Cantera

Claudio Genisi

Alberto Montericcio

Marco Nardi

Matteo Piovella

Chirurgia Incisionale

Massimo Camellin

Fabio Dossi

Umberto Merlin

Glaucoma

Massimo G. Bucci

Roberto Carassa

Vincenzo Orfeo

Carlo Enrico Traverso

Cataratta

Maurizio Buscemi

Aldo Caporossi

Guido Caramello

Pier Enrico Gallenga

Giuseppe Panzardi

Matteo Piovella

Giorgio Tassinari

Vitreoretina

Paolo Arpa

Marco Borgioli

Nino De Casa

Vito De Molfetta

Alberto Montericcio

Antonio Rapisarda

Alfredo Reibaldi

Stanislao Rizzo

Mario Stirpe

Giorgio Tassinari

Chirurgia Plastica

Gianni Aimino

Giulio Bonavolontà

Giuseppe Davì

Carlo De Conciliis

Fabio Dossi

Giovanni Frongia

Fausto Trivella

Oncologia

M. Antonietta Blasi

Giulio Bonavolontà

Theodora Hadjistilianou

Edoardo Midena

Giulio M. Modorati

Carlo Mosci

Diagnostica

Daniele Doro

Pier Enrico Gallenga

Federico Grignolo

Umberto Merlin

Contattologia

Dario Aureggi

Luciano Cerulli

Lorenzo Mannucci

Umberto Merlin

Pasquale Troiano

Retinopatia Pretermine

Maria Teresa Marsili

Elena Piozzi

Alfredo Reibaldi

Trapianti di cornea

Elisabetta Bohm

Massimo Busin

Aldo Caporossi

Umberto Merlin

Paolo Rama

Albino Rapizzi

Vincenzo Sarnicola

Medicina Legale

Rosario Brancato

Maurizio Buscemi

Massimo Busin

Paolo d'Agostino

Roberto Dossi

Pier Enrico Gallenga

Luigi Marino

Umberto Merlin

Vincenzo Orfeo

Duilio Siravo

Demetrio Spinelli

Pasquale Troiano

Paolo Vinciguerra

PROBIVIRO FISM

Matteo Piovella

COMITATO DI REDAZIONE DEL NOTIZIARIO

Costantino Bianchi

Pier Enrico Gallenga

Umberto Merlin

Antonio Mocellini

Alberto Montericcio

COMMISSIONE DRG (TARIFE MINIME)

Francesco Bandello

Marco Borgioli

Aldo Caporossi

Claudio Carbonara

Guido Lesnoni

Antonio Mocellini

Antonio Rapisarda

Lucio Zeppa

AGENZIA SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE LAZIO

Rappresentante SOI

Claudio Carbonara

elenco commissioni - delegati soi

INTESA SINDACALE ANPO (Associazione Nazionale Primari Ospedalieri)

Rappresentante SOI
Vincenzo Sarnicola

Sostituto
Aldo Caporossi

AGENZIA INTERNAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLA CECITÀ SEZIONE ITALIANA - IAPB

Corrado Balacco Gabrieli
Leonardo Mastropasqua
Alfredo Reibaldi
Carlo M. Villani

DELEGATI REGIONALI

Valle d'Aosta
Giancarlo Valsania

Piemonte
Gustavo Brusasco
Federico Grignolo
Franco Sebastiani

Liguria
Gianpaolo Pesce
Alfredo Rivara
Pietro Rossi
Carlo Enrico Traverso

Lombardia
Fabrizio Camesasca

Trentino Alto Adige
Mauro De Concini
Laura Martinelli

Veneto
Giancarlo Caprioglio
Alessandro Galan
Edoardo Midena

Friuli Venezia Giulia
Paolo Brusini
Giovanni Battista Marcon

Emilia Romagna
Emilio Campos
Alessandro Mularoni
Giovanni Pirazzoli

Toscana
Augusto Morocutti
Edoardo Motolese
Giuseppe Panzardi
Andrea Romani

Marche
Marco Borgioli
Cesare Mariotti

Umbria
Cesare Fiore
Giovanni Lupidi

Abruzzo
Michele Marullo

Leopoldo Spadea
Carlo Varrati

Molise
Ermanno Dell'Omo
Francesco Laurelli

Lazio
Severino Fruscella
Giorgio Lofoco

Campania
Vittorio Bongiorno
Pasquale Petrella
Antonio Romano

Basilicata
Pietro Auteri
Domenico Lacerenza

Puglia
Giuseppe Addabbo
Mauro Di Pilato
Giuseppe Princigalli
Severino Santoro

Calabria
Giuseppe Guarnaccia
Giovanni Scorcia
Umberto Sorrentino

Sicilia
Salvatore Azzaro
Stello Pecoraro
Attilio Squeri

Sardegna
Renato Piccinini
Antonina Serra
Giacomo Spano

RAPPRESENTANTI SOI CURE ALL'ESTERO

Referenti e Coordinatori
Corrado Balacco Gabrieli
Antonio Mocellin

Valle d'Aosta
Massimo Martorina

Piemonte
Paola Vaona

Provincia autonoma di Trento
Enzo Zampedri

**Provincia autonoma di
Bolzano**
Laura Martinelli

Veneto
Mario Bonandini
Giorgio Manzotti
Giorgio Marchini
Massimo Pedrotti
Antonio G. Secchi
Marco Zemella

Friuli Venezia Giulia
Francesco Bandello
Giuseppe Ravalico

Emilia Romagna
Cesare Forlini

Toscana
Aldo Caporossi

Marche
Alfonso Giovannini

Umbria
Cesare Fiore

Abruzzo
Pier Enrico Gallenga

Molise
Ermanno Dell'Omo

Lazio
Corrado Balacco Gabrieli
Giustino Boccassini
Vito Gasparri

Basilicata
Nicola Labanca

Puglia
Domenico Cassano
Nicola Delle Noci
Mario Manusia
Antonio Mocellin
Francesco Montrone
Giuseppe Moretti
Salvatore Nacucchi
Carlo Sborgia

Calabria
Giulio Schipani

Sicilia
Gaetano Lodato Milio

ACCADEMIA NAZIONALE MEDICINA (Sez. Oftalmologia)

Francesco Bandello

RAPPORTI SOI CON SOCIETÀ OFTALMOLOGICHE EUROPEE

Coordinatori
Pier Enrico Gallenga
Lucio Zeppa

CERSOI - ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ S.O.I. S.P.A.

Matteo Piovella
Carlo M. Villani
Claudio Carbonara

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO ISO/SOI (CERSOI)

Umberto Merlin
Maurizio Terrana
Giovanni Battista Angelini



DAI UN
VANTAGGIO
AI TUOI PAZIENTI

DUOTRAV™

40 mcg/ml + 5 mg/ml collirio, soluzione travoprost/timololo

premio medaglia d'oro soi maestri dell'oftalmologia italiana

1993 Prof. Giuseppe Cristini (1914 - 2001)



Giuseppe Cristini

1994 Prof. Mario Maione (1919 - 2000)



Mario Maione

1995 Prof. Aldo Bonavolontà
Prof. Franco D'Ermo (1915 - 2004)
Prof. Attilio Musini (1916 - 2002)



Aldo Bonavolontà



Franco D'Ermo



Attilio Musini

1996 Prof. Giulio Morone
Prof. Ivan Esente
Prof. Giuseppe Scuderi



Giulio Morone



Ivan Esente



Giuseppe Scuderi

1997 Prof. Giorgio Venturi
Prof. Ferruccio Moro
Prof. Giancarlo Falcinelli



Giorgio Venturi



Ferruccio Moro



Giancarlo Falcinelli

1998 Prof. Rosario Brancato
Prof. Egidio Dal Fiume
Prof. Lucio Buratto



Rosario Brancato



Egidio Dal Fiume



Lucio Buratto

1999 Prof. Antonio Rossi (1924 - 2006)
Prof. Costantino Bianchi
Prof. Renato Frezzotti (1924 - 2007)
Prof. Giovanni Rama



Antonio Rossi



Costantino Bianchi



Renato Frezzotti



Giovanni Rama

premio medaglia d'oro soi maestri dell'oftalmologia italiana

2000 Prof. Giacinto Auricchio
Prof. Bruno Boles Carenini
Prof. Vito De Molfetta
Prof. Mario Stirpe



Giacinto Auricchio



Bruno Boles Carenini



Vito De Molfetta



Mario Stirpe

2001 Prof. Luigi Cardia (1929 - 2002)
Prof. Mario D'Esposito
Prof. Joseph Gamper
Prof. Gian Paolo Paliaga
Prof. Mario Zingirian (1932 - 2001)



Luigi Cardia



Mario D'Esposito



Joseph Gamper



Gian Paolo Paliaga



Mario Zingirian

2002 Prof. Mario Miglior
Prof. Camillo Paganoni
Prof. Luciano Palmieri



Mario Miglior



Camillo Paganoni



Luciano Palmieri

2003 Prof. Massimo G. Bucci
Prof. Roberto Caramazza (1932 - 2006)
Prof. Fabio Dossi
Prof. Bruno Lumbroso



Massimo G. Bucci



Roberto Caramazza



Fabio Dossi



Bruno Lumbroso

2004 Prof. Giorgio Alfieri
Prof. Franco Pintucci
Prof. Rolando Tittarelli
Prof. Fernando Trimarchi (1939 - 2004)



Giorgio Alfieri



Franco Pintucci



Rolando Tittarelli



Fernando Trimarchi

2005 Prof. Bruno Bagolini
Prof. Umberto Merlin
Prof. Cesare Quintieri



Bruno Bagolini



Umberto Merlin



Cesare Quintieri

2006 Prof. Giuseppe Carella
Prof. Roberto Guerra
Prof. Albino Rapizzi



Giuseppe Carella



Roberto Guerra



Albino Rapizzi

medal lectures

**Benedetto Strampelli Medal Lecture 2005****History of intra Ocular Implant: the role of an Italian genius**Pier Enrico Gallenga

**Benedetto Strampelli Medal Lecture 2006****Cataract Surgery in the Glaucoma Patient**Richard L. Lindstrom

**Benedetto Strampelli Medal Lecture 2007****Intraoperative Floppy Iris Syndrome**

David F. Chang

David F. Chang, MD is a Summa Cum Laude graduate of Harvard College and earned his M.D. at Harvard Medical School. He completed his ophthalmology residency at the University of California, San Francisco (UCSF) where he is now a clinical professor. Dr. Chang is Chairman of the American Academy of Ophthalmology (AAO) Annual Meeting Program Committee, having previously chaired the Cataract Program Sub-committee. He organized and was the program co-chair for the first six AAO "Spotlight on Cataracts" Symposia.

He has been selected to deliver the following named lectures: Transamerica Lecture (UCSF), Williams Lecture (UCSF), Wolfe Lecture (University of Iowa), DeVoe Lecture (Columbia-Harkness), Gettes Lecture (Wills Eye Hospital), Helen Keller Lecture (University of Alabama), Kayes Lecture (University of Washington, St. Louis), and Thorpe Lecture (Pittsburgh Ophthalmology Society). He has received two AAO Secretariat Awards (2003 and 2006). He was the inaugural recipient of the UCSF Department of Ophthalmology's Distinguished Alumni Award (2005), and received the 2006 Charlotte Baer Award honoring the outstanding clinical faculty member (of more than 2000 active clinical faculty) at the UCSF Medical School.

Dr. Chang is vice-chair of the AAO Practicing Ophthalmologist Curriculum Committee for Cataract and Anterior Segment, which developed the American Board of Ophthalmology knowledge base for the MOC examination. He is also on the AAO Cataract Preferred Practice Pattern Panel. Dr. Chang is chair of the ASCRS Cataract Clinical Committee and is a member of the ASCRS Eye Surgery Education Council Presbyopia Task Force. He is on the scientific advisory board for the UCSF Collaborative Vision Research Group, American Medical Optics, Calhoun Vision, Medennium, Peak Surgical, and Visiogen, and is the medical monitor for the Visiogen Synchrony accommodating IOL FDA monitored trial. He is co-chief medical editor for *Cataract and Refractive Surgery Today*, and is the cataract editor for two online educational sites: the AAO's "Specialty Clinical Updates", and the *Ocular Surgery News "Ophthalmic Hyperguides"*. He is editor of the *Cataract & Refractive Surgery Today Virtual Textbook of Cataract Surgery*, and was the principal author of *Phaco Chop* (Slack 2004).



Gian Battista Bietti Medal Lecture 2006

Congenital Glaucoma Management

Roberto Sampaolesi



Gian Battista Bietti Medal Lecture 2007

Advances in Ultrasound Evaluation of the Eye for the Vitreo-retinal Surgeon

D. Jackson Coleman

Training: Bellevue Hospital, Intern (Medicine), (Columbia Division), New York, NY (1960-1961) - E.S. Harkness Eye Institute, Resident in Ophthalmology, New York, NY (1964-1967).

Appointments: New York-Presbyterian Hospital, Ophthalmologist-in-Chief, New York, NY (July 1979 - November 2006) - Weill Medical College of Cornell University, John Milton McLean Professor, New York, NY, Chairman Emeritus (July 1979 - Present), Professor and Chairman, Department of Ophthalmology (July 1979 - Present), Riverside Research Institute, Senior Research Physician, New York, NY (January 1973 - Present).

Recent awards: Doctor "Honoris Causa" in Medicine and Surgery, University of Ferrara, Italy (1991); Award of Merit in Retina Research (1995), Retina Society; The Mildred Weisenfeld Award for excellence in Ophthalmology (1996), The Association for Research in Vision and Ophthalmology; The Joseph H. Holmes Clinical Pioneer Award (1997), the American Institute of Ultrasound in Medicine; The Visions Award for Services for the Blind and Visually Impaired (1999); The Helen Keller Services for the Blind Award (1999); Lifetime Career Achievement Award, University of Buffalo, NY (2000); The Greenberg Award, New York Presbyterian Hospital - Weill Cornell Medical Center (2001).

Professional organizations (partial): Fellow, American College of Surgeons (F.A.C.S.) Medical Devices Committee; Fellow, American Academy of Ophthalmology; World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology; Fellow, American Institute of Ultrasound in Medicine; Association for Research in Vision and Ophthalmology; The American Society of Ophthalmic Ultrasound, Board of Governors; American Ophthalmologic Society; Immediate Past President, Club Jules Gonin.

Select recent publications: Silverman RH, Ketterling JA, Coleman DJ. High-frequency ultrasonic imaging of the anterior segment using an annular array transducer. *Ophthalmology* In Press.

Silverman RH, Cannata J, Shung KK, Gal O, Patel M, Lloyd HO, Feleppa EJ, Coleman DJ. 75 MHz ultrasound biomicroscopy of the anterior segment of the eye. *Ultrasonic Imaging*. In Press.

Silverman RH, Muratore R, Ketterling JA, Mamou J, Coleman DJ, Feleppa EJ. Improved visualization of high-intensity focused ultrasound lesions. *Ultra Med Biol* 32(11):1743-1751, 2006.

Coleman DJ, Silverman RH, Lizzi FL, Rondeau MJ. *Ultrasonography of the Eye and Orbit*. 2nd Edition - Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2005.

Chan RV, Seiff BD, Lincoff HA, Coleman DJ. Rapid recovery of sympathetic ophthalmia with treatment augmented by intravitreal steroids. *Retina*, 26(2):243-7, 2006.

Silverman RH, Coleman DJ, Ketterling JA, Lizzi FL. High-frequency harmonic imaging of the eye. *Proceedings of SPIE*, 5750:16-25, 2005.

Rondeau MJ, Barcsay G, Silverman RH, Reinstein DZ, Krishnamurthy R, Chabi A, Du T, Coleman DJ. Very high frequency ultrasound biometry of the anterior and posterior chamber diameter. *J Refract Surg*. 20:454-464, 2004.

Coleman DJ, Silverman RH, Rondeau MJ, Boldt HC, Lloyd HO, Lizzi FL, Weingeist TA, Chen X, Vangveeravong S, Folberg R. Noninvasive in vivo detection of prognostic indicators for high-risk uveal melanoma: ultrasound parameter imaging. *Ophthalmology* 111:558-564, 2004.

Coleman DJ, Silverman RH, Chabi A, Rondeau MJ, Shung KK, Cannata J, Lincoff H. High Resolution Ultrasonic Imaging of the Posterior Segment, *Ophthalmology* 111:1344-1351, 2004.

Cannata J, Ritter T, Silverman R, Shung K. Design of efficient, broadband single element (20-80 MHz) ultrasonic transducers for medical imaging applications. *IEEE Trans Ultra Ferro Freq Contr*. 50:1548-1557, 2003.

Silverman RH; Folberg R; Rondeau MJ; Boldt HC; Lloyd HO; Chen X; Lizzi FL; Weingeist TA; Coleman DJ. Spectral parameter imaging for detection of prognostically significant histologic features in uveal melanoma. *Ultrasound Med Biol*, 29(7):951-9, 2003.

Lincoff H; Madjarov B; Lincoff N; Movshovich A; Saxena S; Coleman DJ; Schubert H; Rosberger D; McCormick S. Pathogenesis of the vitreous cloud emanating from subretinal hemorrhage. *Arch Ophthalmol*, Jan 2003, 121(1) 91-6.

soi award “a life spent serving ophthalmology”



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2006

Bruno Monfrini



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2007

Victor Manuel Dias Ferreira

Background

1969, Business Administration Degree - University of Damlin-Johannesbourg, South Africa
1982, General Management Career Certificate - University Insead Fontainbleau, France

Carrier

1970-1977 South Africa Area Director for Laboratories Wellcome - Johannesburg, South Africa
1978-1983 General Manager Allergan France
1984-1988 General Manager Allergan-Tubilux (Pomezia) Italy
1989-1993 General Manager Allergan, France
1993-1997 Vice President S. Europe Hydron Cooper Vision
1998-to date President of Tubilux Pharma (Pomezia) Italy.

Key points

38 years of experience in the Pharmaceutical field of which 29 in Ophthalmology.

20 years in different countries, positions and missions with Allergan

The key accomplishments are the start up of Allergan France, the start up of Allergan - Italy and the integration of Tubilux in the group, integration of laboratories Dulcis and Allergan in France, start up of the Hydron contact lenses in Europe including Italy and finally the successful acquisition of the Allergan and Tubilux business including manufacturing in Italy, with two partners that are Emidio Fedeli and Jeff Alderson. This was probably one of the most successful operations of my long career. Today Tubilux Italia has 150 employees and is present in more than 40 countries around the world.

mario gelsomino soi award



Mario Gelsomino



Mario Gelsomino SOI Award 2006

Bruno Michelone



Mario Gelsomino SOI Award 2007

Luigi Colangelo

Professional data

1990 - Medicine & Surgery graduation at the "G. D'Annunzio" University in Chieti: evaluation 104/110, discussing the thesis: "The Congenital Anisocoria Syndrome" at the Ophthalmology Institute in Chieti of P.E. Gallenga teacher.

1996 - Ophthalmology Specialization diploma at the "G. D'Annunzio University" in Chieti, evaluation 70/70 with appreciation, discussing the thesis: "Atipic Ectopic Extradural Meningioma".

2001 - Search Doctor title, XIII cycle, in Biomaterial for the Orbit-plastic surgery, discussing the thesis "Biomaterial in the orbit-plastic surgery" at the Chieti University.

2001/06 - Oculistic Specialist Doctor in the "Salus clinic" in Battipaglia (Salerno).

2001/06 - Teacher at the Ophthalmology Speciality School in Chieti University; teaching Orbital-Plastic Surgery.

Short description of surgery-clinic activity: Colangelo Luigi attended the "Medical Patology Institute" of F. Cuccurullo for two years. Since 26th August 1990, he attended the Ophthalmology Institute of P.E. Gallenga as student and then doctor authorized by U.L.S.S. 04 in Chieti. During the above-mentioned period, he was employed in diagnostic-clinic and surgery room activities. For the diagnostic-clinic part, he followed the hospital activity, the Optical and Orbit Ecography service. In particular he was in charge of ecobiometry and ecodiagnostic A and B-scan optical and orbital pathology. From 1997 to 2000, he was responsible of the Orbit-plastic Service and Lacrimal System. Doctor Colangelo studied as surgery-clinic, Orbit and Surgeon pathology at the "Santa Lucia Ophthalmology Hospital" in Buenos Aires (Argentina). From 1991 to 2000, he was employed for 1083 surgery operations (cataratta, retinal separations ab ext. and ab int., palpebral surgery, orbit surgery and lacrimal system) in the Oculistic Hospital-Chieti University, as first and/or second operator. In the 2001, he reached "the Biomaterial Search" graduation about the orbit-plastic surgery. Since 2000/01 academic year, he is a contractor teacher as Orbit surgery and orbital-plastic at the Ophthalmology School of Chieti University. Then he worked in the "Umberto I Hospital in Nocera Inferiore (A.S.L. Sa/1). Nowadays Dr. Colangelo is employed in the "Salus clinic" in Battipaglia (SA) as surgery-clinic activity operator. He was in charge for 3690 surgery operations (cataratta, retinal separations ab ext., vitrectomies, rephractive surgery, orbital-plastic and lacrimal system). He published about 60 publications and presentations as writer and co-writer in National and International area. He promoted and organized some meetings and courses according to the ECM rules.

Doctor Colangelo received the following awards:

- 1999 SOI (Italian Ophthalmology Society) award as the best scientific work titled "The automatic perimetry is predictive of the Diabetic Retinopathy increasement? Evaluation of eight years of follow-up".
- 2000 SOI (Italian Ophthalmology Society) award: "Basic Elements to reconstruction orbital floor fractures".
- 2001 Award received by Positano Mayor as Oculistic Doctor during the "Donations party".
- 2006 SOI (Italian Ophthalmology Society) award: "Cellulite orbitaria: diagnosi e trattamento".

Clinic studies attended:

- 1999 double blind clinic study, phase III A: Lomefloxacin about conjunctivitis;
- 2000/01 double blind clinic study, phase III A: Verteporfirina about senil macular de-generations DMLE damaged by under-retinal neovascular membrane;
- 2000/01 double blind clinic study, phase III B: Allergan study 503, ciclosporina effects in the dry-eye.

keynote lectures



Keynote Lecture

Maculopathy Update

Donald J. D'Amico

Donald J. D'Amico, MD, Professor and Chairman of Ophthalmology at Weill Cornell Medical College and Ophthalmologist-in-Chief at the New York Presbyterian Hospital, is an internationally recognized leader in the field of vitreoretinal surgery. He recently assumed the Chair at Weill Cornell after his longstanding positions at Harvard Medical School as Professor of Ophthalmology, and as Associate Chief of Ophthalmology and Director of the Diabetic Unit at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. A graduate of the University of Illinois College of Medicine, he completed his residency at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. He completed his fellowship in vitreoretinal diseases at the University of Miami, Bascom Palmer Eye Institute, followed by selection as Chief Resident in Ophthalmology at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary prior to joining the Harvard faculty. Dr. D'Amico has published over 175 articles on vitreoretinal diseases and has co-edited two books covering comprehensive retinal themes. He has participated as a principal investigator or co-investigator in many clinical trials and laboratory investigations. His major interests include: vitreoretinal surgery; diabetic retinopathy; experimental lasers and other technologies for the surgical treatment of vitreoretinal disorders such as retinal detachment; macular degeneration; and endophthalmitis and intravitreal drug therapy. As attending physician specializing in the care of patients with vitreoretinal disorders at the Weill Cornell Department of Ophthalmology, Dr. D'Amico also provides direct instruction of medical students, ophthalmology residents, and retina fellows. In this role he has twice received the Teacher of the Year Award given by the residents of the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. Dr. D'Amico is a distinguished national and international lecturer and is the recipient of many honors, including the Honor Award and the Senior Achievement Award from the American Academy of Ophthalmology. He serves on the board of four major journals, and is highly active in professional societies. He is currently a member of the Executive Committee of the prestigious Club Jules Gonin, and is the President-elect of the Retina Society.



Keynote Lecture

Cataract Surgery, Blue Light and Good Health

Martin Mainster

Dr. Mainster is the Luther Fry Endowed Professor of Ophthalmology at the University of Kansas where he specializes in macular and retinal vascular disorders. He worked in aerospace research for 4 years after receiving his Ph.D. in physics from North Carolina State University and before attending medical school. He is a fellow of the American Academy of Ophthalmology and the Royal College of Ophthalmologists. He is the recipient of the American Academy of Ophthalmology's Honor and Senior Achievement Awards.

He has written over 125 scientific publications and holds 6 patents. He is recognized for his scientific contributions in retinal imaging, laser instrumentation, ocular light hazards, macular disease, photopigment kinetics and physiological optics, including UV protective IOLs, aspheric contact lens ophthalmoscopy, scanning laser ophthalmoscopy, dye laser photocoagulation, and photodisruptor laser biophysics and crossed beam targeting. Dr. Mainster serves on numerous editorial board and technical standards-setting committees.

keynote lectures



Keynote Lecture

Update on PCO

David J. Apple

David J. Apple is Professor of Ophthalmology and Pathology and Director of the David J. Apple Laboratories for Ophthalmic Devices Research at the John A. Moran Eye Center, University of Utah, Salt Lake City, Utah, USA. His career has been distinguished by one fact that he is the only ophthalmologist to have received the two most respected honors in his field, 1) the Innovator's (Kelman) award, 2005 and 2) the Binkhorst Lecture and medal, 1988. He is the only American to have been selected to give the European Guest lecture at the highly respected Oxford Ophthalmological Congress, Oxford, 1998.

He is a Fellow of the American Ophthalmological Society and holds an honorary doctorate (Doctor of Science, honoris causa), China Medical University, Shenyang and Ministry of Health, Beijing, Peoples Republic of China. Among his highest academic honors was his election to the German Academy of Research in the Natural Sciences, Deutsche Akademie der Naturforscher (equivalent to the Royal Society in England, the American Academy of the Advancement of Sciences, as well as equivalent Societies in Paris and Rome. In 2003, he was elected to membership in the Deutsch Akademie der Naturforscher Schiffler (Leopoldina).

He is a world-renowned expert in the field of ocular pathology, cataract surgery/intraocular lens (IOL) implantation and refractive surgery (including corneal and IOL types of refractive surgery, including excimer, PRK and LASIK research. The Center now focuses on these topics not only in an industrialized world setting, but is also conducting studies on underprivileged world ophthalmology issues, especially cataract surgery techniques. Dr. Apple formed the Center for Developing World Ophthalmology at the Storm Eye Institute. He is a consultant to Christoffelblinden Mission (CBM), a German-based non-governmental organization dedicated to developing world eye care. His laboratory is an official Collaborating Center of the Prevention of Blindness Program World Health Organization (WHO).

Since 1981 a major and focused thrust of research has been and continues to be a detailed analysis of IOL explants and eyes with IOLs obtained post-mortem. The database totals over 19,000 species as of June 2006.

Dr. Apple has presented more than 938 scientific lectures, and 128 scientific posters, exhibits and videos. He has also contributed extensively to the ophthalmology literature, having authored 510 scientific publications, including 15 textbooks, 68 chapters in textbooks, and more than 366 journal articles in the refereed scientific literature. His classic textbook, Ocular Pathology, Clinical Applications and Self-Assessment, co-authored by Dr. Maurice Rabb, was first published in 1974. The fifth (1998) edition appeared in January 1998. He has trained over 200 students, residents and fellows over the last 20 years.

He received the Senior Honor Award from the American Academy of Ophthalmology at the 1995 annual meeting in San Diego, California. In 1996, as a result of a national survey of department chairmen and residency directors sponsored by Ophthalmology Times, he was selected as one of the Best Ophthalmologists in America. The award was conferred during the annual American Academy of Ophthalmology Meeting in Chicago, Illinois in October 1996.

Dr. Apple was named one of the 50 most influential doctors in his field by a poll of his peers in 2005.

Dr. Apple was named on the 'Best Ophthalmologist in America,' Southeastern Region list published by Woodward and White in 1996. In 1998 he was subsequently listed by Woodward and White as one of 'The Best Doctors in America' nationwide.

He received the Alcon Research Award in April 2001 and was also inducted into the American Ophthalmological Society on May 1, 2001, nominated and elected by his peers in the membership and after fulfilling the requirement of a written thesis.

Dr. Apple was just inducted into the ASCRS Ophthalmology Hall of Fame.

keynote lectures

**Keynote Lecture****“Vaseline Vision Dysphotopsia” and Explantation of the ReSTOR and ReZOOM Multifocal Implants**

Frank A. Bucci, Jr.

Dr. Bucci is founder and Medical Director of Bucci Laser Vision Institute and Ambulatory Surgery Center in Wilkes-Barre, PA. He completed a residency in ophthalmology at Albany Medical College and a fellowship in cornea and external disease and refractive surgery at the University of Minnesota.

Organizations and Licensure: Diplomate, American Board of Ophthalmology. Member, American Medical Association. Member, American Academy of Ophthalmology. Diplomate, National Board of Medical Examiners. Ocular Microbiology and Immunology Group. Contact Lens Association of Ophthalmology. American Society of Cataract and Refractive Surgeons. International Society of Refractive Surgery. Castroviejo Cornea Society. Permanent License - New York, Minnesota, Michigan, Ohio, and Pennsylvania. Reviewer: The CLAO Journal, Ophthalmic Surgery and Lasers. Medical Advisory Board, Northeast PA Lions Eye Bank, Bethlehem, PA.

Recent publications

Bucci, F.A., Jr., Lopatynsky, M.O., Jenkins, P.L., Rickert, D.G., Gold, R.M.: The Acuvue Disposable Contact Lens Versus the CSI Contact Lens in Patients with Giant Papillary Conjunctivitis. *American Journal of Ophthalmology* 115:454-459, 1993.

Chan, C.C., Cogan, D.G., Bucci, F.A., Jr., et.al.: An Anterior Corneal Dystrophy with Dyscollagenosis (Reis-Bucklers type?). *Cornea* 12:451-460, 1993. Bucci, F.A., Jr., Tanner, J.B., Moody, K.J.: The Clinical Performance of the Surevue, Focus, and CSI Daily Wear Lenses in Allergic and Normal Contact Lens Patients. *CLAO Journal* 20:159-166, 1994.

Bucci, F.A., Jr., Lopatynsky, M.O., Zloty, P.C.: The Clinical Performance of the Acuvue, NewVues, and SeeSequence Disposable Contact Lenses in Patients with Giant Papillary Conjunctivitis. *International Contact Lens Clinics* 22:80-86, 1995.

Holland, E.J., Lee, R., Bucci, F.A., Jr., et. al.: Mottled Cyan Opacification of the Posterior Cornea in Contact Lens Wearers. *American Journal of Ophthalmology* 119:620-626, 1995.

Bucci, F.A., Jr., Tanner, J.B., Moody, K.J.: The Clinical Performance of the Optima Toric Contact Lens Versus the CSI Toric Contact Lens. *CLAO Journal* 23:43-48, 1997.

Bucci, F.A., Jr., Tanner, J.B., Moody, K.J.: Temporal Correlation of Tear IgE Levels with the Onset of Symptoms in Patients Wearing Contact Lenses. *ICLC Journal*.

Bucci, F.A., Jr., Moody, K.J., Tanner, J.B., Klyce, S.: Corneal Topographic Analysis of Ring-Shaped Irregular Astigmatism Caused by Annular Tinted Contact Lenses. *CLAO Journal* 23:161-167, 1997.

Bucci, F.A., Jr., Myers, P.J., Tanner, J.B., Moody, K.J., Lopatynsky, M.O.: Clinical and Overnight Corneal Swell Comparison of the 1-Day Acuvue Lens Versus the Medalist, Surevue, Biomedics, and Acuvue Lenses. *CLAO Journal* 23:103-112, 1997.

Bucci, F.A., Jr., O'Brien, T.P., Evans, R.E., Myers, P.J.: A Prospective Comparison of Four Methods of Pre-Phacoemulsification Antibiotic Treatment Using Ofloxacin and Ciprofloxacin. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 41,4:5768, 2000.

Bucci, F.A., Jr.: Nutritional Amblyopia Resulting From Intra-Abdominal Surgery for Obesity. (In Preparation).

Bucci, F.A., Jr.: An In Vivo Study Comparing the Ocular Absorption of Levofloxacin and Ciprofloxacin Prior to Phacoemulsification. *American Journal of Ophthalmology* 137:308-312, 2004.

Bucci, F.A., Jr.: Consultation Section. Cataract Surgical Problem. Consultation on Management of Case. *Journal of Cataract & Refractive Surgery* 31,12:2247-2253, 2005.

LIPIMIX™

La MICROEMULSIONE FOSFOLIPIDICA per le
ALTERAZIONI DELLA SUPERFICIE OCULARE



 **TUBILUX**
P H A R M A

informazioni generali

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@sedesoi.com

Prenotazioni alberghiere

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

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

Per partecipare al 5° Congresso Internazionale SOI, all'esposizione e a tutte le manifestazioni congressuali è necessario versare una quota di iscrizione; tale quota include le colazioni di lavoro allestite presso le sale dell'Hotel Hilton nei giorni di Mercoledì 23 maggio, Giovedì 24 maggio e Venerdì 25 maggio.

Il banco di registrazione del congresso ha i seguenti orari:

| | |
|---|-----------------|
| ■ Martedì 22 maggio | ore 18.00-20.00 |
| ■ Mercoledì 23, Giovedì 24, Venerdì 25 maggio | ore 8.00-19.00 |
| ■ Sabato 26 maggio | ore 8.00-13.00 |

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

| | | |
|---|---|--------|
| ■ Soci SOI (in regola con la quota associativa 2007) | € | 120,00 |
| ■ Soci SOI Specializzandi, Medici frequentatori e Soci di età inferiore ai 30 anni | € | 0,00 |
| ■ Medici specialisti non Oftalmologi (su presentazione di attestato di specialità) | € | 250,00 |
| ■ Oftalmologi non Soci SOI | € | 900,00 |
| ■ Studenti in medicina ed in ortottica (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica di studenti) | € | 0,00 |
| ■ Ortottisti, Assistenti di sala operatoria (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica) | € | 100,00 |
| ■ Oftalmologi stranieri | € | 180,00 |
| ■ Open Day Sabato 26 maggio 2007 (su presentazione di certificato che attesti la qualifica) | € | 0,00 |

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AI CORSI

| | | |
|---|---|-------|
| ■ Corsi istituzionali SOI (riservati ai Soci in regola) | € | 0,00 |
| ■ Corsi di istruzione | € | 40,00 |
| ■ Corsi di informatica | € | 90,00 |

informazioni generali

Pagamento

L'iscrizione al congresso deve essere pagata a **Congressi Medici Oculisti Srl** con le seguenti modalità:

- Assegno di c/c intestato a Congressi Medici Oculisti Srl
- Contanti
- Bancomat
- Carte di credito: Visa, MasterCard, American Express

QUOTE ASSOCIATIVE AL CONGRESSO

Le quote di iscrizione per l'anno 2007 sono stabilite come segue:

| Rinnovi | dopo il 31/1 | |
|---|--------------|--------|
| ■ Socio Benemerito Sostenitore | € | 700,00 |
| ■ Socio Ordinario | € | 670,00 |
| ■ Specializzandi e Medici Frequentatori | € | 270,00 |
| ■ Oftalmologi stranieri (con residenza e attività professionale all'estero) | € | 250,00 |

Nuove iscrizioni

| | | |
|---|---|--------|
| ■ Socio Benemerito Sostenitore | € | 700,00 |
| ■ Socio Ordinario | € | 450,00 |
| ■ Specializzandi e Medici Frequentatori | € | 200,00 |
| ■ Oftalmologi stranieri | € | 250,00 |

Documenti da allegare alla domanda di iscrizione alla Società Oftalmologica Italiana

1. Certificato di Specializzazione o d'iscrizione alla Scuola di Specialità in Oftalmologia. Dichiarazione di equipollenza della laurea ed abilitazione professionale in Italia per gli oftalmologi stranieri. Il "Cultore dell'Oftalmologia" dovrà allegare un curriculum personale.
2. Quietanza di pagamento della tassa d'iscrizione.

I pagamenti della quota associativa 2007 possono essere effettuati con le seguenti modalità:

- Assegno di c/c intestato a SOI
- Contanti
- Bancomat
- Carta di credito: Visa, MasterCard

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...]

informazioni generali

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLE SESSIONI

Si ricorda che gli iscritti potranno avere la precedenza all'ingresso in aula presentandosi 10 minuti prima dell'inizio della sessione con il coupon che verrà loro consegnato assieme al badge nominativo. Dopo tale termine l'accesso alle aule sarà libero, fino alla capienza massima consentita dalle norme di sicurezza.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AI CORSI

CORSI ISTITUZIONALI SOI DI AGGIORNAMENTO PERMANENTE

Anche quest'anno il Consiglio Direttivo ha deciso di offrire una importante opportunità di aggiornamento gratuito per i Soci in regola.

I corsi sono stati programmati come segue:

| | | |
|---|--|--|
| Venerdì 25 maggio 2007 Corso A CONTATTOLOGIA Ore 13.45-15.45, Sala Leonardo | Giovedì 24 maggio 2007 Corso B ONCOLOGIA OCULARE Ore 16.45-18.45, Sala Verde | Sabato 26 maggio 2007 Corso C ORBITA Ore 11.30-13.30, Sala Ellisse |
|---|--|--|

Si ricorda che i posti gratuiti sono limitati alla capienza massima della sala.

Condizioni

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

Agli iscritti che non si presenteranno al corso senza prima aver avvisato la segreteria non verrà data altra possibilità di frequenza ai corsi gratuiti.

Gli iscritti sono invitati a presentarsi in aula 10 minuti prima dell'inizio del corso; dopo tale termine gli eventuali posti liberi saranno messi a disposizione delle liste di attesa.

CORSI DI ISTRUZIONE

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

CORSI DI INFORMATICA destinati ai Medici

Da quest'anno è stata inserita nel programma scientifico una possibilità di formazione in ambito informatico per aiutare i relatori nella presentazione dei loro lavori e tutti i soci nella gestione della loro attività. Sono proposti dei corsi pratici con l'utilizzo del PC da parte dei partecipanti sui seguenti argomenti:

| | |
|----------------------------|--|
| Corso Informatica 1 | UTILIZZO DI INTERNET E POSTA ELETTRONICA |
| Corso Informatica 2 | UTILIZZO DI POWERPOINT PER PRESENTAZIONI |
| Corso Informatica 3 | GESTIONE INFORMATICA DELL'ATTIVITÀ OCULISTICA |

I corsi sono a numero chiuso (20 partecipanti) ed hanno la durata di 2 ore.

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

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

informazioni generali

PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO CONTINUO - ACQUISIZIONE CREDITI

La partecipazione al 5° Congresso SOI dà diritto all'acquisizione di crediti nella misura stabilita dal Ministero della Salute per ciascun evento.

L'accREDITAMENTO è stato richiesto con le seguenti modalità:

- **Ciascuna sessione e ciascun corso singolarmente, svolti nelle varie sale** ed anche in particolare:
- **Programma Sala Cavalieri:**
 - per ciascuna Sessione singolarmente ed inoltre
 - per singola Giornata:

| | |
|---------------------|-------------------------|
| mercoledì 23 maggio | sessione 1 + 2 |
| giovedì 24 maggio | sessione 7 + 8 |
| venerdì 25 maggio | sessione 17 + 18 |
 - per l'intero programma "Joint Meeting SOI-OSN-AICCCER" dei giorni venerdì 25, sabato 26 – sessioni **17+18+22**
 - per l'intero programma svolto nei 4 giorni 23-24-25-26 maggio.

Per l'ottenimento dei crediti è necessaria l'effettiva partecipazione agli eventi come da schema riportato. Sono stati richiesti i Crediti anche per gli Infermieri e gli Ortottisti per le seguenti Sessioni e Corsi:

- Per Infermieri: Corsi **106, 112, 114**
- Per Ortottisti: Sessione **20**, Corsi **101, 108, 109, 114, 117**

Non è stato possibile accreditare la Sessione **18 bis**.

Modalità per l'ottenimento dei crediti

- Partecipazione effettiva all'intera durata dell'evento e/o sessioni come da rilevazione elettronica dei badge
- Compilazione delle **schede di valutazione** degli eventi ECM
- Compilazione dei **test di apprendimento**, sulla base delle relazioni seguite
- 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.

COMUNICAZIONI

I presentatori di comunicazioni hanno a disposizione 7 minuti.

POSTER

I poster accettati devono essere affissi dalla mattina di mercoledì 23 maggio 2007 per tutta la durata del congresso a cura dell'autore. Le dimensioni massime devono essere di cm 90 di base per cm 110 di altezza. I poster sono discussi nelle sessioni loro dedicate. I presentatori di poster hanno a disposizione 3 minuti.

BADGE

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

I badges sono così contraddistinti:

- Partecipanti
 Espositori
 Staff
 Consiglio Direttivo

* Postazione foto: i Soci che non dovessero ricevere il nuovo badge completo di fotografia sono invitati a recarsi all'apposita postazione.

informazioni generali

Al fine di regolamentare le richieste degli organizzatori professionali di congressi viene istituito un fee d'ingresso per gli operatori congressuali di € 1.000,00 (mille euro).

La persona accreditata può accedere all'area congressuale ed all'esposizione ma non può avere nessun punto fisso di permanenza, né distribuire materiali promozionali e/o pubblicitari che possono essere messi in distribuzione solo dopo essere stati sottoposti ed approvati dal Consiglio Direttivo SOI. I suddetti operatori devono fare richiesta scritta alla segreteria ed accreditarsi al banco registrazione per poter accedere all'area congressuale. Le persone accreditate riceveranno un badge nominativo non cedibile e dovranno sottostare a tutte le norme di sicurezza richieste ai partecipanti ed espositori.

KIT CONGRESSUALE

Ai Soci iscritti al Congresso sono consegnati in sede congressuale:

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

ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE

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

ESPOSIZIONE

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

RISTORAZIONE

È allestito un servizio di Buffet lunch, compreso nella quota di iscrizione al congresso, nei giorni di mercoledì 23, giovedì 24 e venerdì 25 maggio.

GUARDAROBA

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

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.

informazioni generali

INFORMAZIONI PER I RELATORI

Tutte le sale sono dotate di videoproiezione esclusivamente DVD e di proiezioni da computer. Non è prevista la proiezione di diapositive o VHS. Per le presentazioni da computer i relatori sono invitati ad utilizzare le attrezzature messe a disposizione dal congresso. È eccezionalmente consentito utilizzare il proprio computer.

È inoltre vivamente consigliato di munirsi di una ulteriore copia del lavoro su dischetto o CD da consegnare al centro prova proiezioni che verrà consegnato dagli addetti al centro ai tecnici di sala.

Allo scopo di uniformare le dotazioni delle diverse 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.

CENTRO PROVA PROIEZIONI

Sono stati allestiti due centri prova proiezioni: la sala Giselle per i programmi della Sala Cavalieri e la sala Pisa per i programmi che avvengono in tutte le altre sale.

Il servizio è a disposizione dalle ore 18.00 alle ore 20.00 di martedì 22 maggio per i relatori delle prime sessioni di mercoledì 23 maggio, ed i giorni successivi secondo gli orari del programma scientifico.

TRADUZIONE SIMULTANEA

È previsto un servizio di traduzione italiano-inglese nelle sessioni internazionali in Auditorium e nelle sale collegate.

Premi scientifici

Premio "Mario Gelsomino"- Borsa di studio annuale

Attribuzione del Premio come da bando pubblicato sul programma dell'86° Congresso Nazionale SOI.

Mercoledì 23 maggio | Sala Cavalieri | ore 11.58

Gian Battista Bietti Medal Lecture

Advances in Ultrasound Evaluation of the Eye for the Vitreo-retinal Surgeon

D. Jackson Coleman, M.D. FACS

The John Milton McLean Professor Chairman Emeritus, Department of Ophthalmology
Weill Medical College of Cornell University, New York (USA)

Giovedì 24 maggio | Sala Cavalieri | ore 15.55

Keynote Lecture

Maculopathy Update

Donald J. D'Amico, MD

Full Professor and Chairman of Ophthalmology at Weill Cornell Medical College and
Ophthalmologist-in-Chief at the New York Presbyterian Hospital (USA)

Venerdì 25 maggio | Sala Cavalieri

Keynote Lecture | ore 10.20

"Vaseline Vision Dysphotopsia" and Explantation of the ReSTOR and ReZoom Multifocal Implants

Frank A. Bucci, Jr, MD

Founder and Medical Director of Bucci Laser Vision Institute and Ambulatory Surgery Center in Wilkes-Barre,
PA (USA)

Benedetto Strampelli Medal Lecture | ore 11.23

Intraoperative Floppy Iris Syndrome

David F. Chang, MD

Clinical Professor of Ophthalmology at the University of California, San Francisco (USA)

Keynote Lecture | ore 11.38

Cataract Surgery, Blue Light and Good Health

Martin Mainster, MD

Luther Fry Endowed Professor of Ophthalmology at the University of Kansas (USA)

Keynote Lecture | ore 15.09

Update on PCO

David J. Apple, MD

Professor of Ophthalmology and Pathology and Director of the David J. Apple Laboratories for Ophthalmic
Devices Research at the John A. Moran Eye Center, University of Utah, Salt Lake City, Utah (USA)

PREMIAZIONI – Venerdì 25 maggio – Sala Cavalieri

| **SOI Award "A life spent serving Ophthalmology"** – ore 12.15

| **Mario Gelsomino SOI Award 2006** – ore 15.19

Partecipando al 5° Congresso Internazionale è possibile ottenere l'iscrizione gratuita alla SOI per l'anno 2008. Durante la Sessione 1 - Simposio SOI "Diagnostica strumentale" e la Sessione 22 - 12th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR "Glaucoma" verranno estratte a sorte tra i Soci presenti in Sala 12 iscrizioni gratuite alla SOI per l'anno 2008

Il giorno **giovedì 24 maggio** in **Sala Belle Arti**
alle **ore 12.15** 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 2006 ed approvazione del Bilancio preventivo 2007
3. Ratifica dell'ammissione dei nuovi soci
4. Varie ed eventuali

Il giorno **giovedì 24 maggio** in **Sala Belle Arti**
alle **ore 13.15** è indetta la

Assemblea Ordinaria dei Soci ASMOI

Associazione Sindacale Medici Oculisti Italiani

ORDINE DEL GIORNO

1. Relazione del Presidente sulle attività della Associazione
2. Relazione del Segretario Tesoriere ed approvazione del rendiconto economico e patrimoniale chiuso al 31 dicembre 2006
3. Varie ed eventuali

Venerdì 25 maggio | Sala Ellisse | ore 12.30

SIMPOSIO

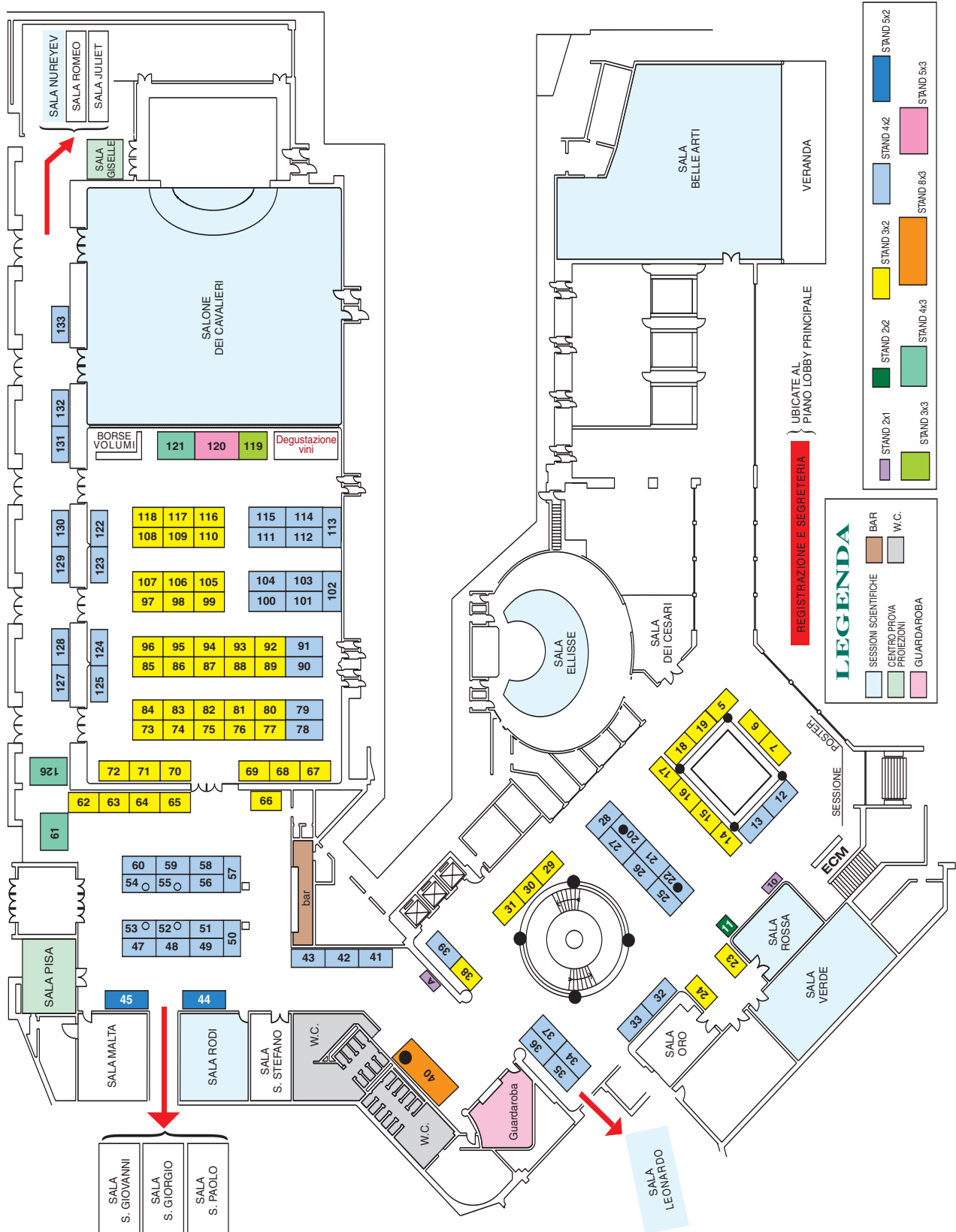
**Sistema di autocertificazione di qualità ISO 9001:2000 di gruppo
per gli Oculisti**

elenco degli espositori

| AZIENDA | STAND | AZIENDA | STAND |
|--|----------------------|--|-----------------------------|
| A.C. SERVICE S.r.l. | 127 | FOGLIAZZA LIBRERIA | 6-7 |
| AGENZIA INTERNAZIONALE PREVENZIONE CECITÀ | | FRASTEMA OPHTHALMICS S.r.l. | 89-90 |
| ALCON ITALIA S.p.A. | 47-48-49-50-51-52-53 | INNOVED S.r.l. | 123 |
| ALFA INTES S.r.l. | 61-62-63-64-65 | LEICA MICROSYSTEMS S.p.A. | 131-132 |
| ALLERGAN S.p.A. | 40 | LIGI TECNOLOGIE MEDICALI S.p.A. | 45 |
| AMO ITALY S.r.l. | 100-101-102-103-104 | LUMENIS ITALY S.r.l. | 43 |
| ASSICURAZIONI - SOI | 24 | MECCANOTTICA MAZZA S.r.l. | 32 |
| BAUSCH & LOMB IOM S.p.A. | 20-21-22-25-26-27-28 | MERCK SHARP & DOHME S.p.A. | 108-109-117-118 |
| BECTON & DICKINSON ITALIA S.p.A. | 13 | MICROMED S.r.l. | 16 |
| BRUSCHETTINI S.r.l. | 14 | NEW TECH S.p.A. | 75-76-81-82 |
| C.B. MEDICAL S.r.l. | 69 | NIDEK MEDICAL S.r.l. | 110-111-112-113-114-115-116 |
| C.S.O. S.r.l. | 70-71-72 | NIKON INSTRUMENTS S.p.A. | 17 |
| CARL ZEISS S.p.A. | 98-99-105-106 | OCULAR SURGERY NEWS EUROPE ASIA/PACIFIC EDITION | A |
| CERSOI S.p.A. | 23 | OFTALMICA S.r.l. | 15 |
| COMPAGNIA ITALIANA OFTALMOLOGICA S.c.a.r.l. | 86-87 | OPTIKON 2000 S.p.A. | 120-121 |
| COOPERVISION ITALIA S.r.l. | 5 | POLYOFTALMICA NEW S.r.l. | 124-125 |
| D.I.P.O. | 42 | ROMANI INTERMEDICA S.r.l. | 126 |
| DELPHI MEDICA S.r.l. | 122 | S.I.D.O. S.c.r.l. | 91-92-93-94-95 |
| E. JANACH S.r.l. | 31 | S.I.F.I. S.p.A. | 54-55-56-57-58-59-60 |
| EDILMON S.r.l. | 10 | SALMOIRAGHI & VIGANO' S.p.A. | 33 |
| EFFE ENDOSCOPY S.r.l. | 67-68 | SIR OFTALMICA S.r.l. | 130 |
| EOS OFTALMICA S.r.l. | 119 | SOI GESTIONE INFORMATICA STUDIO OCULISTICO | 11 |
| ESPANSIONE MARKETING S.p.A. | 129 | SURVEY VISION . RUMEX | 133 |
| ESSEBIEMME S.r.l. | 88 | THEA S.p.A. | 34-35-36-37 |
| ESSILOR ITALIA S.p.A. | 29 | TOPCON | 85-96-97-107 |
| EUPHARMED S.r.l. | 18-19 | TRANSITIONS OPTICAL Ltd | 66 |
| EUROPOTESI - TECNOPOTESI | 30 | TUBILUX PHARMA S.p.A. | 73-74-83-84 |
| F.A.S.S. S.r.l. | 128 | VERDUCI EDITORE S.r.l. | 12 |
| FABIANO S.r.l. | 38-39 | VISION SERVICE GROUP S.p.A. | 41 |
| FARMIGEA S.p.A. | 77-78-79-80 | VISUFARMA S.p.A. | 44 |

Il Consiglio Direttivo ringrazia le Aziende espositrici per la loro partecipazione

planimetria dell'esposizione



NETILDEX 0,1% + 0,3%

S01CA01 Desametasone Netilmicina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. Denominazione del medicinale NETILDEX 0,1% + 0,3% collirio, soluzione.

2. Composizione qualitativa e quantitativa 1 ml di collirio, soluzione contiene: Desametasone fosfato disodico mg 1,32 pari a Desametasone 1 mg – Netilmicina solfato mg 4,55 pari a Netilmicina 3 mg. Per gli eccipienti vedi 6.1.

3. Forma farmaceutica Collirio, soluzione.

4. Informazioni cliniche

4.1 Indicazioni terapeutiche Stati infiammatori del segmento anteriore dell'occhio, post-operatori e non, in presenza o a rischio di infezione batterica.

4.2 Posologia e modo di somministrazione Instillare nel sacco congiuntivale una goccia di collirio 4 volte al dì o secondo prescrizione medica. Solo per uso oftalmico. Evitare che l'estremità del contenitore venga a contatto con l'occhio o con qualsiasi altra superficie, incluse le mani. NETILDEX in contenitori monodose va usato solo immediatamente dopo l'apertura. Il prodotto non contiene conservanti: dopo la somministrazione il contenitore andrà eliminato anche se solo parzialmente utilizzato. Prima dell'uso assicurarsi che il contenitore sia intatto.

4.3 Controindicazioni Ipersensibilità ai principi attivi, agli antibiotici aminoglicosidici o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

Il prodotto contiene corticosteroidi e quindi è controindicato in pazienti affetti da: 1) ipertensione intraoculare, 2) cheratite erpetica o altre infezioni oculari da Herpes simplex, 3) malattie virali della cornea e della congiuntiva, 4) infezioni fungine dell'occhio, 5) infezioni oculari da micobatteri.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego NETILDEX non è iniettabile, pertanto non va somministrato per via sottocongiuntivale o introdotto in camera anteriore. In occasione di trattamenti protratti oltre i 15 giorni è opportuno procedere a regolari controlli della pressione intraoculare. L'uso prolungato di corticosteroidi potrebbe determinare, in soggetti predisposti, aumento della pressione intraoculare con possibile danno del nervo ottico (glaucoma) e riduzione dell'acuità visiva. L'uso prolungato di corticosteroidi potrebbe anche causare: 1) insorgenza di cataratta subcapsulare, 2) ritardo nei processi di cicatrizzazione, 3) riduzione delle capacità immunitarie con conseguente aumento del rischio di infezioni oculari secondarie, in particolare di natura fungina e virale. Nelle infezioni purulente dell'occhio i corticosteroidi possono mascherare i segni dell'infezione. Svariate patologie oculari e l'uso prolungato di corticosteroidi possono indurre assottigliamento della cornea o della sclera; in questi casi l'uso di corticosteroidi topici può provocare perforazioni corneali o sclerali.

Nel caso in cui, dopo un ragionevole periodo di tempo, non si ottenessero miglioramenti del quadro clinico o se si verificassero irritazioni o manifestazioni di ipersensibilità, occorre sospendere il trattamento e ricorrere ad una terapia adeguata.

NETILDEX non è stato studiato nei bambini. Pertanto, in età pediatrica il prodotto va somministrato soltanto nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico.

NETILDEX in contenitori multidose contiene come conservante benzalconio cloruro. Il benzalconio cloruro può essere assorbito dalle lenti a contatto morbide. Qualora fosse necessario l'uso contemporaneo di NETILDEX e di lenti a contatto morbide è consigliabile l'utilizzo di NETILDEX in contenitori monodose senza conservante. Il benzalconio cloruro può inoltre provocare cheratite puntata e pertanto in pazienti con pregresse anomalie corneali sarebbe opportuno procedere a regolari controlli in caso di uso di NETILDEX in contenitori multidose. Anche in questo caso è consigliabile l'utilizzo di NETILDEX in contenitori monodose senza conservante.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Nessuna nota.

4.6 Gravidanza ed allattamento Uso in gravidanza. Non sono disponibili dati clinici sulla sicurezza d'impiego di NETILDEX in gravidanza. Studi condotti sull'animale non hanno indicato alcun effetto dannoso diretto o indiretto sulla gravidanza, lo sviluppo embrionale, il parto o lo sviluppo postnatale (vedi sezione 5.3). Si dovrebbe considerare l'uso di NETILDEX solo qualora i potenziali benefici superino la possibilità di rischi non noti. Allattamento. La sicurezza d'impiego di NETILDEX in corso di allattamento non è stata stabilita per cui se ne sconsiglia l'uso.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati Gli effetti indesiderati possibili in seguito all'utilizzo di NETILDEX possono essere attribuiti ad uno solo dei componenti o ad entrambi anche se non è noto in che misura. Possibili effetti indesiderati dovuti al corticosteroide sono: 1) aumento della pressione intraoculare dopo 15-20 giorni di applicazione topica in pazienti predisposti o glaucomatosi, 2) formazione di cataratta subcapsulare posteriore in seguito a trattamenti prolungati, 3) sviluppo o aggravamento di infezioni da Herpes simplex o fungine, 4) ritardo della cicatrizzazione. In tutti questi casi è opportuno sospendere il trattamento e ricorrere ad una terapia adeguata. L'effetto indesiderato più comune possibile durante l'uso topico di netilmicina è l'ipersensibilità, che si manifesta con iperemia congiuntivale, bruciore o prurito. Tali fenomeni possono riscontrarsi in meno del 3% dei pazienti trattati e sono possibili comunque anche dopo l'uso topico di altri antibiotici aminoglicosidici.

4.9 Sovradosaggio Non sono stati riportati casi di sovradosaggio. Nel caso che venga ingerito l'intero contenuto di un contenitore multidose di NETILDEX (contenente 5 mg di desametasone) si potrebbero verificare degli effetti indesiderati. In questo caso consultare immediatamente il proprio medico.

5. Proprietà farmacologiche

5.1 Proprietà farmacodinamiche Codice ATC: S01CA01. NETILDEX contiene due principi attivi: il desametasone e la netilmicina. Il desametasone è un corticosteroide dotato di una intensa attività antinfiammatoria pari a 25 volte quella dell'idrocortisone. Come tutti i farmaci appartenenti a questa categoria l'attività antiflogistica si esplica principalmente attraverso l'inibizione della sintesi dell'acido arachidonico e di conseguenza di prostaglandine e leucotrieni, che sono tra i più importanti mediatori del processo flogistico. Lo

steroidi agisce inducendo la sintesi della lipomodulina, una proteina che inibisce l'azione della fosfolipasi A2, enzima deputato alla liberazione dell'acido arachidonico.

La netilmicina è un antibiotico aminoglicosidico semisintetico ad ampio spettro. Gli aminoglicosidi sono antibiotici ad attività battericida che interferiscono con la sintesi proteica attraverso un legame irreversibile con la subunità 30S del ribosoma batterico. Lo spettro antimicrobico della netilmicina è paragonabile a quello della gentamicina e della tobramicina; rispetto alle quali però possiede una migliore attività antibatterica. La netilmicina è attiva, a basse concentrazioni (0,5-12 microgrammi/ml), su una vasta gamma di patogeni oculari sia Gram positivi che Gram negativi, inclusi *S. Aureus*, *S. Epidermidis* e altri *S. Coagulans* negativi, *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas spp.* ed *H. Influenzae*.

5.2 Proprietà farmacocinetiche Il desametasone raggiunge concentrazioni intraoculari terapeutiche dopo instillazione nel sacco congiuntivale. E' possibile un certo grado di assorbimento sistemico anche dopo somministrazione oculare. La netilmicina, come tutti gli altri aminoglicosidi, è una molecola scarsamente lipofila, per cui, dopo applicazione topica, penetra debolmente nella camera anteriore dell'occhio. Studi condotti sull'uomo hanno evidenziato che dopo una singola somministrazione topica la netilmicina raggiunge nelle lacrime le concentrazioni di: 256 microgrammi/ml dopo 5 minuti, 182 microgrammi/ml dopo 10 minuti, 94 microgrammi/ml dopo 20 minuti e 27 microgrammi/ml dopo 1 ora. La netilmicina somministrata per via topica inoltre non viene assorbita a livello sistemico in maniera significativa.

5.3 Dati preclinici di sicurezza La tossicità del desametasone somministrato per via sistemica è ben documentata in letteratura. L'uso topico di desametasone alla concentrazione di 0,1 % e alla posologia prevista per il NETILDEX consente di ottenere una elevata sicurezza sistemica. La netilmicina ha un profilo tossicologico sistemico qualitativamente simile a quello della gentamicina e della tobramicina, ma con effetti collaterali (nefrotossicità e ototossicità) meno importanti. Dati preclinici condotti sull'animale con la netilmicina somministrata per via topica e basati sugli studi convenzionali di tossicità per dosi singole e ripetute, potenzialità carcinogenetica e tossicità riproduttiva non hanno rilevato particolari pericoli per l'uomo. La somministrazione di NETILDEX collirio, soluzione per via topica nel coniglio per 28 giorni non ha evidenziato effetti irritativi locali né tossicità sistemica.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1 Elenco degli eccipienti Contenitore multidose: Sodio citrato – Sodio fosfato monobasico monoidrato – Disodio fosfato dodecaidrato – Benzalconio cloruro – Acqua depurata; Contenitore monodose: Sodio citrato – Sodio fosfato monobasico monoidrato – Disodio fosfato dodecaidrato – Acqua depurata.

6.2 Incompatibilità Nessuna nota.

6.3 Periodo di validità Contenitore multidose: A confezionamento integro, correttamente conservato: 2 anni. Dopo la prima apertura: 28 giorni. Contenitore monodose: A confezionamento integro, correttamente conservato: 2 anni. Il prodotto non contiene conservanti: dopo la somministrazione il flaconcino andrà eliminato anche se solo parzialmente utilizzato.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione Confezione multidose e monodose: Conservare a temperatura inferiore a 30 °C. Conservare nel contenitore originario e nell'imballaggio esterno. Contenitore monodose – dopo prima apertura: Conservare a temperatura inferiore a 30 °C. Conservare nel contenitore originario e nell'imballaggio esterno.

6.5 Natura e contenuto del contenitore Contenitore multidose. Flacone in polietilene a bassa densità, bianco, da 5 ml di soluzione. Contenitore monodose. 15 contenitori in polietilene a bassa densità da 0,3 ml di soluzione. 20 contenitori in polietilene a bassa densità da 0,3 ml di soluzione.

6.6 Istruzioni per l'uso Contenitore multidose Avvitare il tappo fino in fondo per perforare il flacone. Svitare il tappo, capovolgere il flacone ed instillare esercitando una lieve pressione sullo stesso. Richiudere il flacone avvitando il tappo fino in fondo. Contenitore monodose Staccare la monodose dalla strip. Aprire ruotando la parte superiore senza tirare.

7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio S.I.E.L.S.p.A. - Sede legale: Via Ercole Patti, 36 – 95020 Lavinio – Ad S. Antonio (CT).

8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio NETILDEX 0,1% + 0,3% collirio, soluzione da 5 ml: 036452011 NETILDEX 0,1% + 0,3% collirio, soluzione 15 contenitori monodose: 036452023 NETILDEX 0,1% + 0,3% collirio, soluzione 20 contenitori monodose: 036452035.

9. Data di autorizzazione all'immissione in commercio Marzo 2006.

10. Data di ultima revisione del testo Determinazione AIFA del Marzo 2006.

LA SOLUZIONE È SEMPLICE

1+1=NETILDEX



NETILDEX 0,1% + 0,3%
S01CA01 Desametasone Netilmicina

programma day-by-day

Mercoledì 23 maggio

| Ora | TIPO | N° | TITOLO | Argomento | Sala | Pagina |
|-------------|------|-----|---|-----------|-----------|--------|
| 08:30-10:10 | C | 101 | La diplopia | 9 | Verde | 42 |
| 08:30-10:10 | C | 103 | Endoscopia bulbare in chirurgia vitreoretinica | 15 | Leonardo | 43 |
| 08:30-10:10 | C | 104 | Dislocazione delle lenti intraoculari: soluzioni chirurgiche | 1 | Nureyev | 43 |
| 08:30-10:20 | S | 5 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Cornea | 2 | Rossa | 43 |
| 09:00-13:00 | S | 1 | Simposio di aggiornamento SOI - Diagnostica strumentale | 17 | Cavalieri | 40 |
| 13:45-15:15 | C | 102 | Protocolli diagnostici e terapeutici nei casi di uveite associata a spondilo-artriti siero negative | 5 | Verde | 42 |
| 14:00-18:00 | S | 2 | Simposio di Aggiornamento SOI - Cornea Cornea quotidiana: dall'evidenza scientifica alla pratica clinica | 2 | Cavalieri | 41 |
| 16:45-18:25 | C | 105 | Corso pratico di oftalmologia pediatrica | 9 | Nureyev | 43 |
| 16:45-18:45 | SM | 3 | Simposio I.A.P.B. - La riabilitazione del cieco: ciò che l'oculista deve assolutamente sapere | 14 | Verde | 42 |
| 16:45-18:45 | SM | 4 | Riunione Oculisti Ambulatoriali Integrazione Ospedale-Territorio | 17 | Leonardo | 43 |
| 17:15-18:35 | S | 6 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Cataratta | 1 | Rossa | 44 |

Giovedì 24 maggio

| Ora | TIPO | N° | TITOLO | Argomento | Sala | Pagina |
|--------------------|----------|-----|--|-----------|-------------------|-----------|
| 08:00-09:15 | S | 15 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Glaucoma | 4 | Rossa | 52 |
| 08:00-09:40 | C | 107 | Dacriocistorinostomia (DCR) per via esterna o endonasale: come facilitare la scelta del chirurgo | 8 | Nureyev | 52 |
| 08:00-10:00 | SM | 9 | Simposio di aggiornamento G.I.V.Re. - Vitrectomia totale vs vitrectomia parziale nella chirurgia vitreoretinica | 15 | Ellisse | 49 |
| 08:00-10:00 | S | 13 | Simposio SOI - Sindrome IFIS: cause e soluzioni | | Verde | 50 |
| 08:00-10:00 | SM | 14 | Simposio A.I.La.R.P.O. - S.I.E.D. Trattamento estetico e funzionale delle malposizioni palpebrali | 8 | Leonardo | 51 |
| 08:00-12:00 | S | 7 | Simposio di Aggiornamento SOI - Chirurgia refrattiva | 16 | Cavalieri | 46 |
| 10:00-12:00 | C | 3 | Corso di Informatica - Gestione informatica dell'attività oculistica | 17 | Rodi | 54 |
| 10:30-12:30 | S | 10 | La responsabilità professionale per gli oftalmologi dipendenti di strutture pubbliche e private | 17 | Ellisse | 49 |
| 12.15-13.15 | R | | Assemblea Soci SOI | | Belle Arti | 48 |
| 13.15-14.15 | R | | Assemblea Soci ASMOI | | Belle Arti | 48 |
| 13:45-14:45 | C | 112 | Impianti secondari | 17 | Leonardo | 51 |
| 14:00-16:00 | C | 1 | Corso di Informatica - Utilizzo di Internet e posta elettronica | 17 | Rodi | 54 |
| 14:30-18:45 | S | 8 | Simposio di aggiornamento SOI - Retina: le terapie intravitreali | 10/11 | Cavalieri | 47 |
| 16:30-18:30 | SM | 11 | Simposio Internazionale E.C.L.S.O. - S.I.C.O.M. Lenti a contatto in età pediatrica | 7 | Ellisse | 50 |
| 16:45-18:25 | C | 108 | Le sindromi alfabetiche | 9 | Nureyev | 52 |
| 16:45-18:45 | SM | 12 | Simposio d'aggiornamento della S.I.C.O.P. Oftalmopatia distiroidea: dalla diagnosi alla terapia | 8 | Leonardo | 51 |
| 16:45-18:45 | C | B | Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente Oncologia oculare | 3 | Verde | 51 |
| 17:00-18:35 | S | 16 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Chirurgia Vitreoretinica e Chirurgia Refrattiva | 15/16 | Rossa | 53 |

programma day-by-day

Venerdì 25 maggio

| Ora | TIPO | N° | TITOLO | Argomento | Sala | Pagina |
|-------------|------|--------|--|-----------|-----------|--------|
| 08:00-09:40 | C | 109 | Le blefaroptosi nel bambino: peculiarità cliniche e chirurgiche | 9 | Verde | 60 |
| 08:00-09:40 | C | 114 | Chirurgia palpebrale mini-invasiva fatta facile | 8 | Rossa | 61 |
| 08:00-10:00 | SM | 18-bis | Simposio G.I.V. - È ancora attuale la chirurgia episclerale nel distacco di retina regmatogeno? | 11 | Ellisse | 58 |
| 08.30-10.30 | C | 1 | Corso di Informatica - Utilizzo di Internet e posta elettronica | 17 | Rodi | 62 |
| 08:00-13.05 | S | 17 | 12 th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER - Part one | | Cavalieri | 55 |
| 09:30-10:30 | C | 113 | Trattamento chirurgico della cavità anoftalmica | 8 | Leonardo | 60 |
| 12:00-13:00 | R | | Riunione Associazione Italiana Aniridia | | Rossa | 61 |
| 12:30-13:30 | S | | Sistema di autocertificazione di qualità ISO 9001:2000 | | Ellisse | 58 |
| 13.45-15.45 | C | A | Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente Certificazione in Contattologia Medica | 7 | Leonardo | 60 |
| 13:45-15:15 | S | 19 | Simposio SOI - La ricerca italiana nella migliore letteratura internazionale | | Ellisse | 58 |
| 14:15-19.10 | S | 18 | 12 th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER - Part two | | Cavalieri | 56 |
| 15.00-17.00 | C | 2 | Corso di Informatica - Utilizzo di Power Point per presentazioni | 17 | Rodi | 62 |
| 16:45-18:25 | C | 110 | Vitrectomia 23G | 16 | Verde | 60 |
| 16:45-18:25 | C | 111 | Traumatologia orbitaria | 8 | Leonardo | 60 |
| 16:45-18:45 | SM | 20 | Simposio A.I.E.R.V. - Abilitazione/riabilitazione visiva in età infantile: patologia del cristallino | 9 | Ellisse | 59 |
| 16:45-18:45 | S | 21 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Retina Medica e Retina Chirurgica | 10/11 | Rossa | 61 |

Sabato 26 maggio

| Ora | TIPO | N° | TITOLO | Argomento | Sala | Pagina |
|-------------|------|-----|--|-----------|-----------|--------|
| 08:00-14:00 | S | 22 | 12 th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER Glaucoma diagnostics | 4 | Cavalieri | 64 |
| 08:15-09:55 | C | 117 | Il torcicollo oculare | 9 | Verde | 66 |
| 08:15-09:15 | C | 118 | Cheratoprotesi di Pintucci: 21 anni di esperienza nei traumi oculari | 2 | Rossa | 67 |
| 08:15-10:15 | SM | 23 | Simposio di aggiornamento S.I.E.T.O. Traumi del segmento anteriore | 12 | Ellisse | 66 |
| 08:15-10:15 | SM | 24 | Simposio S.I.O.L. - Il rischio oculare da giocattolo: normativa attuale e nuovi prodotti tecnologici | 9 | Leonardo | 67 |
| 10:30-11:30 | C | 115 | La gestione dell'epifora: dalla diagnosi alla terapia | 2 | Verde | 66 |
| 11:30-12:45 | S | 25 | Sessione di Comunicazioni e Poster su Uveiti, Ottica, Refrazione & Contattologia medica, Orbita & Chirurgia plastica, Oftalmologia pediatrica & Strabismo, Traumatologia | | Rossa | 68 |
| 11:30-13:10 | C | 116 | La chirurgia complicata del segmento anteriore: soluzione delle problematiche con l'aiuto di chirurghi del segmento anteriore e posteriore | 1 | Leonardo | 67 |
| 12:00-13:40 | C | 106 | Endoftalmiti: dalla profilassi alla terapia | 17 | Verde | 67 |
| 12:00-14:00 | C | C | Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente Oftalmoplastica: approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita | 8 | Ellisse | 66 |

LEGENDA

| Tipo | Argomenti |
|---|---|
| C Corso | 1 Cataratta |
| S Simposio SOI | 2 Cornea, superficie oculare, malattie degli annessi |
| SM Simposio Società Monotematica | 3 Tumori oculari |
| R Riunione | 4 Glaucoma |
| | 5 Uveiti |
| | 6 Neuro-oftalmologia |
| | 7 Ottica, refrazione, contattologia medica |
| | 8 Orbita, chirurgia plastica |
| | 9 Oftalmologia pediatrica, strabismo |
| | 10 Retina medica |
| | 11 Retina chirurgica |
| | 12 Traumatologia oculare |
| | 13 Epidemiologia |
| | 14 Ipvisione |
| | 15 Chirurgia vitreoretinica |
| | 16 Chirurgia refrattiva |
| | 17 Altro |

Innovazione. Sicurezza.

Akreos A0 Micro Incision Lens. Inheriting the best



Bausch & Lomb Akreos™ A0

Akreos A0 lente da Micro incisione

La Akreos MI60 è l'eccellenza per le lenti da micro incisione e può essere impiantata attraverso incisioni di 1,8 mm, ed offre le stesse performance in termini di stabilità e qualità della visione delle lenti intraoculari standard.

Come componente dei prodotti di Bausch & Lomb, Akreos MI60 mantiene tutti i benefici delle lenti che l'hanno preceduta: materiale testato e sicuro, design a 4 punti di appoggio per una migliore stabilità, ottica asferica aberration free che offre una migliore profondità di campo, e tutte le caratteristiche per contrastare la PCO. Con Akreos MI60, Bausch & Lomb completa la sua piattaforma MICS, con un elemento chiave: una lente intraoculare disegnata specificamente per la MICS.



www.MICSplatform.com

Bausch & Lomb
University

Education



Techniques



Equipment



IOL



Instruments



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

5

Congresso Internazionale SOI

Programma Scientifico

tavole rotonde
congressi nazionali
simposi
corsi di istruzione

CAVALIERI

09.00-13.00

**SESSIONE 1 Simposio di Aggiornamento SOI
DIAGNOSTICA STRUMENTALE***Coordinatori:* L. Pierro, M. Nubile, A. Mularoni, M. Piovella

09.00 Introduzione

Cornea-chirurgia rifrattiva

09.05 Topo-tomografia corneale – A. Mularoni

09.12 Aberrometria – P. Vinciguerra

09.19 Pupillometria – G. Mulè

09.26 Pachimetria – M.I. Torres Munoz

09.33 OCT/Visante – M. Piovella

09.40 *Discussione***Cornea/segmento anteriore patologia**

09.50 UBM – G. Marchini

09.57 Biomicroscopia endoteliale – M. Piovella

10.04 Biomicroscopia confocale – M. Nubile

10.11 *Discussione***Retina medica**

10.21 Fluorangiografia retinica – U. Introiini

10.28 Fluorangiografia ICG – V. Isola

10.35 Autofluorescenza – A. Pece

10.42 OCT 3 – C. Scassa

10.49 OCT/SLO – Spectral OCT – L. Pierro

11.58 *Discussione***Retina chirurgica**

11.08 Ecografia – V. Mazzeo

11.15 OCT 3 – C. Scassa

11.22 OCT/SLO – L. Pierro

11.31 Microperimetria – M. Varano

11.38 *Discussione***11.48 Introduzione Gian Battista Bietti Medal Lecture**

M. Stirpe, D.J. D'Amico (USA)

11.58 Gian Battista Bietti Medal Lecture**Advances in ultrasound evaluation of the eye for the vitreo-retinal surgeon**

D.J. Coleman (USA)

Nervo ottico

12.15 Ecografia – N. Rosa

12.22 OCT3-HRT-GDX – S. Miglior

12.29 PEV-ERG – V. Parisi

12.36 *Discussione***Durante la sessione tra i partecipanti Soci SOI presenti in sala verranno estratti a sorte 7 nominativi, ai quali sarà riconosciuta l'iscrizione gratuita alla SOI per l'anno 2008****Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English**

CAVALIERI

14.00-18.00

SESSIONE 2 Simposio di Aggiornamento SOI**CORNEA QUOTIDIANA: DALL'EVIDENZA SCIENTIFICA ALLA PRATICA CLINICA**

Coordinatori: A. Montericcio, L. Mastropasqua, M. Busin

- 14.00 **La cornea: peculiarità anatomofunzionali di un tessuto straordinario**
L. Mastropasqua
- 14.10 **Cornea e trasmissione della radiazione luminosa**
P. Vinciguerra
- 14.20 **Aberrazione comprensibile**
U. Merlin
- 14.30 **Topografia pratica**
G. Di Lorenzo
- 14.40 **Il limbus e l'epitelio**
L. Conti
- 14.50 **Colorazioni**
D. Ponzin
- 15.00 **Difficoltà e distrofie epiteliali**
G. Caprioglio, O. Cerin, A. Franch
- 15.10 **Opacità stromali distrofiche**
G. Caprioglio, O. Cerin, A. Franch
- 15.20 **Opacità stromali degenerative e cicatriziali**
U. Merlin
- 15.30 **Edema corneale**
V. Orfeo
- 15.40 **Endotelioscopia pratica**
G. Bricola
- 15.50 **Distrofie ectasiche**
P. Rama
- 16.00 **Blefariti e cornea**
A. Montericcio
- 16.10 **Pigmentazioni e depositi corneali**
C. Traversi
- 16.20 **Infiltrato corneale: diagnosi differenziale e impostazione della gestione**
L. Fontana
- 16.30 **Melting corneale: diagnosi differenziale e impostazione della gestione**
G. Scorcìa
- 16.40 **Cheratiti virali**
M. Busin
- 16.50 **Rigetto di allotrapianto: diagnosi differenziale e impostazione della gestione**
V. Sarnicola
- 17.00 **Dietro la cornea c'è il resto del paziente**
P.G. Neri
- 17.10 **Cornea e glaucoma**
M. Nubile
- 17.20-17.35 **Casi clinici particolari 1: Diagnosi complessa**
- 17.35-17.50 **Casi clinici particolari 2: Terapia complessa**
- 17.50 *Discussione*

Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English

BELLE ARTI

09.00-13.00 | Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri
14.00-18.00

VERDE

08.30-10.10 **CORSO 101**
GESTIONE DELLA DIPLOPIA

Direttore: M. Pedrotti

Istruttori: M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, A. De Gregorio, A. Chryc, D. Drago

VERDE

13.45-15.15 **CORSO 102**
PROTOCOLLI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI NEI CASI DI UVEITE ASSOCIATA A SPONDILO-ARTRITI SIERO NEGATIVE

Direttore: A. Mocellin

Istruttori: M. Muratore, M.R. Rollo

VERDE

16.45-18.45 **SESSIONE 3 Simposio I.A.P.B.**
Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità – Sezione Italia
LA RIABILITAZIONE DEL CIECO:
CIÒ CHE L'OCULISTA DEVE ASSOLUTAMENTE SAPERE

Presidenti: C. Balacco Gabrieli, Avv. G. Castronovo

Coordinatore: F. Cruciani

- 16.45 **Introduzione**
L'impegno della IAPB nella riabilitazione visiva. Il Polo Nazionale
G. Castronovo
- 16.55 **Il cieco in Italia**
F. Cruciani, F.M. Amore
- 17.10 **Istruzione**
E. Tioli
- 17.25 **Orientamento e mobilità**
C. Bartolin
- 17.40 **Formazione professionale**
M. Corcio
- 17.55 **Possibilità di impiego**
V. Zito

LEONARDO

08.30-10.10

CORSO 103**ENDOSCOPIA BULBARE IN CHIRURGIA VITREORETINICA***Direttore:* C. Forlini*Istruttori:* R. Sciacca, G. Vecchione, P. Rossini**LEONARDO**

16.45-18.45

SESSIONE 4 Riunione Oculisti Ambulatoriali**INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO***Presidente:* C. Bianchi*Coordinatore:* D. Mazzacane**NUREYEV**

08.30-10.10

CORSO 104**DISLOCAZIONE DELLE LENTI INTRAOCULARI: SOLUZIONI CHIRURGICHE***Direttore:* P.M. Fantaguzzi*Istruttori:* L. Cappuccini, D. Bonsanto, L. Avoni, M. Moretti, R. Servadei**NUREYEV**

16.45-18.25

CORSO 105**CORSO PRATICO DI OFTALMOLOGIA PEDIATRICA***Direttore:* M. Fortunato*Supersperti:* P. Vadalà, P. Capozzi*Istruttori:* R. Maggi, A. Menna, A. De Pino, L. Gravina, I. Memmi, S. Ignagni**ROSSA**

08.30-10.20

SESSIONE 5 Sessione di Comunicazioni e Poster su Cornea*Moderatori:* P. Troiano, P. Vinciguerra**Comunicazioni**

- 08.30 C1 CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA IN PAZIENTI AFFETTI DA CHERATOCONO CON PRECEDENTE IMPIANTO DI ANELLI INTRASTROMALI
L. Fontana, G. Parente, G. Tassinari (Bologna)
- 08.40 C2 EFFICACIA DELL'AUTOTRAPIANTO CONGIUNTIVALE LIMBARE NELLA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO RECIDIVATO ASSOCIATO A PTK
P.F. Fiorini, A. Mularoni, L. Di Silvestre, F. Khaki Sahneh, G. Tassinari (Bologna)
- 08.50 C3 EXCIMER LINKED LAMELLAR KERATOPLASTY: INDICAZIONI TECNICHE E RISULTATI A LUNGO TERMINE NELLA TERAPIA CHIRURGICA DEL CHERATOCONO
M. Gatti, P. Bonci (Imola)
- 09.00 C4 CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA IN PAZIENTI AFFETTI DA LEUCOMA CORNEALE IN ESITI DI CHERATITE ERPETICA
G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari (Bologna)

- 09.10 C5 TRASMISSIONE DI CANDIDA ALBICANS DA LEMBO CORNEALE DI DONATORE DOPO CHERATOPLASTICA LAMELLARE
G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari (Bologna)
- 09.20 C6 RISULTATI CLINICI AD UN ANNO DEL TRAPIANTO DI ENDOTELIO CON TECNICA DSAEK (DESCMET STRIPPING AND AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY) IN PAZIENTI CON SCOMPENSO ENDOTELIALE PRIMARIO E SECONDARIO
S. Matteoni, V. Scorcia, M. Busin (Forlì)
- 09.30 C7 CONFRONTO TRA TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA A 820 nm, A 1310 nm E BIOMICROSCOPIA AD ULTRASUONI PER LA VALUTAZIONE DELLO SPESSORE CENTRALE DEL LETTO CORNEALE RICEVENTE NELLA CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA
M. Passilongo, E. Pedrotti, A. Sbabo, G. Marchini (Verona)
- 09.40 C8 NUOVO APPROCCIO CONCETTUALE AL TRATTAMENTO DELL'OCCHIO SECCO: UN NEWTONIANO E NON VISCOELASTICO SOSTITUTIVO LACRIMALE (ARABINO GALATTANO)
L. Mannucci, E. Boldrini (Padova, Modena)
- 09.50 C8 bis CHERATOPLASTICA LAMELLARE ED ENDOTELIALE: ASSOCIAZIONE DI LASER A DIODO E A FEMTOSECONDI
L. Menabuoni, I. Lenzetti, F. Rossi, R. Pini (Prato, Firenze)

Poster

- 10.00 P1 LA TERAPIA FOTODINAMICA NEI LEUCOMI CORNEALI VASCOLARIZZATI
P. Aurilia, I. Mele, R. De Marco (Napoli)
- 10.03 P2 STUDIO CONFOSCAN 4 CHERATOPATIA GRANULARE TIPO AVELLINO: CASE REPORT
A. Laborante, L. Buzzonetti (S. Giovanni Rotondo)

10.06-10.20 *Discussione Poster*

ROSSA

17.15-18.35 SESSIONE 6 Sessione di Comunicazioni e Poster su Cataratta

Moderatori: G. Nuzzi, S. Rizzuto

Comunicazioni

- 17.15 C9 CONTROLLO CON OCT DELL'EDEMA MACULARE SUBCLINICO POST CATARATTA CON E SENZA BRINZOLAMIDE
S. Esente (Firenze)
- C10 *[ritirata]*
- 17.25 C11 INCIDENZA DI PCO 5 ANNI DOPO L'IMPIANTO DI IOL IN SILICONE AMO ARRAY E AMO MONOFOCALE
D. Cimetta, A.C. Cimetta, V. Della Valle, P.a Bonci, P.o Bonci (Bologna, Imola)
- 17.35 C12 RESTOR VS MONOFOCALE NATURAL: VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VISIONE DOPO IMPIANTO DI LENTE MULTIFOCALE ANODIZZATA
E.M. Vingolo, P.L. Grenga, L. Iacobelli, D. Domanico, P.G. Limoli, R. Grenga (Roma)
- 17.45 C13 PSEUDOACCOMODAZIONE: STUDIO ULTRABIOMICROSCOPICO
M. Modesti, R. Tidore, S. Macrì (Roma)

- 17.55 **C14** L'INCIDENZA DELL'ENDOFTALMITE POST-FACOEMULSIFICAZIONE. FUNZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL TUNNEL "CLEAR-CORNEA" USATO PER L'INTERVENTO
V. Scordia, S. Matteoni, M. Busin (Forlì)
- 18.05 **C15** TECNICHE DI CHIRURGIA DEL SACCO CAPSULARE: ALLARGAMENTO DI SACCO FIMOTICO - RIMOZIONE DELLA CATARATTA SECONDARIA - ESPIANTO DI IOL
C. Carlevale (Roma)

Poster

- 18.15 **P3** STUDIO DELLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO E DELLA ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO DOPO IMPIANTO DI ACRYSOF NATURAL SN60AT E ACRYSOF IQ SN60WF
A. Torreggiani, A. Di Biase, A. Duca, F. Khaki Sahneh, M. Fogli, G. Tassinari (Bologna)
- 18.18 **P4** STUDIO DELLA ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO E DELLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO DOPO IMPIANTO DI SOFLEX SE E SOFPORT AO
A. Duca, A. Di Biase, A. Torreggiani, F. Khaki Sahneh, L. Neri, G. Tassinari (Bologna)
- 18.21 **P5** LA PERFORMANCE VISIVA DELLE IOL ASFERICHE: STUDIO MEDIANTE SENSIBILITÀ AL CONTRASTO ED ABERROMETRIA
L. Porsia, A. Mularoni, L. Di Silvestre, A. Torreggiani, A. Di Biase, G. Tassinari (Bologna)
- 18.24-18.35 *Discussione Poster*

CAVALIERI

08.00-12.00

SESSIONE 7 Simposio di Aggiornamento SOI**CHIRURGIA REFRAATTIVA***Coordinatori:* C. Balacco Gabrieli, F. Dossi, A. Mocellin, P. Vinciguerra**Esami preliminari**

- 08.00 Misurazione della rifrazione – C. Bianchi
- 08.07 Topografia – M. Camellin
- 08.14 Aberrometria – F. Bartoli
- 08.21 Superficie oculare e chirurgia refrattiva – P. Troiano
- 08.28 Patologie corneali e sistemiche e chirurgia refrattiva – M. Bifani
- 08.35 Endotelio e chirurgia refrattiva – M. Piovella
- 08.40 Microscopia confocale – M. Nubile
- 08.45 OCT segmento anteriore – M. Piovella
- 08.50 Biometria – C. Carbonara
- 08.57 Il consenso informato – L. Marino
- 09.04 Indicazioni conclusive – A. Mocellin

Programmazione chirurgica

- 09.10 Tecniche laser – R. Dossi
- 09.17 Il trattamento customizzato – P. Vinciguerra
- 09.24 Esiste ancora la chirurgia incisionale? – F. Dossi
- 09.30 Anelli e lenticoli intrastromali – A. Mularoni
- 09.35 Il ruolo della chirurgia di superficie – A. Mularoni
- 09.42 Il ruolo della chirurgia intrastromale – L. Mastropasqua
- 09.49 Importanza del diametro pupillare – F. Camesasca
- 09.54 Importanza dello spessore corneale – S. Morselli
- 09.59 Tecniche intraoculari e corneali non laser – U. Merlin
- 10.06 Lensectomia – L. Zeppa
- 10.13 Trattamento della presbiopia – S. Rossi
- 10.20 Indicazioni conclusive – C. Balacco Gabrieli

Tecnica chirurgica

- 10.25 Chirurgia di superficie – G. Alessio
- 10.32 CK – G. Grieco
- 10.39 Lasik – G. Panzardi
- 10.44 Femtosecondo – G. Perone
- 10.51 Lenti fache: PRL – M. Buscemi
- 10.56 Lenti fache: Verisize – G. Beltrame
- 11.01 Lenti fache: ICL – G. Caramello
- 11.06 Tecniche intraoculari – A. Galan
- 11.13 Indicazioni conclusive – F. Dossi

Postoperatorio

- 11.18 Il follow up post operatorio – S. Baiocchi
- 11.23 Terapia pre e post operatoria – V. Orfeo
- 11.30 Complicanze chirurgia di superficie – S. Serrao
- 11.37 Complicanze intrastromali – M. Gualdi
- 11.44 Complicanze chirurgia endobulbare – R. Bellucci
- 11.51 Trattamento infezioni – V. Sarnicola
- 11.58 Indicazioni conclusive – P. Vinciguerra

Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English

CAVALIERI**14.30-18.45 SESSIONE 8 Simposio di Aggiornamento SOI****RETINA: LE TERAPIE INTRAVITREALI**

Coordinatori: A. Pece, T. Rossi, M. Schiavone, G. Scoria

Farmaci intravitreali

Moderatori: R. Bellucci, S. Carlentini, G. Lesnoni

- 14.30 L'angiogenesi – G. Amato
- 14.35 Storia dell'utilizzo intravitreale dei farmaci – G. Manzi
- 14.40 Tecnica di iniezione – C. Traversi
- 14.45 Procedure: linee guida per le iniezioni intravitreali – G. Lesnoni, L. Colecchia
- 14.50 Le complicanze – F. Ricci
- 14.55 Effetti sistemici dei farmaci angiogenetici – L. Maestroni
- 15.00 Il punto di vista del legale sull'utilizzo di farmaci intravitreali, incluso l'utilizzo off-label
P. d'Agostino
- 15.05 Procedure: considerazioni finali – P.G. Neri
- 15.10 *Discussione*

Farmaci intravitreali nel trattamento di endoftalmiti, retiniti e uveiti

Moderatori: L. Cappuccini, G. Scoria

- 15.20 Antibiotici e antifungini intravitreali – E. Miserocchi
- 15.25 Trattamento delle endoftalmiti (EVS Study) – F. Carraro
- 15.30 Antivirali intravitreali nell'AIDS – Gancyclovir e Foscarnet – G. Modorati
- 15.35 Farmaci intravitreali della terapia delle uveiti posteriori – L. Cappuccini
- 15.40 *Discussione*

15.55-16.12 Keynote Lecture**Maculopathy update**

D.J. D'Amico (USA)

Farmaci anti-VEGF nella neovascolarizzazione

Moderatori: A. Pece, G. Boschi, M. Prantera

- 16.12 La diagnosi angiografica delle CNV – M. Setaccioli
- 16.17 L'OCT nella diagnosi di CNV – M. Schiavone

programma scientifico

- 16.22 Triamcinolone intravitreale storia e indicazioni attuali – A. Massacesi
- 16.27 Avastin nella AMD (Bevacizumab) – P. Vaona
- 16.32 Macugen nella AMD (Pegaptanib) – M. Cassinerio
- 16.37 Lucentis nella AMD (Ranibizumab) – A. Pece
- 16.42 Trattamenti combinati – C. Eandi
- 16.47 Delivery systems – F. Faraldi
- 16.52 Trattamento delle altre neovascolarizzazioni – G. Russo
- 16.57 *Discussione*

Altri impieghi dei farmaci anti-VEGF*Moderatori:* G. Prosdocimo, T. Rossi, M. Schiavone

- 17.12 La diagnosi dell'edema maculare: indicazioni al trattamento – G. Fasolino
- 17.17 Trattamento dell'edema maculare diabetico – V. Gasparri
- 17.22 Anti-VEGF nelle occlusioni vascolari – G. Gaspari
- 17.27 Trattamento dei tumori primari e delle metastasi coroideali – C. Mosci
- 17.32 Intravitreale in età pediatrica – M. Fortunato
- 17.37 Il futuro: altre terapie (siRNA, TIMP, VEGF Trap, etc) – V. Isola
- 17.42 Farmaci intravitreali e codici – F. Urso
- 17.47 *Discussione*

Farmaci intravitreali e chirurgia vitreoretinica*Moderatori:* T. Rossi, S. Rizzo

- 18.07 Utilizzo della plasmina – M. Codenotti
- 18.12 Bevacizumab pre-vitrectomia nella retinopatia diabetica proliferante – S. Rizzo
- 18.17 Pegaptanib pre-vitrectomia nella retinopatia diabetica proliferante – F. Patelli, T. Rossi
- 18.22 Anti-VEGF nella ROP – P. Rossi
- 18.27 r-TPA intravitreale nelle emorragie subfoveali – G. Carlevaro
- 18.32 Utilizzo intraoperatorio di TCA, trypan blue e ICG – T. Rossi
- 18.37 *Discussione e conclusioni* – A. Pece, T. Rossi, G. Scordia, M. Schiavone
- 18.45 Fine Sessione

Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English

BELLE ARTI08.00-12.00 **Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri****BELLE ARTI**

12.15-13.15 ASSEMBLEA SOCI SOI

BELLE ARTI

13.15-14.15 ASSEMBLEA SOCI ASMOI

BELLE ARTI14.30-18.45 **Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri**

ELLISSE

08.00-10.00

**SESSIONE 9 Simposio G.I.V.Re. – Gruppo Italiano di Chirurgia Vitreoretinica
VITRECTOMIA TOTALE VS VITRECTOMIA PARZIALE NELLA CHIRURGIA
VITREORETINICA***Presidente:* M. Borgioli*Coordinatore:* S. Zenoni

08.00

Anatomia vitreale

P. Chelazzi

08.07

Alterazioni vitreali nelle patologie vitreoretiniche

G. Beltrame

08.17

Tecniche e modalità di vitrectomia

S. Rizzo

08.27

Quale vitrectomia nella retinopatia diabetica

F. Boscia

08.37

Quale vitrectomia nella PVR

P. Arpa

08.47

Quale vitrectomia nella chirurgia maculare

G. Panozzo

08.57

Quale vitrectomia nelle patologie del miope

P.M. Fantaguzzi

09.07

Quale vitrectomia nelle patologie meno frequenti

G. Carlevaro

09.17

Discussione*Moderatore:* V. De Molfetta

Alla discussione parteciperanno: A. Battistini, B. Billi, E. Dal Fiume, R. di Lauro, G. Lesnoni, T. Micelli Ferrari, A. Morocutti, G. Nuzzi, P. Rossi, G. Tassinari, M. Zemella

ELLISSE

10.30-12.30

SESSIONE 10 Simposio SOI**LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE PER GLI OFTALMOLOGI DIPENDENTI
DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE***Presidente:* Avv. G.C. Muccio*Coordinatori:* P. Troiano, P. Vinciguerra

10.30

La responsabilità penale

G.F. Iadecola

10.40

La responsabilità civile

V. Castiglione

10.50

La responsabilità amministrativa

G. Dammicco

11.00

Le conseguenze assicurative

Avv. P. d'Agostino

11.10

Tavola Rotonda*Moderatori:* Avv. G. Muccio, M. Piovella*Panel:* G.F. Iadecola, V. Castiglione, G. Dammicco, Avv. P. d'Agostino, P. Troiano, D. Siravo, L. Marino, M. Busin, M. Buscemi, P. Vinciguerra, R. Dossi, R. Brancato, U. Merlin, V. De Vitto, V. Orfeo

ELLISSE

- 16.30-18.30** **SESSIONE 11** **Simposio Internazionale E.C.L.S.O.-S.I.CO.M.**
European Contact Lens Society of Ophthalmologists
Società Italiana di Contattologia Medica
LENTI A CONTATTO IN ETÀ PEDIATRICA
Presidenti: A. Franceschetti, L. Mannucci
Coordinatore: P. Troiano
- 16.30 **Lenti a contatto nelle attività sportive**
A. Franceschetti (Switzerland)
- 16.50 **Myopia progression and orthokeratology**
Y. Biger (Israel)
- 17.10 **Lenti a contatto contro l'ambliopia anisometropica**
U. Merlin
- 17.30 **Contact lens fitting in youngsters: what choice at what age**
X. Subirana (France)
- 17.50 **Manutenzione delle lenti a contatto e rischio infettivo in età pediatrica**
S. Palma
- 18.10 **Paediatric traumas and contact lenses**
A. Kanpolat (Turkey)

VERDE

- 08.00-10.00** **SESSIONE 13** **Simposio SOI**
SINDROME IFIS: CAUSE E SOLUZIONI
Presidente: L. Zeppa
Coordinatore: V. Orfeo
- 08.00 **Introduzione**
V. Orfeo, L. Zeppa
- 08.05 **Le cause**
V. Orfeo
- 08.15 **Aspetti farmacologici ed internistici**
D. Boccuzzi
- 08.25 **Il comportamento dell'iride**
G. Panzardi
- 08.35 **La mia esperienza personale**
L. Zeppa
- 08.45 **Le complicanze possibili**
G. Lesnoni, A. Aiello
- 09.00 **Come comportarsi: tecnica faco e nuovi presidi**
V. Orfeo
- 09.15 **Aspetti legali**
Avv. P. d'Agostino
- 09.30 **Il parere degli esperti**
F. D'Arrigo, M. Piovella, L. Loffredo, S. Rossi
- 09.45 **Discussione**

VERDE

16.45-18.45 **CORSO B** **Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente ONCOLOGIA OCULARE**

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

LEONARDO

08.00-10.00 **SESSIONE 14** **Simposio A.I.La.R.P.O. - S.I.E.D.**
Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica
Società Italiana di Endoscopia e Dacriochirurgia
TRATTAMENTO ESTETICO E FUNZIONALE DELLE MALPOSIZIONI PALPEBRALI

Presidenti: F. Grignolo, F. Dossi
Moderatore: C. Valazzi
Coordinatore: G. Aimino

- 08.00 **Chirurgia delle palpebre superiori: intervento banale?**
C. Lucchini
- 08.15 **Tattamento delle ptosi congenite**
M. Santella
- 08.30 **Tattamento delle ptosi acquisite**
G. Davi
- 08.45 **Entropion**
G. Actis
- 09.00 **Ectropion**
U. De Sanctis
- 09.15 **Tattamento delle retrazioni cicatriziali delle palpebre**
E. Polito
- 09.30 **Malposizioni palpebrali nell'anoftalmo**
M. Goisis
- 09.45 *Discussione*

LEONARDO

13.45-14.45 **CORSO 112**
IMPIANTI SECONDARI

Direttore: C. Forlini
Istruttori: A. Montericcio, G. Beltrame, S. Zenoni

LEONARDO

16.45-18.45 **SESSIONE 12** **Simposio S.I.C.O.P. – Società Italiana Chirurgia Oftalmoplastica**
ORBITOPATIA TIROIDEA: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Presidente: G.B. Frongia
Coordinatore: F. Quaranta Leoni

- 16.45 **Introduzione**
G.B. Frongia
- 16.55 **Orbitopatia tiroide correlata: valutazione clinica e diagnosi differenziale**
D. Strianese
- 17.10 **Terapia medica e rationale del trattamento chirurgico**
G. Bonavolontà

programma scientifico

- 17.25 **La decompressione orbitaria: tecniche a confronto**
D. Surace
- 17.40 **Alterazioni della motilità extra-oculare**
L. Baldeschi
- 17.55 **Correzione della retrazione palpebrale ed estetica della regione perioculare**
M. Puccioni
- 18.10 **Discussione**
Moderatore: L. Baldeschi
- 18.40 **Conclusioni**

NUREYEV

08.00-09.40

CORSO 107**DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCR) PER VIA ESTERNA O ENDONASALE: COME FACILITARE LA SCELTA DEL CHIRURGO***Direttore:* S. Cavazza*Istruttori:* F. Bernardini, G.L. Laffi, F. Trivella**NUREYEV**

16.45-18.25

CORSO 108**LE SINDROMI ALFABETICHE***Direttore:* P. Capozzi*Istruttori:* M. Bellizzi, S. D'Amelio, M. Pedrotti, M. Montes**ROSSA**

08.00-09.15

SESSIONE 15 Sessione di comunicazioni e poster su Glaucoma*Moderatori:* P. Frezzotti, F. Camesasca**Comunicazioni**

- 08.00 **C16** LA NOSTRA METODICA DI VISUALIZZAZIONE DEL CANALE DI SCHLEMM E PROCEDURA CHIRURGICA PER LA DEEP SCLERECTOMY
F. Ferentini, A. Porta, M. Imparato (Abbiategrosso)
- 08.10 **C17** VARIAZIONI NELLE MISURE DEL GDX-VCC DOVUTE AD UNALENTE CORNEALE MULTIFOCAL
S. Polito, G.L. Laffi, L. Porsia, M. Fogli, A. Di Biase (Bologna)
- 08.20 **C18** STUDIO PRELIMINARE PER VALUTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DELL'USO CLINICO DI UN APPARATO EMITTENTE VARI TIPI DI RADIOFREQUENZA IMPIEGATO NEL TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO NON CONTROLLABILI CON LA TERAPIA MEDICA
G. Meucci, D.E. Severino, G. Panelli, A. Panelli (Pisa)
- 08.30 **C19** ANALISI GENETICO-MOLECOLARE DI PAZIENTI ITALIANI AFFETTI DA GLAUCOMA CONGENITO
I. Giuffrè, A. Magli, P. Vadalà, G. Lando, S. Penco, E. Piozzi, A. Marocchi, E. Maselli, M.C. Patrosso (Roma, Napoli, Milano)
- 08.40 **C20** GLAUCOMA ACUTO DA CHIUSURA D'ANGOLO E MIOPIA BILATERALE INDOTTI DA TOPIRAMATO
F. Cruciani, R. Losciale, A.M. Missiroli (Roma)
- 08.50 **C21** CALCOLO DELLA TARGET IOP TEORICA SU 200 OCCHI: VALUTAZIONE CRITICA DEI RISULTATI DI UN ALGORITMO CHE UTILIZZA I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO
D. Paoli (Monfalcone)

Poster

- 09.00 P6 UTILITÀ DEL TONOMETRO A RIMBALZO IN ETÀ PEDIATRICA
F. Matrisciano, G. Molfino, L. Manfredonia (Maddaloni)

09.03-09.15 *Discussione Poster*

ROSSA

17.00-18.35 **SESSIONE 16** **Sessione di comunicazioni e poster su Chirurgia Refrattiva e Chirurgia Vitreoretinica**

Moderatori: F. Camesasca, M. Gualdi, S. Serrao

Comunicazioni

- 17.00 C22 CORNEE ULTRASOTTILI DOPO PTK SUCCESSIVA A CHIRURGIA REFRAATTIVA: CINQUE ANNI DI FOLLOW UP
F. Camesasca, P. Vinciguerra, M.I. Torres Munoz (Milano)
- 17.10 C23 COSA SUCCEDERE TRE ANNI DOPO CHIRURGIA REFRAATTIVA DI SUPERFICIE NEI MIOPI ELEVATI?
F. Camesasca, P. Vinciguerra, A. Sergio, M.I. Torres Munoz (Milano)
- C24 [*comunicazione spostata nella Sessione Cornea - C8 bis*]
- 17.20 C25 CHIRURGIA REFRAATTIVA E ORTOCHERATOLOGIA: UNA SINERGIA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VISIONE POST LASER AD ECCIMERI
F. Dossi, R. Dossi, M. Frisani (Torino)
- 17.30 C26 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'IMPIANTO DI P-IOL IN CAMERA ANTERIORE, AD APPOGGIO ANGOLARE, PER LA CORREZIONE DELL'ALTA MIOPIA A LUNGO TERMINE
P. Rizzo Boscolo, M.G. Crivellari, M. Scarpa (Chioggia)
- 17.40 C27 SINDROME VITREO-MACULARE: NOSTRA ESPERIENZA
R. Sciacca, G.A. Nicoletti, G. Scalia (Acireale)
- 17.50 C28 ABLAZIONE MIOPICA ED ABERRAZIONE SFERICA, NUOVO PROFILO ABLATIVO
F. Bartoli, E. Bartoli, F. Faraldi (Torino)

Poster

- 18.00 P7 TRASLOCAZIONE MACULARE CIRCOLARE CON RIMOZIONE DI CNV CON UTILIZZO DEL SISTEMA 23 GAUGE E TECNICA BIMANUALE
C. Forlini, P. Rossini, A. Aversano (Ravenna)
- 18.03 P8 PROLIFERAZIONE FIBROVASCOLARE INTERNA IN UN CASO DI OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA
G. Carlevaro, P.U. Mainardi, M.A. Rigamonti, V.M. Marino (Milano)
- 18.06 P9 ASPORTAZIONE DI PUCKER MACULARE ASSOCIATO A MALATTIA DI STARGARDT
P. Regondi, G. Carlevaro, M. Delle Grottaglie, O. Beccaria, P.U. Mainardi (Milano)
- 18.09 P10 INIEZIONE SOTTORETINICA DI ATTIVATORE TESSUTALE DI PLASMINOGENO IN UN CASO DI EMORRAGIA SUBMACULARE
P.U. Mainardi, G. Carlevaro, V.M. Marino (Milano)

18.12-18.35 *Discussione Poster*

RODI**10.00-12.00 Corso Informatica 3****GESTIONE INFORMATICA DELL'ATTIVITÀ OCULISTICA***Direttore:* A. Olivero

Obiettivo: la crescente complessità dell'attività oculistica, relativa alla gestione dei pazienti e relativi dati, richiede una impostazione informatizzata della pratica professionale. Il corso si propone di fornire le informazioni necessarie per la gestione informatizzata delle prestazioni, sia che si tratti di un piccolo studio che di un grosso centro. Sarà data risposta a tutti gli interrogativi che il medico si pone nell'affrontare un cambiamento, spesso importante, nel modo di lavorare, con particolare risalto alle seguenti tematiche: struttura dello studio, apparecchiature informatiche, software gestionale specifico, connessione strumenti oftalmici, tempi di apprendimento, sicurezza e gestione dei dati.

Contenuti del corso:

- Necessità dell'informatizzazione e struttura dello studio
- Gestione dei dati anagrafici e clinici dei pazienti
- Acquisizione diretta dati dagli strumenti oftalmici
- Personalizzazione delle prescrizioni computerizzate
- Pratiche amministrative: fatturazione e statistica

RODI**14.00-16.00 Corso di Informatica 1****UTILIZZO DI INTERNET E POSTA ELETTRONICA***Direttore:* A. Abbiezzi

Obiettivo: fornire conoscenze per l'utilizzo ottimale della Posta Elettronica (impostazioni, allegati, invii a gruppi di utenti, gestione posta, antivirus) e per la ricerca di informazioni in Internet (utilizzo motori di ricerca, visualizzazione e salvataggio documenti).

Contenuti del corso:

- Posta elettronica: funzioni di base (invio, ricezione, rubrica)
- Posta elettronica: funzioni avanzate (allegati, invii a gruppi di utenti, gestione)
- Posta elettronica: Spamming e Virus (cenni su come prevenire attacchi)
- Internet: navigazione, visualizzazione e salvataggio documenti
- Internet

CAVALIERI

- 08.00-13.05** **SESSIONE 17** **12th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR**
Live Surgery from the Ophthalmological Sciences Department "Policlinico Umberto I" - University "La Sapienza" of Rome
Chairman: C. Balacco Gabrieli
Vitreoretinal Surgery Consultants: N. De Casa, S. Rizzo
- Part One**
Auditorium Chairpersons: F. Camesasca, R.L. Lindstrom, A. Mocellin
Surgical Theatre Chairpersons: A. Caporossi, E. Pacella, M. Piovella
- 08.00** **Live cataract surgery**
Surgeons: E. Pacella (Alcon), K. Rosenthal (AMO), F. Carraro (Bausch&Lomb)
- 08.40** **Look to the past: Fjodorov Sputnik IOL implantation**
M.G.J. Izák
- 08.47** **Logistic and practical aspects of performing FSL-assisted PK in a laser center and then ASC**
F.W. Price, Jr.
- 08.54** **Viscoless preloaded injector**
K. Shimizu
- 09.01** **Live cataract surgery in complex cases**
Surgeons: F. Fiormonte (Optikon), C. Savaresi (Bausch&Lomb)
- 09.28** **Current options for intraoperative management of the small pupil**
R. Barraquer
- 09.35** **Tilt and tumble phaco with the B&L Stellaris**
R.L. Lindstrom
- 09.42** **Avoiding capsulorrhexis complications**
D.F. Chang
- 09.51** **Live cataract surgery in complex cases**
Surgeons: M. Piovella (AMO), C. Carbonara (Zeiss)
- 10.20** **Keynote Lecture**
"Vaseline Vision Dysphotopsia" and explantation of the ReSTOR and ReZoom multifocal implants
F.A. Bucci, Jr.
- 10.30** **IOL biomaterial and design**
D.J. Apple
- 10.37** **Multifocal IOLs presenting options to patients**
K. Rosenthal
- 10.44** **Light adjustable lens: preliminary results**
J.L. Guell
- 10.51** **Live surgery in complex cases**
Surgeons: A. Caporossi (Alcon), E. Ligabue (Alcon)
- 11.20** **Introducing Benedetto Strampelli Medal Lecture**
R.L. Lindstrom
- 11.23** **Benedetto Strampelli Medal Lecture**
Intraoperative Floppy Iris Syndrome
D.F. Chang
- 11.38** **Keynote Lecture**
Cataract surgery, blue light and good health
M. Mainster

programma scientifico

- 11.48** *Live surgery in complex cases*
Surgeons: A. Galan (Bausch&Lomb), P. Bordin (Optikon)
- 12.15 **SOI Award "A life spent serving ophthalmology" 2007**
Victor Manuel Dias Ferreira
- 12.20 **Mixing and matching with multifocal IOLs – How to select the right patient?**
M.C. Knorz
- 12.27 **Quality of life evaluation with refractive IOL implantation (ReSTOR)**
E. Leite
- 12.35** *Live cataract surgery in complex cases (scleral fixation IOL in aniridia)*
Surgeons: P. Rizzo Boscolo (AMO), A. Montericcio (Optikon)
- 13.05 End of Session

Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English

CAVALIERI

- 14.15-19.10** **SESSIONE 18** **12th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR**
Live Surgery from the Ophthalmological Sciences Department "Policlinico Umberto I" - University "La Sapienza" of Rome
Chairman: C. Balacco Gabrieli
Vitreoretinal Surgery Consultants: N. De Casa, S. Rizzo
- Part Two**
Auditorium Chairpersons: F. Camesasca, D.F. Chang, V. Orfeo, F. Spedale
Surgical Theatre Chairpersons: E. Pacella, M. Piovella, S. Rossi
- 14.15** *Live cataract surgery in complex cases*
Surgeons: E.M. Vingolo (Alcon), G. Grieco (Optikon), G. Marcon (AMO)
- 14.55 **Endothelial keratoplasty: what we have learned in over 900 cases in our practice**
F.W. Price, Jr.
- 15.02 **Acrylic IOL opacification**
M.G.J. Izák
- 15.09 **Keynote Lecture**
Update on PCO
D.J. Apple
- 15.19 **Mario Gelsomino Award 2006**
L. Colangelo
- 15.23** *Live cataract surgery in complex cases*
Surgeons: A. Bartolino (Zeiss), A. Rapisarda (Alcon)
- 15.53** *Live phakic lens surgery*
Surgeon: G. Beltrame (AMO Veriflex)
- 15.58 **Intracameral antibiotic for endophthalmitis prophylaxis: ASCRS 2007 survey**
D.F. Chang
- 16.05 **SubBowams keratomileusis with Intralase/Staar S4 Custom Vue**
R.L. Lindstrom
- 16.12 **Thin flap LASIK – How thin should we go?**
M.C. Knorz
- 16.19 **IntraLase enabled penetrating keratoplasty**
S.M. Daya
-

Auditorium Chairpersons: A. Caporossi, R.L. Lindstrom, P. Vinciguerra, G. Perone

- 16.26 Femtosecond laser live surgery**
Surgeons: F.W. Price Jr, M.C. Knorz
- 16.56 **Ectasia following surface ablation**
S.M. Daya
- 17.03 **Patient satisfaction with the ReSTOR lens**
C.J. Budo
- 17.10 **Visual outcomes in diffractive/diffractive vs refractive/diffractive IOL combinations**
F.A. Bucci, Jr.
- 17.17 **Clinical evaluation of a new one-piece hydrophobic acrylic monofocal IOL**
D. Nixon
- 17.24 **Autofocus intracorneal lenses for presbyopia: current status**
R.L. Lindstrom
- 17.31 **Refractive surgery for irregular cornea**
K. Ditzen
- 17.38 **Atomic BD blade: a technological revolution to improve wound outcomes**
M. Piovella
- 17.45 **Anterior iris secondary IOL implantation: a paradigm shift**
K. Rosenthal
- 17.52 **LASIK in presbyopia**
K. Ditzen
- 17.59 **Visante study of the iris: Artiflex during accommodation**
C.J. Budo
- 18.06 **Veriflex phakic IOL: mid-long term follow up in quality of vision**
J.L. Guell
- 18.13 **LASIK vs incision technique for astigmatism after keratoplasty**
R. Barraquer
- 18.20 **10 years follow-up of ICL**
K. Shimizu
- 18.27 **Phakic IOLs: ICL versus bioptic procedure (PRL plus LASIK)**
E. Leite
- 18.34 **Dominant eye in cataract and refractive surgery**
M. Piovella
- 18.41 **Presbyopia scleral surgery with Erbium Laser**
G. Rubiolini
- 18.48 **How effective is CK in my practice**
M. Piovella
- 18.55 *Discussion*
- 19.10 End of Session

Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English

BELLE ARTI

08.00-13.05

14.15-19.10

| Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri

ELLISSE

08.00-10.00

SESSIONE 18 BIS Simposio G.I.V. - Gruppo Italiano Vitreo**È ANCORA ATTUALE LA CHIRURGIA EPISCLERALE NEL DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO?***Presidente:* V. De Molfetta*Moderatore:* A. Reibaldi*Coordinatore:* M. Azzolini**Distacco di retina regmatogeno non complicato**

08.00 Pneumoretinopessia – T. Rossi

08.10 Chirurgia episclerale – M. Sborgia

08.20 Vitrectomia – P.M. Fantaguzzi

08.30 È necessario associare il cerchiaggio alla vitrectomia? – G. Lesnoni

08.40 *Discussione* – S. Zenoni, P. Arpa, A. Morocutti, C. Azzolini, E. Dal Fiume**Vitrectomia versus chirurgia episclerale in casi particolari di distacco di retina regmatogeno**09.10 Distacco di retina regmatogeno senza rotture retiniche visibili preoperatoriamente
C. Mariotti

09.20 Distacco di retina regmatogeno con rotture retiniche su più quadranti – M. Coppola

09.30 Distacco di retina regmatogeno con rotture retiniche posteriori – T. Micelli Ferrari

09.40 *Discussione* – G. Tassinari, R. Ratiglia, S. Rizzo, M. Borgioli, R. di Lauro**ELLISSE**

12.30-13.30

Simposio SOI**SISTEMA DI AUTOCERTIFICAZIONE DI QUALITÀ ISO 9001:2000
DI GRUPPO PER GLI OCULISTI****Il sistema messo a punto dalla SOI per semplificare ed essere efficienti**

M. Piovella

Benefici attesi per il singolo oculista, per la categoria e per i pazienti

S. Rossi

La logica del sistema

L. Salvi

ELLISSE

13.45-15.15

SESSIONE 19 Simposio SOI**LA RICERCA ITALIANA NELLA MIGLIORE LETTERATURA INTERNAZIONALE***Coordinatore:* M. Nubile13.45 **Clinical ability of pattern electroretinograms and visual evoked potentials in detecting visual dysfunction in ocular hypertension and glaucoma***(Ophthalmology. 2006 Feb; 113(2):216-28)*

V. Parisi

13.52 **Deep lamellar keratoplasty by intracorneal dissection: a prospective clinical and confocal microscopic study***(Ophthalmology. 2006 Aug; 113(8):1289-1300)*

G. Marchini

- 13.59 **Prevalence and treatment of Helicobacter pylori in patients with blepharitis**
(*Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2006 Feb; 47(2):501-8)
A. Pascotto
- 14.06 *Discussione*
- 14.11 **Plasma homocysteine and cysteine levels in retinal vein occlusion**
(*Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2006 2006 47: 4067-4071)
A. Pinna
- 14.18 **Expression of VSX1 in human corneal keratocytes during differentiation into myofibroblasts in response to wound healing**
(*Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2006 47: 5243-5250)
G. Pellegrini
- 14.25 **Effects of topical hypotensive drugs on circadian IOP, blood pressure, and calculated diastolic ocular perfusion pressure in patients with glaucoma**
(*Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2006 Jul; 47(7):2917-23)
L. Quaranta
- 14.32 *Discussione*
- 14.37 **Polymorphism p.402Y>H in the complement factor H protein is a risk factor for age related macular degeneration in an Italian population**
(*Br J Ophthalmol* 2006; 90: 1142-1145)
F. Simonelli
- 14.44 **Effects of the COOH-terminal tripeptide alpha-MSH (11-13) on corneal epithelial wound healing: role of nitric oxide**
(*Exp Eye Res.* 2006 Dec; 83(6):1366-72)
G. Camillieri
- 14.51 **Epithelial dendritic cell distribution in normal and inflamed human cornea: in vivo confocal microscopy study**
(*Am J Ophthalmol.* 2006 Nov; 142(5):736-44)
L. Mastropasqua
- 14.58 *Discussione*

ELLISSE

16.45-18.45 **SESSIONE 20 Simposio A.I.E.R.V.**
Association Internationale pour l'Enfance et la Réhabilitation Visuelle
ABILITAZIONE/RIABILITAZIONE VISIVA IN ETÀ INFANTILE:
PATOLOGIA DEL CRISTALLINO

Presidente: S. Santamaria
Coordinatore: M. Fortunato

Moderatori: C. Balacco Gabrieli, P. Leuenberger, P. Vadalà

- 16.45 **Presentazione dell'AIERV**
I. Molnar (Switzerland)
- 16.50 **Sviluppo-inibizione della funzione visiva**
F. Simona (Switzerland)
- 17.00 **Consenso informato per l'intervento di cataratta infantile**
P. Perissutti
- 17.15 **Gestione della cataratta da 0 giorni fino a 14 anni**
P. Vadalà

programma scientifico

- 17.30 **Impianti primari e secondari, con e senza supporto**
M. Fortunato
- 17.45 **Trattamento delle complicanze**
P. Leuenberger (Switzerland)
- Moderatori:* I. Molnar, M. Piovella, F. Simona
- 18.00 **Cataratta traumatica**
C. Forlini
- 18.10 **Terapia medica**
R. Maggi
- 18.17 **Correzione dell'afachia infantile con lac ed occhiali**
A. Menna
- 18.25 **Trattamento degli errori rifrattivi**
S. Santamaria, M. Fortunato
- 18.35 **Mezzi riabilitativi, legislazione**
S. Ignagni

VERDE

08.00-09.40

CORSO 109

LE BLEFAROPTOSI NEL BAMBINO: PECULIARITÀ CLINICHE E CHIRURGICHE

Direttore: G. Lasorella

Istruttore: G. Davì

VERDE

16.45-18.25

CORSO 110

VITRECTOMIA 23G

Direttore: M. Zemella

Istruttori: G. Pertile, B. Parolini, C. Panico, F. Romanelli, L. Tollot

LEONARDO

09.30-10.30

CORSO 113

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA CAVITÀ ANOFTALMICA

Direttore: S. Miglior

Istruttori: M. Goisis, M. Guareschi

LEONARDO

13.45-15.45

CORSO A

Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente CONTATTOLOGIA MEDICA

Direttore: P. Troiano

Istruttori: E. Bonci, E. De Gioia, V. Goffi, S. Palma, L. Mannucci, M. Bifani

LEONARDO

16.45-18.25

CORSO 111

TRAUMATOLOGIA ORBITARIA

Direttore: P.E. Gallenga

Istruttori: D. Weil, L. Colangelo

ROSSA

08.00-09.40

CORSO 114**CHIRURGIA PALPEBRALE MINI-INVASIVA FATTA FACILE***Direttore:* F. Bernardini*Istruttori:* M. Puccioni, C. de Conciliis, F. Quaranta Leoni, D. Surace**ROSSA**

12.00-13.00

RIUNIONE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA ANIRIDIA**Introduzione**

L. Zeppa

L'aniridia: aspetti medici-chirurgici

P. Vadalà

Stato dell'associazione

B. Poli

È previsto l'intervento di esperti ed epidemiologi

ROSSA

16.45-18.45

SESSIONE 21 Sessione di Comunicazioni e Poster su Retina Medica e Retina Chirurgica*Moderatori:* L. Conti, M. Varano, C.M. Villani**Comunicazioni**

- 16.45 **C29** ANALISI DELLE FLECKS RETINICHE NEL FUNDUS FLAVIMACULATUS
G. Querques, F. Prascina, C. Iaculli, N. Delle Noci, G. Soubrane, E. Souied (Foggia, Parigi)
- 16.55 **C30** NEUROPATIA ISCHEMICA ANTERIORE DEL NERVO OTTICO TRATTATA CON PROSTAGLANDINA E1 ENDOVENA, NADROPARINA E CORTISONE
R.D. Steigerwalt Jr., M.R. Cesarone, G. Belcaro, S. Pintucci, M. Melillo, R. Appolloni, M. De Angelis, A. Pascarella (Roma, Pescara)
- 17.05 **C31** TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE E PRESSIONE INTRAOCULARE: NECESSITÀ DELLA PARACENTESI
P. Aurilia, S. Mazzeo, R. De Marco (Napoli)
- 17.15 **C32** L'INIEZIONE SOTTOTENONIANA DI TRIAMCINOLONE ACETONIDE NEL TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE
G. Lari, M. Dell'Acqua, L. Criscigiovanni, F. Basilico, F. Marcoli (Castellanza)
- 17.25 **C33** LA MODIFICA DELL'ACUITÀ VISIVA DOPO INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB PER DEGENERAZIONE MACULARE ESSUDATIVA NON È CORRELATA AL TIPO DI MEMBRANA NEOVASCOLARE
T. Libondi, A. Ihloff, B. Harder, I. Kreissig, F. Schlichtenbrede, U.H. Spandau, J.B. Jonas (Napoli, Heidelberg)
- 17.35 **C34** STUDIO COMPARATO MICROPERIMETRICO E TOMOGRAFICO DEL PUCKER MACULARE CHIRURGICO
V. Ferrara, D. Cipullo, D. Battistello, V. Belloli (Arona)
- 17.45 **C35** STUDIO MORFOFUNZIONALE DELLA RETINA CENTRALE DOPO DISTACCO DI RETINA
S. Abbruzzese, R. Halfeld Furtado De Mendonca, L. Colella, R. Malagola, E. Rispoli (Roma)

programma scientifico

- 17.55 **C36** VITRECTOMIA PARS PLANA NELLE ENDOFTALMITI DOPO INTERVENTO DI CAT RATTA SENZA RIMOZIONE DELLA LENTE INTRAOCULARE: RISULTATI PRELIMINARI
F. Fiormonte, D. Lorenzano, A. Calabrese (Rieti, Roma)
- 18.05 **C37** MEMBRANE NEOVASCOLARI COROIDEALI COMPLICANTI LA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ: ESPRESSIONE ANGIOGRAFICA A CONFRONTO DOPO TERAPIA FOTODINAMICA E INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB
C. Franzetti, V. Ferrara, V. Belloli (Arona)

Poster

- 18.15 **P11** INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE IN PAZIENTE AFFETTO DA EDEMA MACULARE CISTOIDE (E.M.C), INSORTO IN SEGUITO AD OCCLUSIONE VENOSA RETINICA DI BRANCA (O.V.R.B)
M. Illiano, E. Dell'Omo, P. Giacoia, A. Menna (Napoli, Campobasso)
- 18.18 **P12** REGRESSIONE DI EDEMA MACULARE CISTOIDE DOPO ASPORTAZIONE DI PIOMBAGGIO ED INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE ACETONIDE
G. Carlevaro, P.U. Mainardi, M.A. Rigamonti, O. Beccaria (Milano)
- 18.21 **P13** LA CHIRURGIA EPISCLERALE DEL DISTACCO DI RETINA
M. Nicoletti, S. Garuti, G. Tassinari (Bologna)
- 18.24-18.45 *Discussione Poster*

RODI

08.30-10.30 **Corso di Informatica 1**

UTILIZZO DI INTERNET E POSTA ELETTRONICA

Direttore: A. Abbiezzi

Obiettivo: fornire conoscenze per l'utilizzo ottimale della Posta Elettronica (impostazioni, allegati, invii a gruppi di utenti, gestione posta, antivirus) e per la ricerca di informazioni in Internet (utilizzo motori di ricerca, visualizzazione e salvataggio documenti).

Contenuti del corso:

- Posta elettronica: funzioni di base (invio, ricezione, rubrica)
- Posta elettronica: funzioni avanzate (allegati, invii a gruppi di utenti, gestione)
- Posta elettronica: Spamming e Virus (cenni su come prevenire attacchi)
- Internet: navigazione, visualizzazione e salvataggio documenti
- Internet

RODI

15.00-17.00 **Corso Informatica 2**

UTILIZZO DI POWERPOINT PER PRESENTAZIONI

Direttore: F. Burbello

Obiettivo: fornire conoscenze di PowerPoint per la creazione, gestione e ottimizzazione di presentazioni per congressi e convegni.

Contenuti del corso:

- Conoscenze base di PowerPoint: gestione slide e contenuti
- Elementi di grafica: sfondi, immagini e grafici
- Elementi multimediali: suoni, animazioni e video
- Ottimizzazione delle presentazioni: salvataggi e ottimizzazione dimensioni



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

**Una grande novità dalla SOI:
porte aperte l'ultimo giorno del 5° Congresso Internazionale**

OPEN DAY 2007

sabato 26 maggio

Ingresso libero gratuito per tutti previa registrazione

- | **Oftalmologi Soci SOI** |
- | **Oftalmologi non Soci SOI** |
- | **Medici specialisti non oftalmologi** |
- | **Studenti in medicina ed in ortottica** |
- | **Ortottisti, Assistenti di sala operatoria** |
- | **Oftalmologi stranieri** |

L'iscrizione all'**Open Day** dà diritto a visitare gratuitamente l'esposizione ed a partecipare a tutte le sessioni e al Corso Istituzionale C. **Tutte le Sessioni ed i Corsi partecipano al Programma ECM secondo le disposizioni del Ministero della Salute.**

Per la partecipazione ai Corsi di istruzione è prevista una quota come specificato nella scheda di iscrizione.

Gli iscritti alle sessioni potranno avere la precedenza all'ingresso in aula presentandosi 10 minuti prima dell'inizio della sessione con il coupon che verrà loro consegnato assieme al badge nominativo. Dopo tale termine l'accesso alle aule sarà libero, fino alla capienza massima consentita dalle norme di sicurezza.

CAVALIERI

08.00-14.00 **SESSIONE 22 12th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER**
Live Surgery from the Ophthalmological Sciences Department "Policlinico Umberto I" - University "La Sapienza" of Rome

Chairman: C. Balacco Gabrieli

Auditorium Chairpersons: S. Miglior, A. Rapisarda, C. Bianchi, G. Marchini

Surgical Theatre Chairpersons: E. Pacella, L. Zeppa

GLAUCOMA DIAGNOSTICS**Functional tests**

- 08.00 SAP today – A. Marino
 08.07 SWAP – R. Fusco
 08.14 FDP – M.A. Majorana
 08.21 PERG in clinical practice – L. Della Porta
 08.28 How to use functional tests for the diagnosis – G.L. Laffi
 08.35 Identification of disease progression – F. Bertuzzi

Assessment of Optic Disc and RNFL

- 08.42 Clinical evaluation of the optic disc – A. Clemente
 08.49 Imaging of optic disc and RNFL to detect disease progression – L. Fontana
 08.56 How reliable are HRT, GDx and OCT? – S. Miglior

Intraocular pressure

- 09.03 Once a day or around the clock tonometry? – G. Bricola
 09.10 Is IOP active whilst we sleep? – S. Cillino
 09.17 Goldmann, Tonopen or Pascal? – A. Fea
 09.25 *Discussion*

09.35 Glaucoma Live Surgery

Implant of Express device
Surgeon: M. Sbordone

09.50 The suprachoroidal microshunt: a new approach to glaucoma surgery

- 09.50 Physiopatology of the suprachoroidal space – L. Mastropasqua
 09.57 Surgical technique – M. Nardi
 10.04 The Solx[®] Gold Shunt: clinical experience – S. Melamed

10.11 Discussion and Glaucoma Live Surgery with the Solx[®] Gold Shunt

Implantation of the Solx[®] Gold Shunt in an open angle glaucoma
Surgeon: G. Caramello

Combined cataract and glaucoma surgery with Iris Prosthetic System and Solx[®] Gold Shunt

Surgeon: L. Zeppa

UPDATE ON RISK FACTORS**Glaucoma onset**

- 10.51 Risk factors established in prospective clinical studies – S. Miglior
 10.58 Vascular risk factors – L. Quaranta
 11.05 Assessment of the individual risk for glaucoma – E. Martini

Glaucoma progression

- 11.12 Risk factors established in prospective clinical studies – S. Miglior
- 11.19 Glaucoma and myopia – M. Marraffa
- 11.26 *Discussion*

NEURODEGENERATION**Primary neurodegeneration**

- 11.41 The role of IOP – P. Frezzotti
- 11.48 The role of ocular blood flow – L. Cerulli

Glaucoma treatment

- 11.58 Can we stop or just slow down the progression of glaucoma? – C. Bianchi
- 12.05 Target pressure. Myth or reality? – S. Miglior
- 12.12 Initial approach medical or surgical? – G. Marcon
- 12.19 The present role of laser – L. Mastropasqua
- 12.26 Cataract and glaucoma. One-step or two step surgery? – A. Rapisarda
- 12.33 Antimetabolites. When and how – M. Giovannoni
- 12.40 Tubes, valves or cyclophotocoagulation? – R. Carassa
- 12.47 Fixed combinations in glaucoma therapy – R. De Natale
- 12.54 *Discussion*

Pseudoexfoliative glaucoma

- 13.05 Management of pseudoexfoliative glaucoma – P. Troiano
- 13.12 Cataract surgery in PEX – A. Caporossi

Narrow angle glaucoma

- 13.19 Angle-closure mechanisms – G. Marchini
- 13.26 Practical gonioscopy – C. Bianchi
- 13.33 Digital analysis of the anterior segment and the angle (Visante) – M. Piovella
- 13.40 Surgical management – Lensectomy, yes or no? – L. Zeppa
- 13.47 *Discussion*
- 14.00 End of Session

Durante la sessione tra i partecipanti Soci SOI presenti in sala verranno estratti a sorte 5 nominativi, ai quali sarà riconosciuta l'iscrizione gratuita alla SOI per l'anno 2008

**Traduzione simultanea italiano/inglese
Simultaneous translation Italian/English**

BELLE ARTI

08.00-14.00 Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri

ELLISSE

08.15-10.15 **SESSIONE 23** **Simposio di aggiornamento S.I.E.T.O.**
Società Italiana Ergoftalmologia e Traumatologia Oculare
TRAUMI DEL SEGMENTO ANTERIORE

Presidente: V. De Molfetta
Coordinatore: M. Borgioli

I Sessione

- 08.15 **Lesioni traumatiche della cornea**
G. Carlevaro
- 08.30 **Lesioni traumatiche della cornea. Trattamento delle lesioni traumatiche della cornea**
M. Borgioli, S. Zuccarini
- 08.45 **Lesioni traumatiche dell'iride e trattamento**
M. Pensa, L. Zeppa
- 09.00 *Discussione*

II Sessione

- 09.15 **Glaucoma traumatico - Traumatologia dell'angolo irido-corneale**
R. di Lauro
- 09.30 **Lesioni traumatiche del cristallino**
P. Arpa, P. Melani
- 09.45 **Trattamento delle lesioni traumatiche del cristallino**
S. Zenoni, G. Iacono, P. Fontana
- 10.00 *Discussione*

ELLISSE

11.30-13.30 **CORSO C** **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

VERDE

08.15-09.55 **CORSO 117**
TORCICOLLO OCULARE

Direttore: M. Pedrotti
Istruttori: M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, A. De Gregorio,
 A. Chryc, D. Drago

VERDE

10.30-11.30 **CORSO 115**
LA GESTIONE DELL'EPIFORA: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Direttore: C. de Conciliis
Istruttori: A. Iuliano, D. Strianese, G. Uccello

VERDE

12.00-13.40

CORSO 106**ENDOFTALMITI: DALLA PROFILASSI ALLA TERAPIA***Direttori:* V. Orfeo*Istruttori:* L. Colecchia, G. Lesnoni, L. Loffredo, P. Teramo, S. Zenoni**LEONARDO**

08.15-10.15

SESSIONE 24 Simposio S.I.O.L.**Società Italiana Di Oftalmologia Legale****IL RISCHIO OCULARE DA GIOCATTOLO:
NORMATIVA ATTUALE E NUOVI PRODOTTI TECNOLOGICI***Presidenti:* D. Spinelli, F. Marmo*Coordinatore:* F. Cruciani

08.15

Introduzione

D. Spinelli

08.20

La normativa attuale in Italia. Direttive europee

G. Lucente

08.40

Epidemiologia del trauma oculare dell'infanzia da giocattolo

F. Cruciani, A. Mastromatteo

09.00

I nuovi giocattoli: a radiazione laser

G.F. Mariutti

09.20

Videogames

P.L. Grenga, V. Recupero

09.35

Tavola Rotonda: La profilassi oculare nell'uso del giocattolo*Panelist:* D. Spinelli, F. Marmo, D. Siravo, F. Cruciani, N. Pescosolido, S. Gambaro**LEONARDO**

11.30-13.10

CORSO 116**LA CHIRURGIA COMPLICATA DEL SEGMENTO ANTERIORE:
SOLUZIONE DELLE PROBLEMATICHE CON L'AIUTO DI CHIRURGI DEL
SEGMENTO ANTERIORE E POSTERIORE***Direttore:* G. Tassinari*Istruttori:* A. Mularoni, F. Lazzaroni, D. Tognetto, L. Cappuccini, P. Giardini, E. Ligabue,
R. Bellucci, C. Forlini**ROSSA**

08.15-09.15

CORSO 118**CHERATOPROTESI DI PINTUCCI: 21 ANNI DI ESPERIENZA NEI TRAUMI OCULARI***Direttore:* S. Pintucci*Istruttori:* G. Migliorati, C. Forlini, F. Gagliardo

ROSSA

11.30-12.45 **SESSIONE 25** **Sessione di Comunicazioni e Poster su Uveiti, Ottica, Refrazione & Contattologia medica, Orbita & Chirurgia plastica, Oftalmologia pediatrica & Strabismo, Traumatologia**

Moderatori: A. Marino, F. Quaranta Leoni, P. Vassallo

Comunicazioni

- 11.30 **C38** AGENESIA DEL CORPO CALLOSO E VISIONE BINOCULARE
G. Bellizzi, U. Procoli, G. Rizzo, M. Bellizzi (Bari)
- 11.40 **C39** RETINOPATIA DELLA PREMATURITÀ: IL RUOLO EMERGENTE DELLA CORIOAMNIONITE
P. Maimone, L. Pinello, M. Mazzarolo, S. Chiarelli, S. Vedovato, V. Zanardo (Padova)
- 11.50 **C40** POTENZIALI EVOCATI VISIVI NELL'AMBLOPIA DI DIVERSA ORIGINE
P. Capozzi, C. Morini, M. Montes, P. Vadalà (Roma)
- 12.00 **C41** PRECISIONE E RIPETITIVITÀ A CONFRONTO TRA DUE ABERROMETRI A FRONTE D'ONDA: Z-VIEW E WAVESCAN
D. Capobianco, V. Carbone, V. Russo (Napoli)
- 12.10 **C42** SISTEMA DI TRIAGE DEDICATO ALL'URGENZA IN OFTALMOLOGIA: RESCUE
T. Rossi, B. Boccassini, M. Iossa, G. Lesnoni La Parola, P.A. Mutolo (Roma)

Poster

- 12.20 **P14** ARTERITE E RETINITE CORRELATA AD EPSTEIN BARR VIRUS
C. De Dominicis, G. Graziani, M.S. Tognon (Padova)
- 12:23 **P15** TRAUMATISMO ENDOTELIALE BILATERALE DA DISLOCAZIONE POST-INFIAMMATORIA DI LENTE FACHICA RIFRATTIVA
D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini (Lugo)
- 12.26 **P16** INTERESSAMENTO OCULARE IN CORSO DI CINCA SYNDROME: L'ESPERIENZA DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO DI TRIESTE
F. Parentin, D. Catalano, P. Lepore (Trieste)
- 12:29 **P17** AMAUROSIS FUGAX E TURBE DEL VISUS QUALI SINTOMI D'ESORDIO DEL MENINGIOMA DEL NERVO OTTICO
A. Serru, P. Patteri, M. Loi, S. Dore, A. Pinna (Nuoro)
- 12:32 **P18** CONSIDERAZIONI FILOGENETICHE SULLO SVILUPPO DELL'OSSO ZIGOMATICO IN DIFFERENTI VERTEBRATI
L. Colangelo, D. Weil, G. Fridrich, L. Guarracino, P.E. Gallenga (Battipaglia, Buenos Aires, Chieti)

12.35-12.45 **Discussione Poster**



SEDE LEGALE: Via Borgo Vico, 35 - 22100 Como
 c/c postale 11030228
 SEGRETERIA: c/o Mattioli 1885 spa
 43036 Fidenza (PR) - Via Coduro 1/b
 Tel. 0524-84547
 Fax 0524-84751
 E-mail: geo@mattioli1885.com

aziende associate:



aziende affiliate:



Al Servizio degli Oftalmologi Italiani

elenco corsi istituzionali

| direttore/i | titolo | giorno | ora | n. |
|------------------------------------|--|--------|---------------|----------|
| CONTATTOLOGIA MEDICA | | | | |
| P. Troiano | Contattologia medica | 25/05 | 13.45 - 15.45 | A |
| TUMORI OCULARI | | | | |
| E. Midenà | Oncologia oculare | 24/05 | 16.45 - 18.45 | B |
| ORBITA E CHIRURGIA PLASTICA | | | | |
| G. Bonavolontà | Oftalmoplastica: approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita | 26/05 | 11.30 - 13.30 | C |

riassunti corsi istituzionali

CORSO A

CONTATTOLOGIA MEDICA

Direttore: P. Troiano

Istruttori: E. Bonci, E. De Gioia, V. Goffi, S. Palma, L. Mannucci, M. Bifani

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 magistrali, al termine di ognuna delle quali i partecipanti hanno a disposizione alcuni minuti per chiedere chiarimenti agli istruttori.

CORSO B

ONCOLOGIA OCULARE

Direttore: E. Midenà

Istruttori: 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

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

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. **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 équipe multidisciplinare di patologia orbitaria.

elenco corsi monotematici

| direttore/i | livello | titolo | giorno | ora | n. |
|---|------------|---|--------|-------------|------------|
| CATARATTA | | | | | |
| P.M. Fantaguzzi | avanzato | Dislocazione delle lenti intraoculari: soluzioni chirurgiche | 23/05 | 08:30-10:10 | 104 |
| G. Tassinari | intermedio | La chirurgia complicata del segmento anteriore: soluzione delle problematiche con l'aiuto di chirurghi del segmento anteriore e posteriore | 26/05 | 11:30-13:10 | 116 |
| CHIRURGIA VITREORETINICA | | | | | |
| M. Zemella | intermedio | Vitrectomia 23g | 25/05 | 16:45-18:25 | 110 |
| C. Forlini | intermedio | Endoscopia bulbare in chirurgia vitreoretinica | 23/05 | 08:30-10:10 | 103 |
| CORNEA, SUPERFICIE OCULARE, MALATTIE DEGLI ANNESSI | | | | | |
| C.de Conciliis | base | La gestione dell'epifora: dalla diagnosi alla terapia | 26/05 | 10:30-11:30 | 115 |
| S. Pintucci | intermedio | Cheratoprotesi di Pintucci: 21 anni di esperienza nei traumi oculari | 26/05 | 08:15-09:15 | 118 |
| OFTALMOLOGIA PEDIATRICA, STRABISMO | | | | | |
| M. Pedrotti | intermedio | La diplopia | 23/05 | 08:30-10:10 | 101 |
| M. Fortunato | base | Corso pratico di oftalmologia pediatrica: gestione della cataratta infantile | 23/05 | 16:45-18:25 | 105 |
| P. Capozzi | intermedio | Le sindromi alfabetiche | 24/05 | 16:45-18:25 | 108 |
| G. Lasorella | intermedio | Le blefaroptosi nel bambino: peculiarità cliniche e chirurgiche | 25/05 | 08:00-09:40 | 109 |
| E. Pedrotti | intermedio | Il torcicollo oculare | 26/05 | 08:15-09:55 | 117 |
| ORBITA, CHIRURGIA PLASTICA | | | | | |
| S. Cavazza | intermedio | Dacriocistorinostomia (DCR) per via esterna o endonasale: come facilitare la scelta del chirurgo | 24/05 | 08:00-09:40 | 107 |
| F. Bernardini | base | Chirurgia palpebrale mini-invasiva fatta facile | 25/05 | 08:00-09:40 | 114 |
| P.E. Gallenga | intermedio | Traumatologia orbitaria | 25/05 | 16:45-18:25 | 111 |
| S. Miglior | base | Trattamento chirurgico della cavità anoftalmica | 25/05 | 09:30-10:30 | 113 |
| UVEITI | | | | | |
| A. Mocellin | base | Protocolli diagnostici e terapeutici nei casi di uveite associata a spondilo-artriti sieronegative | 23/05 | 13:45-15:15 | 102 |
| ALTRO | | | | | |
| V. Orfeo | avanzato | Endoftalmiti: dalla profilassi alla terapia | 26/05 | 12:00-13:40 | 106 |
| C. Forlini | intermedio | Impianti secondari | 24/05 | 13:45-14:45 | 112 |

CORSO 101**GESTIONE DELLA DIPLOPIA**

Direttore: M. Pedrotti

Istruttori: M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, A. De Gregorio, A. Chryc, D. Drago

Sinossi:

- diplopia monoculare e binoculare: cause
- terapia medica
- terapia chirurgica
- cause di insuccesso
- discussione casi clinici

Obiettivi:

- conoscere le possibili cause di diplopia monoculare e binoculare
- riconoscere una diplopia binoculare congrua, incongrua e paradossa esame del paziente diplopico
- saper individuare il percorso terapeutico corretto
- è prevista la presentazione di casi clinici su cui i partecipanti dovranno interagire nell'applicare correttamente gli algoritmi di valutazione appresi per arrivare alla diagnosi

CORSO 102**PROTOCOLLI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI NEI CASI DI UVEITE ASSOCIATA A SPONDILO-ARTRITI SIERO NEGATIVE**

Direttore: A. Mocellin

Istruttori: M. Muratore, M.R. Rosaria Rollo

Sinossi: lo scopo del corso è quello di fornire consigli e suggerimenti pratici per individuare un corretto inquadramento clinico-terapeutico del paziente. **Obiettivo:** gli oculisti saranno affiancati dal reumatologo che collaborerà nel definire l'inquadramento etiologico, nella richiesta degli esami di laboratorio ritenuti più utili e nella scelta della terapia specifica.

CORSO 103**ENDOSCOPIA BULBARE IN CHIRURGIA VITREORETINICA**

Direttore: C. Forlini

Istruttori: R. Sciacca, G. Vecchione, P. Rossini

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'endociclofotocoagulazione, o la fotocoagulazione di aree ischemiche retiniche. La visualizzazione dei residui capsulari, negli impianti secondari di IOL.

CORSO 104**DISLOCAZIONE DELLE LENTI INTRAOCULARI: SOLUZIONI CHIRURGICHE**

Direttore: P.M. Fantaguzzi

Istruttori: L. Cappuccini, D. Bonsanto, L. Avoni, M. Moretti, R. Servadei

Sinossi: il corso illustrerà le principali situazioni in cui si verifica la dislocazione delle lenti intraoculari e le metodiche chirurgiche per risolverle. **Obiettivo:** attraverso la presentazione di relazioni e casi clinici specifici i partecipanti acquisiranno le nozioni generali sull'approccio chirurgico più corretto in caso di dislocazione delle lenti intraoculari.

CORSO 105**CORSO PRATICO DI OFTALMOLOGIA PEDIATRICA**

Direttore: M. Fortunato

Superesperti: P. Vadalà, P. Capozzi

Istruttori: R. Maggi, A. Menna, A. De Pino, L. Gravina, I. Memmi, S. Ignagni

Sinossi: gli AA. propongono una serie di nozioni pratiche per permettere ad un oculista di approcciare nel modo più semplice un paziente pediatrico. Il corso si propone di chiarire alcuni argomenti frequentemente presenti nella gestione di un paziente pediatrico. Ad esempio:

- differente gestione tra cataratta congenita infantile e adolescenziale
- quando e come trattare l'ambliopia
- come correggere l'afachia
- semeiotica clinica pratica
- come affrontare lo strabismo, ecc.

Conclusioni: la gestione del paziente pediatrico sembra difficile, ma alcuni consigli permetteranno di migliorare l'approccio al piccolo paziente ed ai genitori anche ad oculisti che normalmente non si occupano di bambini.

CORSO 106**ENDOFTALMITI: DALLA PROFILASSI ALLA TERAPIA**

Direttori: V. Orfeo

Istruttori: L. Colecchia, G. Lesnoni, L. Loffredo, P. Teramo, S. Zenoni

Sinossi: l'endoftalmitide rappresenta una delle più drammatiche evenienze dopo chirurgia oculare. Vengono discussi i protocolli di prevenzione, le caratteristiche cliniche, le indicazioni le modalità e i tempi terapeutici medici e chirurgici. **Obiettivo:** lo scopo del corso è fornire ai partecipanti gli strumenti per una corretta condotta di fronte al problema endoftalmitide.

CORSO 107**DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCR) PER VIA ESTERNA O ENDONASALE: COME FACILITARE LA SCELTA DEL CHIRURGO**

Direttore: S. Cavazza

Istruttori: F. Bernardini, G.L. Laffi, F. Trivella

Sinossi: il corso confronterà le tecniche chirurgiche della DCR dell'adulto e pediatriche attraverso la presentazione di filmati di casi clinici con i rispettivi tempi operatori. **Obiettivo:** fare acquisire ai partecipanti le nozioni necessarie all'inquadramento ed al successivo trattamento dell'ostruzione acquisita del dotto nasolacrimale partendo dalle sue variazioni anatomiche e dai rapporti con i seni paranasali e la cavità nasale, per poi esaminare i differenti tempi chirurgici delle due tecniche e le difficoltà che si possono incontrare.

CORSO 108**LE SINDROMI ALFABETICHE**

Direttore: P. Capozzi

Istruttori: M. Bellizzi, S. D'Amelio, M. Pedrotti, M. Montes

Sinossi: il corso tratterà delle componenti motorie e sensoriali di queste frequenti forme di strabismo con presentazione di casi clinici, valutazione ortottica, indicazioni chirurgiche, timing. **Obiettivi:** sarà possibile acquisire, a chi si avvicina alla chirurgia dello strabismo ed anche a chi già la pratica, le necessarie conoscenze per gestire tali patologie.

riassunti corsi monotematici

CORSO 109**LE BLEFAROPTOSI NEL BAMBINO: PECULIARITÀ CLINICHE E CHIRURGICHE**

Direttore: G. Lasorella

Istruttori: G. Davì

Sinossi: il corso tratterà le diverse forme di blefaroptosi nel bambino attraverso la presentazione di casi clinici paradigmatici. **Obiettivo:** attraverso la partecipazione attiva nel percorso che porta alla diagnosi e alla terapia dei casi clinici presentati i partecipanti acquisiranno le nozioni necessarie all'inquadramento generale ed al trattamento delle diverse forme di blefaroptosi del bambino.

CORSO 110**VITRECTOMIA 23G**

Direttore: M. Zemella

Istruttori: G. Pertile, B. Parolini, C. Panico, F. Romanelli, L. Tollot

Sinossi: viene presentata la vitrectomia 23G. Vengono discussi la strumentazione della quale vengono stigmatizzati non solo i pregi ma anche i limiti, la scelta delle patologie affrontabili con questa metodica, l'uso dei tamponanti e le possibili complicanze. **Obiettivo:** scopo del corso è fornire ai partecipanti una panoramica completa sulla vitrectomia 23G al fine non solo di illustrare la tecnica chirurgica ma anche di sottolineare i pregi e i difetti di questa metodica.

CORSO 111**TRAUMATOLOGIA ORBITARIA**

Direttore: P.E. Gallenga

Istruttori: D. Weil, L. Colangelo

Sinossi: il corso tratterà le principali problematiche della traumatologia orbitaria attraverso la presentazione di casi clinici paradigmatici. **Obiettivo:** attraverso la presentazione di un CD interattivo i partecipanti acquisiranno le nozioni basilari all'inquadramento diagnostico e terapeutico della traumatologia orbitaria.

CORSO 112**IMPIANTI SECONDARI**

Direttore: C. Forlini

Istruttori: A. Montericcio, G. Beltrame, S. Zenoni

Sinossi: saranno presentati casi clinici mediante videoproiezioni e filmati, con discussione finale. **Obiettivo:** fornire ai partecipanti attraverso la presentazione di casi clinici, le nozioni necessarie all'inquadramento e gestione chirurgica delle varie situazioni di afachia.

CORSO 113**TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA CAVITÀ ANOFTALMICA**

Direttore: S. Miglior

Istruttori: M. Goisis, M. Guareschi

Sinossi: il trattamento della contrazione della cavità anoftalmica può avvalersi di diverse tecniche chirurgiche. **Obiettivo:** i partecipanti prenderanno visione delle diverse opzioni di trattamento che verranno illustrate fase chirurgica per fase chirurgica mediante video e prove pratiche dei vari materiali.

riassunti corsi monotematici

CORSO 114**CHIRURGIA PALPEBRALE MINI-INVASIVA FATTA FACILE**

Direttore: F. Bernardini

Istruttori: M. Puccioni, C. de Conciliis, F. Quaranta Leoni, D. Surace

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 115**LA GESTIONE DELL'EPIFORA: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA**

Direttore: C. de Conciliis

Istruttori: A. Iuliano, D. Strianese, G. Uccello

Sinossi: il corso tratterà le principali patologie responsabili dell'insorgenza di epifora, attraverso relazioni dettagliate sulla fisiopatologia delle vie lacrimali senza trascurare il ruolo delle malposizioni palpebrali nella comparsa di un'ipersecrezione secondaria di lacrime. **Obiettivo:** fornire ai partecipanti informazioni adeguate per un corretto approccio clinico, diagnostico e terapeutico al paziente con epifora. Il corso ha lo scopo di fornire ai partecipanti l'impostazione clinica, diagnostica e terapeutica al paziente affetto da epifora. Verranno pertanto descritte in dettaglio le principali patologie delle vie lacrimali di deflusso e degli annessi responsabili della comparsa di epifora, e la loro diagnosi differenziale con le diverse condizioni che possono causare ipersecrezione secondaria di lacrime. Saranno descritti inoltre i diversi test diagnostici clinici e strumentali così come le principali tecniche chirurgiche e le loro indicazioni e risultati correnti.

CORSO 116**LA CHIRURGIA COMPLICATA DEL SEGMENTO ANTERIORE: SOLUZIONE DELLE PROBLEMATICHE CON L'AUTO DEI CHIRURGI DEL SEGMENTO ANTERIORE E POSTERIORE**

Direttore: G. Tassinari

Istruttori: A. Mularoni, F. Lazzaroni, D. Tognetto, L. Cappuccini, P. Giardini, E. Ligabue, R. Bellucci, C. Forlini

Sinossi: verranno discussi casi di chirurgia complicata del segmento anteriore con presentazione di dati preoperatori, filmati degli interventi e dibattito sulle scelte adottate e da adottare. **Obiettivo:** individuare le soluzioni per la migliore gestione di casi complicati del segmento anteriore e dare una risposta alla domanda che fa da titolo al corso.

CORSO 117**TORCICOLLO OCULARE**

Direttore: M. Pedrotti

Istruttori: M. Bellizzi, P. Capozzi, S. D'Amelio, F. Lanzafame, E. Pedrotti, A. De Gregorio, A. Chryc, D. Drago

Sinossi:

- tipologia dei torcicolli non di origine oculare
- tipologia dei torcicolli di origine oculare
- diagnosi differenziali
- terapia medica
- alterazioni posturali
- terapia chirurgica
- discussione casi clinici

riassunti corsi monotematici

- Obiettivi:**
- conoscere le caratteristiche del torcicollo di origine oculare
 - essere in grado di fare una diagnosi differenziale con il torcicollo miogeno
 - sapere individuare il percorso terapeutico più corretto nei vari tipi di torcicollo oculare
 - è prevista la presentazione di casi clinici su cui i partecipanti dovranno interagire nell'applicare correttamente gli algoritmi di valutazione appresi per arrivare alla diagnosi.

CORSO 118

CHERATOPROTESI DI PINTUCCI: 21 ANNI DI ESPERIENZA NEI TRAUMI OCULARI

Direttore: S. Pintucci

Istruttori: G. Migliorati, C. Forlini, F. Gagliardo

L'impianto di una cheratoprotesi (KP) o cornea artificiale è l'unico modo per sostituire una cornea gravemente patologica ed avere un recupero funzionale quando non si può eseguire un trapianto di cornea neanche ripristinando la superficie oculare (trapianto di cellule staminali, impianto di membrana amniotica, ricoprimenti congiuntivali, ecc.). Ogni 5 secondi una persona perde la vista ed ogni 5 minuti un bambino diventa cieco. Oltre il 75-80% della cecità globale si potrebbe evitare con la prevenzione e la moderna medicina. La cecità nei bambini è dovuta a molte cause tra cui cataratta congenita e carenza di vitamina A che provoca opacità corneali. 1,5 milioni hanno età inferiore a 6 anni. Il tracoma, seconda causa di cecità, si combatte con la sanità pubblica e l'educazione. Le complicanze del tracoma e della carenza di vitamina A in molti casi si possono curare con una KP. Secondo Barne I. Jones, nel mondo la cecità è provocata nella metà dei casi da patologie corneali e più di dieci milioni di persone sono affette da cecità corneale bilaterale permanente. Nel terzo mondo l'incidenza della cecità è oltre dieci volte maggiore che nei paesi industrializzati anche a causa di tracoma, ulcere corneali settiche, oncocercosi, lebbra, rosoli, avitaminosi A. Nei paesi industrializzati sono più frequenti patologie autoimmuni quali il pemfigoide mucosinechiante, la sindrome di Stevens-Johnson, la cheratite rosacea e le sindromi da occhio secco. Secondo Puchkovskaya e Grubenko (1973) e Birich (1979), nel 6-20% dei casi la cecità è dovuta a leucomi vascolari secondari ad ustioni da agenti chimici.

abstract sessioni internazionali

SESSIONE 1

ABERROMETRIA

P. Vinciguerra

L'aberrometria è la scienza che misura la qualità ottica di qualsiasi sistema. In oculistica essa si è affermata solo con l'avvento di nuove strumentazioni. Oggi essa è divenuta indispensabile per capire la qualità di visione dei nostri pazienti, la causa delle perdite di acutezza visiva e dei sintomi correlati. Tuttavia diviene sempre più indispensabile identificare la causa e la sede della aberrazione: Cornea, pupilla, cristallino, interna? Oggi abbiamo pazienti che, sottoposti a chirurgia corneale anni fa, lamentano riduzioni del visus con iniziale cataratta. Identificarne la sede appropriatamente può influenzare la scelta di operare il cristallino o reintervenire sulla cornea. Nuovi sistemi hanno capacità di analisi globale e differenziale del diotro oculare consentendo di simulare anche i cambiamenti di aberrazione simulando virtualmente la chirurgia.

PACHIMETRIA

M.I. Torres Munoz

La pachimetria è la misurazione dello spessore corneale. Si esegue in modo rapido ma richiede sofisticate apparecchiature. La metodica più diffusa sfrutta tecniche di ecografia monodimensionale con apposite sonde. Altre tecniche utilizzano delle formule matematiche applicate alla misurazione dei riflessi di proiezioni luminose sulla superficie anteriore e posteriore della cornea. Questa presentazione darà le indicazioni ed utilità della pachimetria e farà un'analisi delle diverse strumentazioni a nostra disposizione con particolare enfasi su vantaggi e svantaggi di ognuno di questi strumenti. Verrà fatto anche un approccio alla diagnosi delle patologie corneali attraverso l'informazione ottenuta dalla pachimetria.

UBM

G. Marchini

L'ecografia tradizionale non è stata in grado di fornire fino ad oggi la qualità delle immagini necessaria per lo studio dettagliato del segmento anteriore. L'UBM (Ultrasound Biomicroscopy) rappresenta una nuova tecnica di imaging che consente di fornire immagini ecografiche ad alta risoluzione sia di strutture visibili alla lampada a fessura che di strutture normalmente non esplorabili con le tecniche diagnostiche strumentali alternative. L'UBM ha contribuito in maniera determinante alla comprensione dei meccanismi patogenetici responsabili di molte patologie oculari. Tale metodica si è rivelata di particolare interesse soprattutto nello studio della fisiopatologia dei glaucomi, per la novità delle informazioni morfologico-qualitative che ha saputo fornire. Grazie all'elevata risoluzione delle immagini prodotte e all'ampio spettro di parametri misurabili, l'UBM si è imposto nel panorama delle metodiche di imaging quale riferimento per lo studio dettagliato delle patologie oculari del segmento anteriore che cadono entro i limiti di penetrazione dello strumento.

RETINA MEDICA: OCT3

C. Scassa

L'OCT3, realizzando una immagine cross-sezionale della retina quasi sovrapponibile ad un preparato bioptico, ha rappresentato la vera rivoluzione nella diagnostica in oftalmologia dopo l'esame angiografico. Le sue applicazioni spaziano pressoché in tutti i campi della retina medica; studio della degenerazione maculare senile, sia nelle forme iniziali che nelle forme più avanzate, umide ed atrofiche, retinopatia diabetica, edema sia di natura vascolare che trattivo, flogosi corioretiniche, degenerazioni ereditarie, epiteliopatie, miopia elevata e sue complicanze, patologia della interfaccia vitreo retinica, quest'ultima di più diretto interesse chirurgico. Ma uno degli aspetti più interessanti riguarda la valutazione della neovascolarizzazione coroideale (NVC) di qualsiasi eziologia (senile, miopica, flogistica, CRSC, strie angioidi ecc) e la possibilità di monitorare i segni diretti ed indiretti indicativi di NVC in alternativa all'esame angiografico, il cui utilizzo può essere limitato a casi più selezionati. Tale prospettiva assume un ruolo particolarmente rilevante considerando le nuove e sempre più ampie potenzialità terapeutiche anti-VEGF presenti. Un ultimo aspetto riguarda lo studio delle fibre del nervo ottico e della valutazione morfometrica della papilla ottica, e le interessanti valutazioni nell'ambito della otticopatia glaucomatosa.

ECOGRAFIA

V. Mazzeo Simonini

Definizione: metodica che si basa sull'uso di onde elastiche. **Tecniche:** A- e B-scan; Doppler. **Campo di azione:** bulbo ed orbita. **Vantaggi:** supera le opacità dei mezzi diottrici, unica barriera insuperabile l'aria; agilità, velocità di esecuzione, 30 anni ed oltre di utilizzo clinico, basso rapporto costo/beneficio. **Svantaggi:** necessita di contatto o interposizione di un mezzo accoppiante, necessita di esperienza pratica per una esecuzione ed interpretazione corrette (acquisizione di capacità analitiche dell'immagine). **Indicazioni assolute:** opacità dei mezzi diottrici, studio di segmenti anatomici oculari difficilmente raggiungibili con altre tecniche (es. corpo ciliare; pars plana). **Indicazioni relative:** studio dei rapporti vitreo-retina; analisi e differenziazioni delle lesioni solide; valutazione dell'effetto del/i trattamento/i conservativo/i in alcuni tipi di tumori. **Innovazioni tecnologiche:** sonde a frequenze sempre più alte, possibilità di ricostruzioni tridimensionali; utilizzazione di analisi sempre più sofisticate del segnale.

abstract sessioni internazionali

RETINA CHIRURGICA: OCT3

C. Scassa, G. Ripandelli

Anche nell'ambito della retina chirurgica l'OCT3 ha apportato vari ed insostituibili contributi. Innanzitutto ci permette di confermare e/o verificare delle geniali ipotesi diagnostiche già sviluppate in era pre-tomografica (evoluzione dei fori di Gass) e di realizzare una diagnosi precisa nell'ambito delle varie patologie della interfaccia (IMH, FM, FL, PFM, STVM, Pucker). Rende possibile in maniera insostituibile una attenta valutazione del polo posteriore nella miopia elevata, non ottenibile con la sola valutazione biomicroscopica alla lampada a fessura, suggerendo o controindicando un eventuale scelta chirurgica (rifrattiva, cataratta, schisi o FM in evoluzione). L'OCT definisce la presenza di eventuali componenti trattive in una retinopatia diabetica, suggerendone anche in questo caso il miglior approccio terapeutico. Permette, inoltre, di chiarire alcuni aspetti essenziali nella dinamica del DR con coinvolgimento della macula soprattutto in relazione all'andamento post-operatorio ed alle problematiche funzionali ad esso inerenti. È doveroso sottolineare che soprattutto nel campo della retina medica, ancora oggi l'OCT-3 associato ad una attenta valutazione funzionale (AV, microperimetria, eventuale elettrofisiologia) permette oggi una gestione quanto mai accurata ed intelligente dei nostri pazienti.

ADVANCES IN ULTRASOUND EVALUATION OF THE EYE FOR THE VITREO-RETINAL SURGEON

D. Jackson Coleman (USA)

Ultrasound has played an integral and vital role in vitreo-retinal surgery by permitting evaluation of eyes with cloudy media due to trauma or other causes of bleeding such as diabetes. In these occult conditions, diagnosis of anatomic changes such as retinal or choroidal detachment, traction membranes or foreign body location can direct appropriate medical or surgical care. New imaging techniques developed in our laboratory now permit increased resolution of the vitreous, and exceptional sensitivity and resolution of the choroid and retina. These techniques, called Wavelet and Swept scan analysis, permit evaluation and stratification of macular degeneration, and allow novel quantification of the effects of age and drug responses on the choroid and retina.

ERG-PEV

V. Parisi

Gli esami elettrofisologici valutano la funzionalità delle differenti strutture che compongono la via nervosa visiva (retina, nervo ottico, vie ottiche e corteccia cerebrale occipitale). Fra i vari esami elettrofisologici rivestono particolare importanza l'Elettroretinogramma per lo studio delle varie componenti retiniche (ERG) ed i Potenziali Evocati Visivi per lo studio delle vie ottiche (PEV). Questi test diagnostici possono fornire informazioni sulla funzionalità del sistema visivo anche in quei casi in cui la presenza di una opacità dei mezzi diottrici (cataratta, leucoma corneale) non permette l'osservazione diretta della retina o del nervo ottico.

L'elettroretinogramma (ERG)

L'esplorazione elettrofisiologica della funzionalità retinica: l'elettroretinogramma. L'elettroretinogramma (ERG) è la risposta bioelettrica retinica ad uno stimolo visivo sia esso costituito da un flash di luce stroboscopica o da un monitor televisivo in cui sono presenti barre o scacchi bianchi e neri che si alternano in modo cadenzato nel tempo (pattern). L'ERG da flash è espressione della funzionalità degli strati retinici più esterni (epitelio pigmentato e fotorecettori), mentre l'ERG da pattern (PERG) è generato dagli strati retinici più interni (cellule e fibre ganglionari). L'ERG da Flash è caratterizzato da una serie di onde a polarità alternante tra cui riconosciamo l'onda a, l'onda b ed i Potenziali Oscillatori (PO), mentre nel PERG è possibile identificare dei picchi che vengono contrassegnati con la lettera indicante la polarità e la cifra indicante il tempo di latenza, cioè il tempo in millisecondi dopo la presentazione dello stimolo visivo in cui compare il picco sul tracciato elettroretinografico (N35, P50 e N95). L'ERG da flash costituisce una risposta di massa dell'intera retina ed il contributo fornito alla genesi di questa risposta elettrofisologica da parte della regione maculare, può essere considerato trascurabile. La funzionalità maculare può essere invece valutata attraverso una particolare registrazione del segnale elettroretinografico: l'ERG focale. Attraverso l'ERG focale è possibile effettuare una valutazione funzionale dei differenti strati retinici presenti nella regione maculare. Infatti la risposta ottenuta attraverso stimoli pattern viene generata dagli strati retinici più interni, mentre quella ottenuta attraverso una modulazione luminosa è di origine prevalentemente recettoriale.

I Potenziali Evocati Visivi (PEV)

L'esplorazione elettrofisiologica della funzionalità delle vie ottiche: i Potenziali Evocati Visivi I potenziali Evocati Visivi (PEV) si definiscono come le variazioni dei potenziali bio-elettrici della corteccia occipitale evocati da stimoli visivi. Sono, quindi, la manifestazione di raffinati e complessi eventi neurosensoriali legati a fenomeni di trasduzione e di trasmissione dell'impulso nervoso lungo le vie visive, cioè dai fotorecettori retinici fino alla corteccia cerebrale occipitale. Lo stimolo visivo può essere fornito sia da un flash che da un pattern. Il PEV da pattern transiente è caratterizzato da una serie di onde a polarità alternante fra le quali è possibile distinguere dei picchi che vengono definiti con la lettera indicante la polarità e la cifra indicante il tempo di latenza: N75, P100 e N145. L'aumento del tempo di latenza e la riduzione di ampiezze delle varie onde del PEV rappresenta il corrispettivo elettrofisologico di un rallentamento della conduzione nervosa lungo le vie ottiche. Questo aspetto patologico può essere ascritto ad un interessamento primario dei fotorecettori retinici, delle cellule ganglionari, alle alterazioni funzionali della regione maculare ed anche ad un ritardo di conduzione a livello del sistema nervoso centrale, cioè tra retina e corteccia visiva. La conduzione dell'impulso nervoso tra le cellule ganglionari e la corteccia visiva può essere valutata elettrofisiologicamente tramite la registrazione simultanea di PEV e PERG, in cui la differenza tra il tempo di latenza P100 del PEV (espressione della risposta occipita-

abstract sessioni internazionali

le) e il tempo di latenza della P50 del PERG (espressione della massima attività delle cellule ganglionari) viene indicato come "tempo di conduzione retinocorticale (RCT)". ERG e PEV permettono di evidenziare precocemente alterazioni funzionali a carico delle varie strutture delle vie ottiche ed inoltre, essendo metodiche semeiologiche non invasive e ripetibili nel tempo, forniscono l'opportunità di diagnosticare e monitorizzare nel tempo svariate patologie dell'apparato visivo. Le applicazioni cliniche di tali esami elettrofisologici sono riportati nella *Tabella 1*.

Tabella 1

| Esame | Generatori | Indicazioni |
|-------------|--|--|
| Flash-ERG | Retina esterna (Ep. pigmentato-fotorecettori, cellule Bipolari, Amacrine) | Retinite pigmentosa; Distacco di retina; Trombosi VCR; Occlusione ACR; Diabete; AIDS; Iperensione; Emalopia carenziale; Distrofia dei coni; Albinismo |
| Pattern-ERG | Retina interna (cellule e fibre ganglionari) | Glaucoma; Diabete; Sclerosi Multipla; Distroidismi; Malattie connettivali; M. di Parkinson; Forme tossiche, traumatiche, compressive, flogistiche del nervo ottico |
| ERG Focale | Retina esterna ed interna della regione maculare | Maculopatie congenite (Stragadt, Best); Edema maculare cistoide; Corioretinopatia sierosa centrale; Degenerazione maculare senile; Distrofia maculare |
| PEV | Vie ottiche | Malformazioni congenite; Neuriti ottiche; Papilla da stasi; Traumi; Ambliopia; Compressioni neoplastiche; Malattie degenerative e vascolare |

SESSIONE 2

CORNEA E TRASMISSIONE DELLA RADIAZIONE LUMINOSA

P. Vinciguerra

La cornea è il principale diottra oculare: essa influisce per 80% sul potere totale refrattivo oculare. Nuovi sistemi diagnostici oggi consentano di rapportare tale capacità refrattiva allo spessore del tessuto, al raggio di curvatura e alla sua distanza dall'iride. La struttura corneale influenza la radiazione luminosa in stretto rapporto con la pupilla per diametro posizione. Calcoli matematici consentono di rapportare la cornea alle aberrazioni ottiche da essa indotte.

TOPOGRAFIA CORNEALE PRATICA

G. Di Lorenzo

La topografia corneale, studiata mediante videocheratoscopia computerizzata, analizza punto a punto il raggio di curvatura della superficie anteriore della cornea, fornendo una rappresentazione in scala di colore (mappa corneale). I topografi attuali permettono anche l'analisi altitudinale che misura l'altezza in micron di un punto rispetto ad una superficie di riferimento. L'integrazione dell'analisi di curvatura e altimetrica consente una lettura dettagliata della morfologia corneale distinguendo aree più alte da aree più curve. L'esame della topografia corneale è principalmente utile:

- nella diagnosi e follow up del cheratocono: individuare precocemente la malattia è importante nella selezione dei candidati a chirurgia refrattiva;
- nei portatori di lenti a contatto per identificare fenomeni di deformazione corneale da differenziare da cheratocono iniziale e per fornire una guida per la corretta geometria della lente;
- nell'astigmatismo post-cheratoplastica per pianificare la ridistribuzione e l'asportazione delle suture;
- in chirurgia refrattiva per programmare l'intervento e controllare i risultati postoperatori, identificando ipercorrezioni, ipocorrezioni, regressioni, astigmatismi indotti e decentramenti;
- in cornee irregolari o esito di refrattiva per calcolare la IOL in previsione di chirurgia della cataratta.

ENDOTELIOSCOPIA PRATICA

G. Bricola

L'endotelio corneale è un monostrato di cellule esagonali che diminuiscono progressivamente con l'età. La perdita di cellule si traduce in due alterazioni morfologiche: la presenza di cellule con dimensioni differenti (polimegetismo) e l'aumento di elementi con forma diversa da quella esagonale (pleomorfismo). È noto che cornee con marcata riduzione della densità cellulare non possono mantenere una normale trasparenza. La soglia di crisi funzionale è di circa 400 cell/mm². Il microscopio speculare consente di visualizzare il mosaico endoteliale. **Valutazione qualitativa:** utile per una valutazione clinica circa i rischi di una procedura chirurgica, per l'accertamento di un indirizzo diagnostico o della efficacia di una terapia. **Valutazione quantitativa:** permette di assegnare ad un campo fotografico un parametro numerico utile per lo studio delle variazioni endoteliali nel tempo o per il confronto di gruppi diversi. **Indicazioni all'uso della microscopia speculare:**

- soggetti a rischio per interventi sul segmento anteriore
- modificazioni endoteliali dopo interventi
- studio della cornea di donatore in caso di cheratoplastica
- soggetti candidati a chirurgia refrattiva
- follow-up di interventi sul segmento anteriore.

abstract sessioni internazionali

PIGMENTAZIONI E DEPOSITI CORNEALI

C. Traversi

La cornea ha come caratteristica fondamentale la trasparenza, la presenza di depositi pigmentazioni, inevitabilmente, sovrverte tale condizione, anche se spesso non si hanno modificazioni sul visus e in molti casi si tratta comunque di evoluzioni normali della cornea nel tempo. Altre volte invece sede e entità di queste alterazioni sono tali da rendere necessari interventi di sostituzione, trapianti. La sede può essere più o meno profonda e l'estensione più o meno grande, sommariamente si può fare una suddivisione in depositi pigmentati e non pigmentati. E per quanto riguarda la localizzazione in epiteliali, subepiteliali, stromali, descemetici o endoteliali. Le cause possibili sono numerose, talvolta malattie geneticamente determinate con anomalie nella sintesi di sostanze che portano ad un loro accumulo nel tessuto corneale, un numero consistente di queste patologie può essere attribuito a cause iatrogene e cioè ad un progressivo deposito di farmaci somministrati per via locale o per sistemica. Il corretto inquadramento clinico comporta la scelta terapeutica adeguata.

INFILTRATO CORNEALE: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E IMPOSTAZIONE DELLA GESTIONE

L. Fontana

In presenza di un'infezione corneale non esistono segni clinici distintivi che consentano di determinare con certezza l'agente causale. Ne risulta che la diagnosi debba essere completata dal rilievo anamnestico dei principali fattori di rischio e dai risultati delle procedure diagnostiche atte ad individuare l'agente microbico causale. In tutti i casi in cui vi è un sospetto di cheratite microbica, l'approccio più corretto da seguire consiste nell'eseguire un esame diagnostico colturale e quindi iniziare una terapia antibiotica topica ad ampio spettro. Questa relazione descrive un algoritmo diagnostico-terapeutico di facile applicazione che riassume le attuali strategie diagnostiche terapeutiche utili a consentire un efficace trattamento della maggior parte dei casi di cheratite microbica.

SESSIONE 7

ABERROMETRIA

F. Bartoli

L'immagine retinica è funzione della qualità delle lenti che formano il sistema ottico dell'occhio. Le lenti nei sistemi di precisione, ottici, telescopici, etc, vengono costruite e poi testate in modo tale da essere il più possibile perfette, esenti cioè, da aberrazioni. Con l'avvento degli aberrometri è oggi possibile studiare la qualità ottica dell'occhio sia dal punto di vista dei difetti sfero-cilindrici (analisi quantitativa) che aberrometrici (analisi qualitativa). La possibilità attuale di poter fare un link aberrometrico permette di correggere le aberrazioni oculari intese come devianze dalla perfetta proiezione dei raggi luminosi sulla superficie retinica. L'obiettivo è il miglioramento della qualità della visione, sia correggendo il difetto rifrattivo che riducendo o manipolando il più possibile quello aberrometrico. Viene analizzato quanto è stato possibile fare fino ad oggi con i relativi successi e delusioni.

LASIK

G. Panzardi

Viene illustrata la tecnica Lasik per la fotoablazione refrattiva con laser ad eccimeri. Sono presi in esame i seguenti argomenti. **Selezione del paziente idoneo alla LASIK:** attività lavorativa e hobbies, sensibilità al dolore, difetto refrattivo, tempo a disposizione del paziente per la propria convalescenza, test della lacrimazione, parametri di curvatura della cornea, e caratteristiche anatomiche del bulbo oculare. **Preparazione preoperatoria:** sospensione di eventuali LAC. Prevenzione infezioni/infiammazioni mediante colliri antibiotici, sospensione del trucco per le donne. Verifica che il paziente abbia ben compreso le informazioni date, relative al trattamento ed alla procedura da eseguire. **Inizio della procedura:** posizionamento del paziente sul lettino del laser, disinfezione, impiego di telino adesivo, e scelta del blefarostato. Il **microcheratomo:** panorama dei diversi modelli. Pulizia degli strumenti. Corretto impiego del microcheratomo (filmato). **Strumentario e materiali. Esempi di tecnica:** presentazione di filmati commentati delle diverse fasi; marcatura, applicazione anello di suzione, tonometria, inserimento microcheratomo, taglio, fotoablazione, lavaggio, riposizione del lembo. **Casi particolari:** LASIK post RK, filmati commentati. **Intralase:** filmati commentati. **Rittrattamenti:** risollevarimento del lembo. Filmati commentati. **Decorso postoperatorio:** farmaci, controlli e follow up.

EXCIMER LASER SURGERY: A WATCHFUL EYE FOR THE FUTURE

S. Serrao

We provide Atomic Force Microscopy images of biologic tissues on which excimer laser ablation had been performed and we discuss the significance of the clearly cut edges and of the more uneven ablated surface by the excimer laser than the natural one. The present study has been performed using a modern technique of submicroscopic imaging, Atomic Force Microscopy, which allows the micrometric evaluation of samples without altering their structure; this, in order to analyze the surface of an excimer laser ablated biologic tissue. The excimer laser system allows the precise removal of tissue and nowadays it is used worldwide in ophthalmic surgery. We provide nanometer-resolved images of a biologic tissue ablated using a 193 nm wavelength to demonstrate that the cut of the laser does not leave as smooth a surface as that before photoablation.

abstract sessioni internazionali

COMPLICANZE INTRASTROMALI: VALUTAZIONE DEL DANNO CON MICROSCOPIA CONFOCALE CON EFFETTI TOPOGRAFICI ED ABERROMETRICI

M. Gualdi, E. Scerrati, L. Gualdi

Scopo: analizzare le lesioni intrastromali prodotte dal microcheratomo con la microscopia confocale, seguirne gli effetti in topografia ed aberrometria per scegliere la migliore strategia di guarigione. **Materiali:** Microcheratomi Hansatome & MK 2000 Nidek, esame confocale eseguito con Confoscan CS4.

SESSIONE 8

L'ANGIOGENESI

G. Amato

Il processo di angiogenesi oculare patologica, così come avviene in corso di Degenerazione Maculare Legata all'Età, costituisce la causa principale di cecità legale nell'anziano nel Mondo Occidentale. Le terapie fino a poco tempo fa a nostra disposizione per la Degenerazione Maculare Legata all'Età di tipo neovascolare, potevano al massimo rallentare il decremento visivo, ma non hanno dimostrato di portare ad un miglioramento della acuità visiva. Da ciò deriva la necessità di migliori terapie, in grado di migliorare il risultato visivo finale. Una sempre maggiore evidenza che il VEGF-A (Vascular Endothelial Growth Factor A) rappresenti il maggiore regolatore della angiogenesi oculare patologica in età adulta giustifica e spiega come questo fattore venga testato come bersaglio terapeutico per AMD neovascolare e Retinopatia Diabetica ed Edema Maculare. Il ruolo del VEGF-A nella neoangiogenesi oculare, e l'impatto clinico della sua inibizione in corso di AMD neovascolare e di Edema Maculare Diabetico vengono discussi dall'Autore.

TECNICA DI INIEZIONE

C. Traversi

La iniezione intravitreale di un farmaco deve avvenire rispettando le norme di sterilità per evitare la complicanza più temuta, l'endoftalmite. È preferibile eseguirla con il paziente supino in midriasi farmacologica, si esegue successivamente una accurata disinfezione della cute con iodio, deve essere instillato anestetico locale e successivamente iodio povidone nel sacco per 3-5 minuti per ottenere l'asepsi della superficie, da taluni viene anche suggerito di procedere ad una ulteriore disinfezione della sede di iniezione con un batuffolo imbevuto di iodio. Si provvede ad isolare le palpebre con un telo sterile, si applica un blefarostato, con un distanziometro si misurano 3.5 mm dal limbus, per essere sicuri di effettuare l'iniezione in pars plana. La paracentesi della camera anteriore non è indispensabile. Si procede successivamente alla iniezione, utilizzando se possibile aghi da 30 gauge cercando di arrivare al centro della cavità vitrea e, nel momento in cui viene estratto l'ago limitando il reflusso del farmaco pigiando con asciughino nella zona di entrata dell'ago.

IL PUNTO DI VISTA DEL LEGALE SULL'UTILIZZO DI FARMACI INTRAVITREALI, INCLUSO L'UTILIZZO OFF-LABEL

P. d'Agostino

Per utilizzo off-label di farmaci si intende l'impiego, nella pratica medica, di farmaci già registrati, ma usati in maniera non conforme a quanto previsto dalla scheda tecnica autorizzata dal Ministero della Salute (prescrizione di farmaci per indicazioni, modalità di somministrazione, dosaggi differenti da quelli indicati nel foglio illustrativo). Trattasi di molecole ampiamente conosciute e utilizzate secondo schemi e linee guida ufficiali, ma per le quali nuove evidenze scientifiche suggeriscono un loro razionale d'uso anche in situazioni cliniche non previste nella scheda tecnica e nel foglietto illustrativo di farmaci autorizzati all'immissione in commercio dal Ministero della Salute o dall'EMA (Agenzia Europea di Valutazione dei Medicinali). In ambito oftalmico le sostanze usate in regime off-label sono sostanzialmente il triamcinolone (KENACORT) ed il bevacizumab (AVASTIN). La Legge 8.04.1998, N. 94, all'art.3, primo comma, vieta la prescrizione di specialità medicinali al di fuori delle indicazioni contenute nella scheda tecnica o nella Autorizzazione alla immissione in Commercio. Il secondo comma consente, tuttavia, di derogare a tale divieto quando il medico prescrittore abbia: 1) informato il paziente di tale deroga; 2) ne abbia raccolto il consenso; 3) sia in possesso di dati documentabili in letteratura suffraganti la previsione che il paziente possa trarre vantaggio da tale prescrizione. Principio ulteriormente rafforzato da quanto disposto dall'art.13 del nuovo Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006. Infine, l'articolo 1, comma 796 punto Z della Legge Finanziaria 2007, entrata in vigore lo scorso 1 gennaio 2007, VIETA l'impiego off-label dei farmaci quando in presenza di altri farmaci registrati, se non per le sperimentazioni cliniche. In questo quadro normativo, la SOI ha fornito ai propri iscritti strumenti idonei a fronteggiare il fenomeno sia per quanto attiene la libera professione (linee guida e consenso) sia per quanto concerne i dipendenti pubblici (ospedalieri e universitari) (analisi della Finanziaria 2007). Ma ciò che più conta, la SOI ha condiviso tali conclusioni con il proprio partner assicurativo risolvendo altresì gli eventuali problemi di copertura legati all'utilizzo dei farmaci off label. In tal caso, le condizioni richieste sono: 1) che si seguano le linee guida fornite dalla SOI; 2) che venga firmato il relativo modulo di consenso SOI (e il medico sia in grado di fornirne copia); 3) che il socio abbia stipulato la polizza assicurativa SOI aderendo all'opzione relativa all'oftalmologo che svolge interventi chirurgici.

abstract sessioni internazionali

ANTIBIOTICI ED ANTIFUNGINI INTRAVITREALI

E. Miserocchi

Le endoftalmiti infettive si possono classificare in postoperatorie (ad insorgenza acuta o tardiva), post-traumatiche ed endogene. Le endoftalmiti postoperatorie possono insorgere dopo qualsiasi intervento di chirurgia oculare ed hanno una incidenza che va dallo 0.04% allo 0.13%, quelle post-traumatiche hanno una incidenza del 7% e si differenziano da quelle postoperatorie per il tipo di microrganismi patogeni responsabili e per la prognosi visiva scarsa. Le endoftalmiti endogene sono invece più rare, si manifestano soprattutto nei pazienti immunodepressi o in pazienti che fanno uso di droghe per via endovenosa; sono causate dalla diffusione per via ematogena del microrganismo patogeno che da una fonte di infezione nell'organismo si diffonde fino all'occhio. La diagnosi si effettua mediante coltura del vitreo o dell'umor acqueo. La terapia delle endoftalmiti infettive consiste nella vitrectomia seguita da iniezione di antimicrobici intravitreali ed in alcuni casi da somministrazione di farmaci per via generale. Gli antibiotici che si utilizzano per via intravitreale sono la Vancomicina per i microrganismi gram positivi, compresi gli Stafilococchi meticillino resistenti e *B. cereus*, l'Amikacina per i gram negativi o, in alternativa la Ceftriaxone. Le endoftalmiti fungine vengono trattate con Amfotericina B e con voriconazolo.

ANTIVIRALI INTRAVITREALI NELL'AIDS – GANCYCLOVIR E FOSCARNET

G. Modorati

La retinite da CMV rappresenta la più grave patologia virale oculare opportunistica che può colpire i pazienti HIV infetti e pazienti immunodepressi per patologie oncologiche o per cause iatrogene. L'infezione si manifesta solo nei soggetti con grave immunodepressione (linfociti CD4+ inferiori a 100 cell/mm³). La terapia si basa, nell'immediatezza della diagnosi, sul trattamento d'attacco anti CMV (ganciclovir 5 mg/kg o foscarnet 90 mg/kg endovena due volte al giorno per 14-21 giorni) e successivamente con il mantenimento (ganciclovir 5 mg/kg o foscarnet 90-120 mg/kg endovena una volta al giorno). In alcuni casi di grave retinite localizzata in aree retiniche delicate per la funzionalità visiva, come la macula ed il nervo ottico, può essere indicata anche l'iniezione intravitreale di ganciclovir che, portando dosi adeguate di farmaco direttamente all'interno dell'occhio, può bloccare più rapidamente la progressione della lesione. Il paziente viene così controllato più volte alla settimana e la lesione documentata fotograficamente. La fotografia della lesione permette all'oftalmologo di verificare la progressione o la regressione della retinite e guidare così le scelte terapeutiche in collaborazione con l'infettivologo.

I FARMACI INTRAVITREALI DELLA TERAPIA DELLE UVEITI POSTERIORI

L. Cappuccini, L. Cimino

Il management delle uveiti posteriori non infettive è per gli specialisti delle uveiti un campo di particolare interesse. La terapia steroidea è la principale opzione sia per quanto riguarda la somministrazione perioculare sia per quella sistemica. La terapia sistemica, in caso di uveite bilaterale, soprattutto associata a malattia sistemica, richiede l'utilizzo di alte dosi di steroidi che per avere un effetto terapeutico devono superare molte barriere fino a raggiungere il sito bersaglio. In aggiunta, si possono utilizzare dei farmaci immunosoppressivi per ridurre il dosaggio elevato degli steroidi e/o per ridurre gli effetti collaterali sistemici. In casi di uveite monolaterale l'utilizzo di iniezioni perioculari di steroidi può considerarsi una modalità terapeutica di prima linea. Infatti, il rilascio del farmaco avviene in prossimità dell'occhio con diffusione attraverso la sclera e l'eliminazione degli effetti collaterali sistemici. Più recentemente, la somministrazione intraoculare di steroidi è diventata una opzione terapeutica di enorme interesse in grado di superare tutte le barriere con l'introduzione del farmaco esattamente nel sito bersaglio. Le iniezioni intraoculari di triamcinolone costituiscono una alternativa terapeutica potente per l'edema maculare post-infiammatorio resistente.

MACULOPATHY UPDATE

D.J. D'Amico (USA)

Macular diseases continue to increase in both importance and in successful treatment by medications, laser, and surgery. Despite these advances, there is continued controversy regarding the appropriate timing and intervention for such common disorders as epiretinal membrane, macular edema, traction retinal detachment, macular hemorrhage, and subretinal neovascularization. For epiretinal membrane, improved results have been claimed with additional internal limiting membrane (ILM) removal. Macular edema, whether from diabetic retinopathy, branch vein occlusion, etc., has been treated with hyaloid and ILM removal, but most physicians prefer treatment with laser or a variety of intravitreal medications. The appropriate timing for diabetic traction detachment is still controversial, although strong arguments may be made to defer surgery in most cases unless there is foveal involvement. Massive premacular hemorrhage in diabetic retinopathy has repeatedly been shown to be an indication for prompt surgery, but many physicians still prefer observation or even Nd-YAG laser treatment. Macular degeneration has produced the greatest diversity of opinions, but the success of anti-VEGF medications has rapidly displaced most other therapies. This presentation will outline the current recommendations of the author.

abstract sessioni internazionali

TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE: STORIA E INDICAZIONI ATTUALI

A. Massacesi

In questi ultimi anni è tornato alla ribalta il triamcinolone acetone, già in uso nel mondo oftalmologico come farmaco ad emivita medio-lunga (simil "depot") per inoculazione periorbitaria, in sede sottotenoniana o lungo il pavimento orbitario. Macheimer, Graham, Peyman e Tano, alla fine degli anni '70, diedero inizio ad una serie di studi iniettando degli steroidi nella cavità vitrea sia in modelli animali che nell'uomo, dimostrando l'assenza di effetti tossici per le strutture endoculari e l'efficacia in molteplici situazioni cliniche. Gli impieghi finora riportati in letteratura sono vari. Il triamcinolone acetone esercita una potente azione antiinfiammatoria, antiedemigena e antioangiogenetica ed è particolarmente indicato per gli edemi maculari di diversa natura (retinopatia diabetica, occlusione venosa retinica euveitiche) e in associazione alla terapia fotodinamica nelle neovascolarizzazioni coroideali.

AVASTIN NELLA AMD (BEVACIZUMAB)

P. Vaona

In questa relazione presentiamo i risultati a breve termine del trattamento intravitreale con bevacizumab (Avastin, Genentech) in pazienti con neovascolarizzazione coroideale secondaria a degenerazione maculare legata all'età. Sono stati presi in considerazione: acuità visiva, spessore retinico (misurato con OCT), modificazioni angiografiche ed eventuali eventi avversi. Si è osservata una stabilizzazione del visus, una significativa diminuzione dello spessore retinico e del leakage fluorangiografico, mentre non si sono verificati eventi avversi oculari né sistemici in nessun paziente. Il follow-up è, comunque, troppo breve per poter fornire indicazioni specifiche sul trattamento, mentre sarebbe importante poter valutare i risultati a distanza.

MACUGEN NELLA AMD

M. Cassinerio

Il pegaptanib sodico ha una elevata affinità a bloccare il VEGF, quindi ha un'elevata selettività verso la neoformazione patologica. Gli studi clinici confermano l'efficacia nel ridurre il leakage vascolare mediato dal VEGF e nel prevenire la neovascolarizzazione coroideale. Si presentano i risultati degli studi e la casistica personale.

TRATTAMENTI COMBINATI

C. Eandi

La nuova era del trattamento farmacologico della degenerazione maculare legata all'età essudativa, ha visto lo sviluppo di diverse molecole ad azione antiangiogenetica. Nella pratica clinica sono quindi entrati farmaci derivati cortisonici, ed inibitori del vascular endothelial growth factor (VEGF). Il loro meccanismo d'azione è spesso differente e pertanto complementare. Il processo dell'angiogenesi è un molto complesso e vede coinvolti diversi fattori. L'associazione di diversi trattamenti ha pertanto lo scopo di agire a diversi livelli in questo processo patologico, nel tentativo di inibire la crescita di neovasi anomali. Durante la relazione verrà discusso il razionale dei trattamenti combinati in corso di AMD neovascolare e verranno illustrati alcuni casi clinici.

DELIVERY SYSTEMS

F. Faraldi

I farmaci anti-VEGF costituiscono già oggi una piccola parte delle molecole in fase di studio nella cura della neovascolarizzazione. Siamo abituati a considerare i farmaci ed in particolare gli anti-VEGF in base al meccanismo di azione: inibitori della sintesi (SiRNA, oligonucleotidi), farmaci che legano le varie isoforme di VEGF (Ig modificate, aptameri, recettori solubili) inibendone l'interazione con il recettore bersaglio oppure inibitori della trasmissione del segnale a livello intracellulare (TKIs). Per la valutazione dei farmaci è però importante non solo conoscere la loro modalità di azione, farmacodinamica, ma anche le caratteristiche delle preparazioni farmaceutiche, e la loro farmacocinetica. Perché un farmaco risulti efficace, infatti, è necessario che raggiunga il tessuto bersaglio in forma attiva, in concentrazione sufficiente e per un periodo di tempo sufficiente per lo svolgimento della sua funzione.

Fattori condizionanti sono:

- proprietà fisico chimiche del farmaco
- proprietà della forma farmaceutica
- modalità di assorbimento
- distribuzione
- metabolismo (biotrasformazione)
- escrezione.

I farmaci anti-VEGF sopraelencati, attualmente in corso di trial clinico o registrati, possono essere semplicisticamente ricondotti ad alcune categorie. Immunoglobuline e molecole di fusione sono proteine caratteristicamente idrofile e con peso molecolare che varia da 50 a 150 Kd. Aptameri, oligonucleotidi e SiRNA sono nucleotidi idrofili con peso molecolare superiore a 50 Kd. Gli inibitori delle tiroxina chinasi sono molecole a basso peso molecolare (circa 500 d) lipofile. L'assorbimento dei farmaci è determinato oltre che dalle loro proprietà fisico-chimiche, dalle loro formulazioni e dalle vie di somministrazione assorbimento che può essere nel caso dell'occhio sistemica o topica. La somministrazione sistemica per vie diverse determina la biosponibilità a livello del flusso ematico di una certa quantità di farmaco utile al fine della sua distribuzione ai tessuti. Nel caso dell'occhio e del cervello tuttavia questa situazione è complicata dalla presenza di una barriera emato-oculare (interna ed esterna) che impedisce la distribuzione del farmaco tra le cellule endoteliali che non presentano fenestrate. L'epitelio pigmentato della retina e le cellule endoteliali dei vasi retinici

abstract sessioni internazionali

devono essere superate per passaggio prevalentemente intracellulare che è prevalentemente passivo e condizionato da tre fattori: lipofilia, ionizzazione, peso molecolare. Soltanto sostanze lipofile e con peso molecolare ridotto avranno discreto accesso alla struttura retinica e spesso con concentrazioni tossiche a livello degli altri tessuti che devono peraltro essere mantenute per periodi lunghi di tempo. La somministrazione per via locale ha per scopo quello di ottenere concentrazioni elevate di farmaco a livello del tessuto retinico in assenza di una significativa ripartizione sistemica del farmaco. Può avvenire per via

- Topica
- Sotto-congiuntivale
- Iuxta-sclerale
- Intra-sclerale
- Sotto-retinica
- Intravitreale.

La somministrazione per via topica non risulta efficiente per la rapida eliminazione del principio attivo (8-10 minuti) e la scarsa penetrazione dei farmaci non lipofili e ad alto peso molecolare sia attraverso la cornea che l'epitelio congiuntivale con una biodisponibilità del farmaco a livello circolatorio comunque elevata rispetto alla dose instillata. La somministrazione sottoretinica è indubbiamente invasiva mentre importanti ai fini della somministrazione dei farmaci in questione sono la somministrazione intra-vitreale e iuxta sclerale. La somministrazione endovitreale consente il superamento della barriera ematoretinica. Peraltro è stato dimostrato che la membrana limitante interna costituisce un limite alla diffusione di molecole con peso molecolare superiore a 70 Kd. La emivita dei farmaci è generalmente molto ridotta anche per la eliminazione che avviene per via anteriore: l'emivita del ranibizumab nel vitreo è di 3 giorni (pegaptanib 94 h). Anche se la somministrazione intravitreale consente la riduzione della quantità di farmaco che viene introdotta in circolo è seppur vero che le dosi di anticorpo che raggiungono il circolo, soprattutto nel caso del bevacizumab, sono in grado di legare il 90% del VEGF plasmatici per un significativo numero di giorni. La somministrazione intravitreale costituisce una procedura invasiva che può determinare importanti e ben conosciute complicanze locali fino alla perdita dell'organo. La via di somministrazione iuxta-sclerale permetterebbe di evitare questo problema; questa alternativa offre alcuni vantaggi tra cui la vasta superficie accessibile, l'elevato grado di idratazione, scarsa cellularità ed un grado di permeabilità che non si riduce con l'invecchiamento. Diversi studi hanno peraltro dimostrato la possibilità di somministrazione transclerale di molecole con peso inferiore a 70 Kd. Appare comunque essenziale che sistemi di somministrazione a lento rilascio vengano introdotti al più presto. Questi dispositivi consentono di proteggere il farmaco da inattivazione metabolica e di direzionare il farmaco nel distretto biologico designato. I liposomi sono sistemi lipidici vescicolari di diametro tra 50 nm e pochi microns. Consentono l'incapsulamento sia di farmaci idrofili nella cavità sia di composti liofili nella membrana. I costituenti sono in genere fosfolipidi e di solito la fosfatidilcolina. Nanoparticelle: vengono definite come sistemi colloidali sub-micronici generalmente costituiti da polimeri. Si distinguono in nanocapsule e nanosfere. Lo scopo di questi sistemi è quello di ottimizzare l'effetto e la durata di azione dei farmaci diminuendone tossicità ed effetti collaterali.

TRATTAMENTO DELLE ALTRE NEOVASCOLARIZZAZIONI

G. Russo

Discussione circa le modalità di trattamento delle neovascolarizzazioni sottoretiniche in patologie caratterizzate da bassa incidenza e dall'assenza di dati derivanti da trials clinici controllati. Utilità delle nuove metodiche di terapia farmacologica endovitreale e/o di trattamenti combinati.

LA DIAGNOSI DELL'EDEMA MACULARE: INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

G. Fasolino, G. Bamonte, M. Centola, S. Russo

Per edema maculare, si intende l'eccessivo accumulo di liquido all'interno degli strati retinici maculari. È un comune quadro finale di diverse patologie oculari tra cui: la DMLE, la retinopatia diabetica, le occlusioni venose, la sindrome dell'interfaccia vitreo-retinica, le infiammazioni oculari e i tumori retinici e coroideali. La quantità di fluido normalmente presente nella retina è mantenuta grazie alla differenza di pressione osmotica e idrostatica fra la retina e il circostante apparato vascolare, garantita dalla presenza della barriera emato-retinica. La alterazione patologica di suddetta barriera permette al liquido di accumularsi all'interno degli strati retinici, con progressiva perdita cellulare, disorganizzazione delle cellule di Muller e formazione di spazi cistici all'interno della retina. Vari meccanismi sono stati proposti per spiegare questo fenomeno: dal rilascio di mediatori chimici nell'infiammazione e nella neoangiogenesi, al ruolo di fattori meccanici trattivi. Ad oggi la diagnosi dell'edema maculare è sia oftalmoscopica che strumentale. La fluorangiografia e l'OCT permettono infatti di definire l'edema in termini di spessore, volume e morfologia. Il trattamento varia ovviamente a seconda della eziopatogenesi, potendo avvalersi a seconda dei casi di farmaci topici e sistemici antiinfiammatori, di terapie laser, della fotodinamica e ultimamente dell'utilizzo di farmaci intravitreali.

TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE DIABETICO

V. Gasparri

Alla luce delle ultime acquisizioni sulla patogenesi dell'edema maculare diabetico verranno vagliate le terapie più appropriate. Si darà maggiore importanza a quelle basate sulle evidenze come quella fotocoagulativa, ma verranno presentate anche le più innovative quali la vitrectomia con peeling della membrana limitante interna, le iniezioni intravitreali con i nuovi farmaci antiangiogenici e con il triancinolone acetone; cercando di fornire all'auditorio un protocollo terapeutico adeguato.

abstract sessioni internazionali

TRATTAMENTO DEI TUMORI PRIMARI E DELLE METASTASI COROIDEALI

C. Mosci

I tumori oculari rappresentano una affezione gravemente invalidante per il paziente affetto in quanto associano alla patologia tumorale (maligna o benigna) anche la perdita parziale o totale della funzione visiva e/o dell'organo. Il tumore oculare più frequente è il melanoma maligno che presenta un particolare tropismo per le localizzazioni secondarie al fegato nei primi cinque dieci anni della malattia (98% dei casi la prima localizzazione metastatica). Pertanto il paziente affetto da melanoma maligno viene valutato dal punto di vista generale mediante ecotomografia epatica e test ematochimici di funzionalità epatica sia in fase di prima diagnosi che di follow up post trattamento. Le modalità terapeutiche più utilizzate sono quelle conservative dell'organo-occhio effettuate con la radioterapia ab esterno con protoni ovvero a contatto con placche radioattive di Rutenio (o Iodio); ad oggi peraltro anche l'enucleazione (asportazione in toto del bulbo oculare) viene ancora effettuata e rappresenta il 15% delle procedure terapeutiche. Altro tumore frequente è la metastasi coroideale, che nella femmina deriva dal cancro della mammella e nel maschio dal cancro del polmone. Nel 8% dei casi la localizzazione secondaria oculare rappresenta il primo segno di malattia sistemica (particolarmente vero per il carcinoma polmonare) ed in questo caso il paziente viene sottoposto a valutazione total body per la ricerca del tumore primitivo. Nel 15-20% il tumore primitivo non viene rilevato nei primi 6 mesi dalla diagnosi delle lesioni oculari. Il trattamento della metastasi viene concordato con l'oncologo medico e chirurgo e prevede la chemioterapia e/o la radioterapia conservativa della lesione o di tutta il segmento oculare interessato. Gli altri tumori oculari sono più rari, sono di natura benigna, ma spesso associati a sindromi generali invalidanti e/o mortali. Tra questi l'emangioma della coroide, tumore vascolare benigno che determina grave compromissione della funzione visiva, a volte associato nella sua forma cosiddetta diffusa alla Sindrome di Sturge Weber. Il trattamento di elezione per le forme localizzate è la radioterapia con protoni ovvero la terapia fotodinamica.

INTRAVITREALI IN Età PEDIATRICA

M. Fortunato, P. Vadalà

Nel nostro lavoro di oftalmologi pediatri abbiamo molte difficoltà nel praticare di routine iniezione intravitreali di farmaci nei bambini sia per difficoltà con il comitato bioetica sia per mancanza di protocolli specifici per questi pazienti e per finire per mancanza di consenso informato personalizzato. **Materiali e metodo:** abbiamo praticato in 4 anni 26 iniezioni intravitreali in contemporanea all'atto chirurgico di vitrectomia e solamente di Triancinolone, non avendo mai effettuato iniezione di altri farmaci antiangiogenici. A tutti i pazienti, di età compresa da pochi mesi di vita fino a 14 anni sottoposti a vitrectomia, alla fine dell'intervento veniva praticata iniezione di TNC. I pazienti selezionati avevano tutti gravissime patologie vitreo-retiniche e già sottoposte a varie terapie farmacologiche. L'80% dei pazienti era affetto da malattia di Coats, il resto dei pazienti era affetto da uveiti intermedie e posteriori. **Complicanze:** non ci sono stati casi eclatanti di ipertono sia perché i pazienti erano vitrectomizzati sia perché trattati nel postoperatorio con farmaci ipertonizzanti. Abbiamo tuttavia notato la presenza di TNC cristallizzato anche dopo 60 giorni dall'intervento in camera vitrea. Come ulteriore difficoltà è difficile monitorizzare la pressione oculare di tali pazienti se non durante successive narcosi. **Conclusioni:** nonostante le difficoltà precedentemente elencate l'uso di TNC intravitreale intraoperatorio ci ha notevolmente aiutato nel controllo di gravi patologie vitreoretiniche, nonostante alcune complicanze controllabili, le difficoltà burocratiche, le scarse casistiche presenti in letteratura. Abbiamo superato le difficoltà inerenti il consenso informato parlando e spiegando la gravità della patologia ai genitori del paziente ed ottenendone l'autorizzazione alla pratica terapeutica. Siamo in attesa di fornire ulteriori esperienze quando otterremo l'autorizzazione a praticare iniezioni intravitreali di farmaci antiangiogenici.

IL FUTURO: ALTRE TERAPIE (VEGF-TRAP, TIMP, ADPEDF ETC.)

V. Isola

La terapia farmacologica della degenerazione maculare essudativa ha fatto notevoli progressi soprattutto in relazione all'introduzione dei trattamenti anti-angiogenici che utilizzano anticorpi monoclonali e aptameri per inibire il VEGF nello spazio extravascolare e bloccare la crescita della neovascolarizzazione retinica e/o coroideale con un ottimo profilo di efficacia e tollerabilità locale e sistemica. Una messa a punto aggiornata sarà incentrata sull'analisi delle molecole anti-angiogeniche del futuro (VEGF-trap, anti-proteinasi, AdPEDF, Small interfering RNA (SiRNA)). Tra queste, il SiRNA intravitreale rappresenta una tecnologia di bioingegneria genetica molecolare altamente innovativa in quanto agisce bloccando la trascrizione del segnale genetico che codifica la biosintesi proteica del VEGF o del suo recettore nello spazio intracellulare. Il SiRNA - Bevasiranib, Cand5 - impedisce l'espressione di tutte le isoforme del VEGF mentre il SiRNA-027 blocca l'espressione del recettore VEGF-R1. Le sperimentazioni cliniche in fase II e III sono attualmente in corso di valutazione e i risultati preliminari dimostrano che è possibile prevenire la perdita della funzione visiva centrale conservando un buon profilo di efficacia e sicurezza nel follow-up a breve termine.

FARMACI INTRA-VITREALI E CODICI DRG

F. Urso

Gli Autori valutano i codici DRG riguardanti i farmaci intra-vitreali in atto sul mercato in territorio italiano e in uso nella pratica clinica in relazione alla diversità dei costi, in realtà diverse, variabili da regione a regione, sia sul piano della pratica ospedaliera che della pratica privata.

abstract sessioni internazionali

PEGAPTANIB PRE-VITRECTOMIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERANTE

F. Patelli, T. Rossi

Scopo: valutare l'efficacia del pegaptanib intravitreale pre-vitrectomia nell'indurre la regressione delle neovascolarizzazioni in occhi affetti da retinopatia diabetica proliferante. **Materiali & metodi:** 5 occhi di 5 pazienti affetti da retinopatia diabetica proliferante con trazione retinica sono stati trattati con iniezione intravitreale di pegaptanib 7 giorni prima della vitrectomia. Durante la vitrectomia sono state valutate la regressione delle neovascolarizzazioni e l'entità della trazione vitreoretinica rispetto al quadro oftalmoscopico pre-iniezione. È stata inoltre valutata l'aderenza vitreoretinica di tali trazioni durante il peeling. **Risultati:** l'utilizzo intravitreale di pegaptanib pre-operatorio in caso di retinopatia diabetica proliferante sembra avere un effetto parziale nella regressione delle neovascolarizzazioni, ma non si è notata un'agevolazione oggettivabile nelle manovre di peeling.

RTPA INTRAVITREALE NELLE EMORRAGIE SUBFOVEALI

G. Carlevaro

TPA è stato utilizzato sia con iniezione intravitreale sia con iniezione sottoretinica allo scopo di favorire la colliquazione e la dislocazione di emorragie retiniche subfoveali. L'iniezione era associata a vitrectomia pars plana e dislocazione dell'emorragia con perfluorocarbonato liquido od aria. È stato inoltre proposta l'iniezione intravitreale preoperatoria di TPA, seguita 12-24 ore dopo da vitrectomia e drenaggio dell'emorragia sottoretinica attraverso una retinotomia periferica con perfluorocarbonato e gas. Inoltre, per favorire la dislocazione di emorragia subfoveale, TPA intravitreale è stato utilizzato associato a dislocazione con bolla di gas ma senza vitrectomia.

SESSIONE 17

LOOK TO THE PAST. FYODOROV SPUTNIK IOL IMPLANTATION - 28 YEARS AFTER

M.G.J Izak (Slovak Republic)

Bighorst's concept of iris supported IOL implantation was followed by Fyodorov's Sputnik iris-clip IOL implantation. The author returns 28 years back to his first Sputnik IOL implantation after intracapsular cataract cryoextraction. Despite of some postoperative complications Fyodorov's Sputnik presents one very important step of implant surgery.

A VISCOLESS NEW PRELOADED INJECTOR

K. Shimizu (Japan)

An injector ("IJ") is used for the implantation of a foldable IOL. With presently available IJ, it is necessary to fill with viscoelastic in the posterior chamber as well as in the IJ in order to form the capsular bag and for smooth ejection of the folded IOL. The removal of viscoelastic following IOL implantation is essential since the residual viscoelastic can cause a postoperative pressure rise. Lately, a new viscoless preloaded IJ was developed, and realized the implantation of a foldable IOL with irrigating solution only. This IJ is a disposable preloaded IJ with a 3-piece silicone IOL already loaded in its plastic body. The IOL is ejected by advancing the plunger after filling the IJ chamber with irrigating solution. This IJ was used to implant an IOL without viscoelastic not only in the injector but also in the capsular bag. This new IJ is thought to be safe for IOL implantation without viscoelastic in the eye or IJ. Therefore, it is expected to improve the efficiency of the surgical time and avoid a risk of postoperative pressure rise caused from viscoelastic residuals. It will also reduce a cost performance.

STRATEGIES FOR THE DIFFICULT CAPSULORRHESIS

D.F. Chang (USA)

There are four general conditions that increase the risk of a radial capsulorhexis tear: poor visibility, eye movement, chamber shallowing, and increased capsular elasticity. These conditions may arise either because of the ocular anatomy, or because of poor surgical technique.

1) Poor visibility. A good red reflex is critical for optimal visualization of the capsule. Delayed recognition of a peripherally escaping tear may preclude any chance to redirect it in time. Ocular causes of a poor red reflex include tear film debris, decreased corneal clarity, small pupils, anterior cortical opacity (spokes), nuclear opacity (brunescence), and vitreous opacities such as asteroid hyalosis or hemorrhage. At the extreme, the red reflex is absent in mature white cataracts. With challenging cases, greater attention than usual must be paid to sharp focus, a clear tear film, and to an eye position which optimizes the red reflex. The microscope zoom should be increased if necessary. Capsular dye should be considered whenever difficulty with anterior capsule visualization is anticipated. It can even be applied even after the capsulorhexis has been initiated. This is because both dyes preferentially stain the capsule, but not the cortex. One way to reduce the need to manually wet the cornea during surgery is to coat it with viscoelastic in the following manner. One first smears a few dabs or streaks of a dispersive viscoelastic, such as Viscoat (Alcon), or Amvisc Plus or Occucoat (B&L), onto the corneal surface. Adding several drops of balanced salt solution (BSS) will create an even, but viscous wetting layer that will resist evaporation and provide superb clarity. Enlarging small pupils improves the red reflex and provides enough working space for an adequately sized capsulotomy. When using disposable iris retractors, the diamond pattern described by Oetting and Omphroy¹¹ provides maximal exposure and prevents the iris from being tented up in front of the forceps.

2) Eye movement. Performing the capsulorrhesis requires good fixation and cooperation on the part of the patient. Sudden, unanticipated head or eye movement may result in a peripheral radial tear. A regional anesthetic block may be indicated for patients who are unable to cooperate and fixate well (e.g. nystagmus).

3) Anterior chamber (AC) shallowing. The natural anterior convexity of the lens tends to steer any tear toward the periphery. The shallower the chamber, the more convex the anterior capsule becomes, and the more the tear tends to run radially "downhill". The direction of the tear is best controlled if the anterior capsule surface is flat. A shallow anterior chamber may be the natural result of a small globe, narrow angles, or an intumescent lens. An unexpectedly shallow chamber despite a normal axial length may be the result of severe zonular laxity. The most common cause of anterior capsule convexity is intraoperative shallowing of the anterior chamber due to egress of fluid or viscoelastic through the wound. Excessive instrument pressure on the posterior incision lip will burp out fluid through a momentary wound gape. The capsulotomy step should be interrupted to refill the anterior chamber with viscoelastic. Because they create more of a mass effect, cohesive viscoelastics are better able to flatten the anterior capsule convexity than dispersive agents. However, dispersives better resist being burped out through the incision. Steve Arshinoff's soft shell technique combines the complementary properties of each by placing the cohesive agent directly over the anterior capsule, and blocking the incision with the dispersive viscoelastic^[2,3]. Rarely, eyes present with nearly flat anterior chambers that cannot be adequately deepened with viscoelastic. The chamber volume is so small that iris prolapse or excessive intraocular pressure will prevent injection of sufficient viscoelastic. This not only makes the capsulorrhesis difficult, but also may not provide enough working room to mechanically stretch or enlarge the pupil. This also increases the proximity of the phaco tip to the endothelium during nuclear emulsification. In such cases, an automated pars plana vitreous tap may be necessary to achieve a sufficiently deep anterior chamber^[4].

4) Capsular elasticity and pseudo elasticity. The more elastic a material is, the more difficult it is to control how it tears. As an example, latex is more difficult to tear than paper. As one attempts to tear an elastic material, it first stretches before abruptly splitting. Because of the rebound energy, the resulting tear is overly rapid and tends to slingshot away from, rather than toward the grasping instrument. Because pediatric anterior capsules are very thin and elastic, the flap tends to spiral outward, and is very difficult to control. Similarly, the adult posterior capsule has less tensile strength, and is thinner and more elastic than the anterior capsule. It behaves more like the pediatric anterior capsule, and accomplishing a posterior capsulorrhesis is more challenging because of this. Lacking sufficient circumferential tension, a capsule that is not taut will also exhibit elastic properties. As one pulls on the anterior capsule flap, the peripheral capsule must be immobile in order to be able to control the direction of the tear. While this will be the case if the zonules are intact, weak zonules give rise to a condition that this author calls "pseudoelasticity." In this case, the anterior capsule is of normal thickness, but behaves as though it is more lax and pliant because of insufficient zonular traction. Because the peripheral capsule will move along with, and in the same direction that the flap is being pulled, the tear is difficult to control, and will tend to slingshot radially. In difficult cases, the capsulorrhesis steps should be performed at a slower rate than with normal. In addition to using capsule forceps to re-grasp it more frequently, the flap may need to be pulled centrally along a more radial vector, rather than tangentially. If a tear is veering peripherally, Brian Little's technique of backward traction on the capsule flap is a wonderful strategy for rescuing it^[5]. Opinions differ with respect to the target diameter of the capsulorrhesis in eyes with loose zonules. Obviously, a larger diameter capsulorrhesis will make nuclear and cortical removal much easier. However, because of the pseudo elasticity, attempting a large diameter capsulorrhesis is particularly risky in these eyes. The more peripherally the tear advances, the more it wants to veer radially outward if the zonules are weak. This author recommends aiming for a smaller diameter capsulorrhesis in the presence of significant zonular laxity. Successful completion is the priority, rather than size. A smaller capsulorrhesis increases the margin for error by allowing more opportunity to recognize and rescue a peripherally escaping tear. The capsulorrhesis can be secondarily enlarged after the IOL and capsular tension ring have been safely implanted, as discussed below.

Torn capsulorrhesis. By employing the above principles, many tears that are starting to escape peripherally can be rescued. If not, it may be possible to use capsule scissors to create a new flap that can be torn in the opposite direction. To avoid a radial discontinuity, the goal is for the second tear to encompass and pass peripherally around the first before connecting. Another option is to use scissors or a needle to make a second or third radial cut in the capsulorrhesis edge. The cuts should be made equidistant from each other. Although the ability to trap both haptics in the bag will be impaired, these capsulorrhesis relaxing incisions will redistribute surgical forces to multiple points. This significantly raises the threshold of force required to extend a capsulorrhesis tear into the posterior capsule. Finally, one could completely disrupt the remaining capsulorrhesis edge by converting to a can-opener capsulotomy. It is important to assure that several cystotome punctures result in radial tears that extend peripherally enough so that a true relaxing cut has been achieved.

Secondary capsulorrhesis enlargement. Whether making the capsulorrhesis small was inadvertent or intentional, it should be secondarily enlarged - particularly in the presence of weak zonules, uveitis, or silicone IOLs. Long Vannas capsule scissors (Katena) are used to incise the capsulorrhesis edge off to one side. The cut should be oblique, rather than radial, to better incline the resulting flap to tear in a circumferential direction. The flap is then grasped and maneuvered with capsule forceps under a generous amount of viscoelastic. The safest time to enlarge the capsulorrhesis is after insertion of the IOL. This is true regardless of whether a capsular tension ring is inserted as well. With no nucleus, the red reflex is improved and there is no convexity to the anterior capsule. Like a partial capsular tension ring, stiff PMMA haptics exert outward pressure against the capsular fornices. This is important for capsular pseudo elasticity from weak zonules, because the tear is easier to control if the anterior capsule is taut. The optic serves as a convenient template to guide the sizing of the capsulorrhesis. Finally, the risks posed by an errant tear are now mini-

abstract sessioni internazionali

mized because the most forceful surgical steps have been completed. In conclusion, achieving an intact capsulorrhexis is crucial to the safety of the cataract procedure. To increase the odds of success, one should make the diameter smaller when difficulty is encountered. Given the longer-term importance of having a properly sized capsular opening, one should enlarge a small capsulorrhexis following IOL insertion when the surgical conditions are more favorable.

References

1. Oetting TA, Omphroy LC. Modified technique using flexible iris retractors in clear corneal surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2002; 28:596-598.
2. Arhsoff SA. Dispersive-cohesive viscoelastic soft shell technique. *J Cataract Refract Surg.* 1999; 25:167-173.
3. Arhsoff SA. Using BSS with viscoadaptives in the ultimate soft-shell technique. *J Cataract Refract Surg.* 2002; 28:1509-1514.
4. Chang DF. Pars Plana Vitreous Tap for Phaco in the Crowded Eye. *J Cataract Refract Surg.* 2001; 27:1911-1914.
5. Little BC, Smith JH, Packer M. Little capsulorrhexis tear-out rescue. *J Cataract Refract Surg.* 2006; 32:1420-1422.

"VASELINE VISION DYSPHOTOPSIA" AND EXPLANATION OF THE RESTOR AND REZOOM MULTIFOCAL IMPLANTS

F.A. Bucci (USA)

Purpose: to report the incidence of explantation with the ReSTOR (RS) and ReZoom (RZ) multifocal IOLs and characterize the syndrome of "Vaseline Vision Dysphotopsia" (VVD). **Methods:** 530 eyes (56% ref. lensectomy/44% cataract) were implanted (RS-300, RZ-285) during a 21 month period (6/1/05–3/1/07). A retrospective study examining the incidence, profile, and rate of explantation of patients experiencing VVD was completed. The symptom terminology most commonly used by pts with VVD includes "vaseline vision", "waxy vision", "shadowy vision", "3-D vision", "filmy vision", "hazy vision", "hologram vision", and "dirty lens vision". **Results:** The incidence of severe VVD for the RS eyes was 3.66% (13/300) and for the RZ lens was 0.0% (0/285). The incidence of explantation for the RS was 2.33% (9/300) and for the RZ it was 0.0% (0/230). The mean time between implantation and explantation was 9.14 mos (range 6-13 mos). Eight RS IOLs successfully underwent "in the bag" exchange with 5 RZ and three monofocal IOLs. The seventh exchange was a RZ in the sulcus exchange with a vitrectomy s/p YAG capsulotomy. Despite temporarily increasing their residual refractive error, all patients reported complete relief of their severe "VVD" symptoms. Pre-explant, 8/9 patients had AK and all patients achieved excellent Snellen acuity with minimal residual refractive error. Factors not correlating with VVD explantation include pre op refractive error (5 myopia/4 hyperopia), procedure type (5 RL, 4 cataract), mesopic pupil size ($5/9 \leq 5$ mm, $4/9 \geq 6$ mm) and opposite eye status (6 pseudophakic, 3 phakic). Seventeen of 55 bilateral RS/RS pts complained of severe intermediate vision problems. None of the pts undergoing explantation were in the intermediate complaint group. **Conclusions:** 1) Severe VVD is a debilitating visual syndrome which occurred in 3.66% of RS eyes and 0% of RZ eyes. 2) Despite excellent acuities at distance and near and 9 mos of neuroadaptation, explantation was required to relieve symptoms in most cases of VVD. 3) All cases undergoing explantation achieved rapid relief of symptoms despite temporary increases in residual refractive errors. 4) Explantation was easily achieved after many months. 5) "In the bag" IOL exchange was achieved in all (8/9) non-YAG eyes. 6) No explanations were required in 230 RZ eyes. 7) 31% of RS/RS pts had spontaneous intermediate visual complaints, but none of these pts had severe VVD requiring explantation.

LIGHT ADJUSTABLE LENS: ONE YEAR CLINICAL RESULTS

J.L. Güell (Spain)

Purpose: to analyze the surgical characteristics and clinical behaviour of a new foldable "iris-claw" style Intraocular lens (IOL) for the correction of aphakia. **Methods:** single case report and review of the published literature. **Results:** a 24 ys. Old man had a traumatic perforation of the left eye in May 1989. After several surgeries in March 2002 in front of a quite eye with 1850 cells/mm² mean central endothelial cell density (MCECD), a secondary Artiflex +18.00D was uneventfully implanted. Twelve months after the surgery the patient had a uncorrected visual acuity (UCVA) of 20/100 and with 15°-2.00-2.50 it was 20/20 and a MCECD of 1910 cells/mm². **Conclusion:** the advantages of the "iris-claw" style IOL together with the small incision needed for the implantation of the foldable Artiflex looks very promising. We will present our results in Barcelona.

MANAGING INTRAOPERATIVE FLOPPY IRIS SYNDROME

D.F. Chang (USA)

Intraoperative floppy iris syndrome (IFIS) is most commonly associated with tamsulosin (Flomax). A triad of intraoperative signs—iris billowing and floppiness, iris prolapse to the main and side incisions, and progressive miosis—characterize IFIS^[1]. While other systemic alpha-1 blockers such as doxazosin (Cardura, Pfizer, Inc, New York, NY), terazosin (Hytrin), and alfuzosin (Uroxatral, sanofi-aventis, Bridgewater, NJ) can also cause IFIS, the frequency and severity of IFIS is much less when compared with tamsulosin. This difference probably reflects the stronger affinity and specificity of tamsulosin for the alpha-1A receptor subtype that predominates in both the prostate and the iris dilator muscle^[2,3]. Because there is significant variability in IFIS severity between different patients, and even between both eyes of the same patient, it is difficult to conclude whether one management technique is superior to another. In fact, the varied IFIS strategies discussed below are often complimentary and surgeons should gain experience with several approaches. We can categorize IFIS as being mild (good dilation; some iris billowing without prolapse or constriction), moderate (iris billowing without prolapse, but with constriction of a moderately dilated pupil), or severe (classic triad and poor preoperative dilation). In one prospective study of 167 eyes in patients taking tamsulosin, the distribution of IFIS severe

abstract sessioni internazionali

rity using this scale was as follows: 10% no IFIS, 17% mild, 30% moderate, and 43% severe^[3]. Several adjunctive pharmacologic approaches to managing IFIS have been proposed.^[2,4] Stopping tamsulosin preoperatively is of unpredictable and questionable value as there are many documented cases of IFIS occurring up to several years following drug cessation. Preoperative atropine drops (eg, 1% three times a day for 1 to 2 days preoperatively) will maximize cycloplegia. However, this strategy alone is often ineffective for moderate to severe IFIS. If preoperative atropine is used, stopping tamsulosin could cause acute urinary retention. Direct intracameral injection of alpha agonists such as phenylephrine and epinephrine can further dilate the pupil and restore iris rigidity by increasing iris dilator smooth muscle tone^[4]. Even if the pupil does not dilate further, these agents may prevent iris billowing and prolapse. One should avoid preserved solutions and use a diluted mixture (eg, 1:1000 bisulfite-free epinephrine [American Regent] mixed 1:3 with balanced salt solution [BSS] or BSS+) in order to buffer the pH. As for general surgical principles, be attentive to proper incision construction, perform hydrodissection more gently and slowly than usual, and use lower irrigation and aspiration flow parameters if possible. Partial thickness sphincterotomies and mechanical pupil stretching are ineffective for IFIS and may exacerbate the prolapse and miosis. Bimanual microincisional cataract surgery may be helpful, particularly for mild to moderate IFIS. In addition to permitting tighter incisions, the irrigation currents can be more easily isolated within the anterior chamber, resulting in less billowing and prolapse of the iris. Of all the ophthalmic viscosurgical devices, Healon 5 has particular utility in these cases^[5]. Its maximally cohesive properties are ideal for viscomydriasis and for blocking iris prolapse. Unlike classic cohesive agents, however, Healon 5 will not be immediately evacuated at lower flow and vacuum rates (eg, < 175 to 200 mmHg; < 26 mL/min). As Healon 5 is aspirated, supplemental reinjections become necessary. This strategy is less suitable if high vacuum settings are desired for denser nuclei. Injecting Healon 5 peripherally over the iris and then filling the central chamber with a dispersive agent, such as Viscoat, creates a Healon 5 "donut." The latter will better resist aspiration and delay the evacuation of Healon 5. Disposable pupil expansion rings are costly but 100% effective. Both the Morcher 5S Pupil Ring and the Milvella Perfect Pupil are grooved polymethylmethacrylate (PMMA) rings that are threaded alongside the pupillary margin using metal injectors. A disposable plastic injector is used to insert Eagle Vision's Graether silicone pupil expansion ring. All of these rings are more difficult to position if the pupil is less than 4 mm wide or if the anterior chamber is shallow. Iris retractors are another 100% reliable strategy for pupil expansion with IFIS. One-mm limbal paracenteses are made in each quadrant, including a separate stab incision made just posterior to the temporal clear corneal incision. Placement of the hooks in this diamond configuration has several significant advantages^[6]. The subincisional hook retracts the iris downward and out of the path of the phaco tip. This maximizes exposure in front of the phaco tip while the nasal hook facilitates chopper placement. If the pupil is fibrotic, such as with chronic pilocarpine use or longstanding posterior synechiae, overstretching it with iris retractors can cause bleeding, sphincter tears, and permanent mydriasis. This usually does not occur with the IFIS pupil, which is so elastic that it readily springs back to physiologic size despite being maximally stretched. I prefer reusable 4-0 polypropylene retractors (Katena, FCI) to 6-0 nylon disposable retractors (Alcon). Being of the same size and stiffness as an IOL haptic, the former are more easily manipulated and can be repeatedly autoclaved, making them very cost effective to use. It is much easier and safer to insert iris retractors and pupil expansion rings prior to capsulorrhexis initiation. If the pupil dilates very poorly or billows during injection of intracameral lidocaine, one should anticipate severe IFIS and consider using these mechanical devices. Often, however, the pupil dilates reasonably well, and it is not until after hydrodissection or during phaco that the prolapse and miosis occur. Healon 5 and intracameral epinephrine are excellent "rescue" techniques in this situation where it is difficult to see the capsulorrhexis edge. If one chooses to insert iris retractors at this point, it is useful to retract the pupil margin with a second instrument to avoid snagging the capsulorrhexis margin with the retractors. Eliciting a history of alpha-blocker use allows surgeons to anticipate IFIS and to employ these varied strategies either alone or in combination. The previously mentioned prospective, multicenter trial using these techniques in 167 consecutive eyes from patients on tamsulosin demonstrated excellent outcomes and only a 0.6% posterior capsular rupture rate^[3]. Understanding the variability in IFIS severity associated with tamsulosin and other alpha-1 blockers and being proficient with multiple approaches allow surgeons to use a staged approach in dealing with this condition.^[4] Pharmacologic measures alone are usually adequate for mild to moderate IFIS cases. Whether they expand the pupil or not, intracameral epinephrine and phenylephrine usually reduce iris billowing and prolapse by increasing iris dilator muscle tone. If the pupil diameter is still suboptimal, Healon 5 can further expand it for the capsulorrhexis or phaco. Finally, mechanical expansion devices provide reliable and optimal surgical exposure for severe IFIS and should be considered when other surgical risk factors (eg dense nuclei, weak zonules) are present.

References

1. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin (Flomax). *J Cataract Refract Surg.* 2005;31:664-673.
2. Chang DF. Chapter 10: Intraoperative floppy iris syndrome. In: Agarwal A, ed. *Phaco Nightmares: Conquering Cataract Catastrophes*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2006.
3. Chang DF, Osher RH, Wang L, Koch DD. A prospective multicenter evaluation of cataract surgery in patients taking tamsulosin (Flomax). *Ophthalmology* 2007;114. In press.
4. Manvikar S, Allen D. Cataract surgery management in patients taking tamsulosin. *J Cataract Refract Surg.* 2006;32:1611-1614.
5. Arshinoff SA. Modified SST-USST for tamsulosin-associated intraocular floppy iris syndrome. *J Cataract Refract Surg.* 2006;32:559-561.
6. Oetting TA, Omphroy LC. Modified technique using flexible iris retractors in clear corneal surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2002;28:596-598.

I wish to acknowledge those who, to my knowledge, were the earliest proponents of the IFIS strategies mentioned in this handout: Sam Masket (atropine), Richard Pockard and David Allen (intracameral phenylephrine), Joel Shugar (intracameral epinephrine), Bob Osher and Doug Koch (Healon 5), Steve Arshinoff (Healon 5 "soft shell" [Viscoat peripheral + H5 central]), Wendell Scott (Healon 5 "donut" [H5 peripheral + Viscoat central]).

abstract sessioni internazionali

CATARACT SURGERY, BLUE LIGHT AND GOOD HEALTH

M.A. Mainster (USA)

Purpose: blue-light sensitive retinal ganglion cells synchronize the human body's master biological clock in suprachiasmatic nuclei to environmental day-night cycles, assuring the proper hormonal and physiologic diurnal rhythms that are essential for good health. This study examines how intraocular lens (IOL) chromophores affect circadian photoentrainment. **Methods:** melatonin is an important hormone in circadian rhythmicity, conveying timing information from the hypothalamus that helps synchronize peripheral clocks throughout the human body. The effect of IOL chromophores on circadian photoentrainment can be calculated from data on (1) their spectral transmittance, (2) the spectral efficiency of melatonin suppression, and (3) the age-related decrease in pupil diameter. Melatonin suppression spectral efficiency peaks in the blue part of the spectrum at 460 nm. This blue light dependence arises because retinal ganglion photoreceptors express the blue light sensitive photopigment melanopsin. **Results:** relative to a UV blocking IOL, melatonin suppression efficiency is decreased 27% by a 20D Hoya AF-1 or AcrySof Natural IOL and 38% by a 30D AcrySof Natural IOL. Relative to their performance with crystalline lenses, a 75 year old pseudophake has the age-adjusted circadian photoreception of a 31 year old with a 20D AMO acrylic Tecnis IOL, a 52 year old with a 20D AcrySof Natural, and a 57 year old with a 30D AcrySof Natural IOL. **Conclusions:** retinal ganglion photoreception is an important consideration in cataract surgery which can help compensate for the adverse effects of age-related pupillary miosis, natural crystalline lens yellowing, and daily light exposure that is sub-optimal in intensity, duration or spectrum. Health care risks are correlated with both the degree and duration of circadian disruption. Older adults receive only a tenth of the effective retinal light exposure of younger ones, less light is the likely cause of decreased melatonin suppression in older adults, and some elderly sedentary lifestyles offer only half the total daily luminance of young adults. Numerous clinical studies have shown the risks of disturbed circadian photoentrainment and the benefits of optimal rhythmicity. Light therapy can reduce insomnia and return peak nocturnal melatonin levels of older adults to youthful levels. Cataract surgery has also been shown to decrease insomnia and daytime sleepiness. Improved retinal ganglion photoreception may extend the benefits of cataract surgery beyond better vision to improved health and increased longevity.

MIXING AND MATCHING WITH MULTIFOCAL IOLs: HOW TO SELECT THE RIGHT PATIENT?

M.C. Knorz (Germany)

Multifocal IOLs are designed to provide spectacle independence to our patients. There are basically two optical designs used: diffractive and refractive multifocal IOLs. With some simplification, diffractive designs such as the Tecnis multifocal IOL (AMO Inc.) provide good distance and near vision but somewhat less intermediate vision. Refractive designs such as the ReZoom IOL (AMO Inc.) provide excellent distance and good intermediate vision while near vision is still useful but not perfect. Due to the different properties of the multifocal IOLs, the use of the respective IOL should vary depending on the patients visual needs. With some simplifications again, three groups of patients can be identified:

1. patients with predominantly distance vision tasks: these patients should receive a distance-dominant multifocal IOL such as the ReZoom in both eyes;
2. patients who require excellent distance vision, good intermediate (laptop !) and good reading vision: this is the largest group of patients. They should receive a refractive multifocal IOL (e.g., the ReZoom IOL) in the dominant eye and a diffractive multifocal IOL (e.g., the Tecnis multifocal IOL) in the non-dominant eye. This is the most common group of patients, and the "mix-and-match" of the different multifocal IOLs will provide the greatest degree of spectacle independence;
3. patients with predominantly near vision tasks: these patients should receive a diffractive multifocal IOL (e.g., the Tecnis multifocal IOL) in both eyes. Their near vision will be perfect in any lighting condition, while distance vision is still good, but intermediate vision (laptop !) is somewhat reduced.

In summary, the different multifocal IOLs available today provide unique features to every patients need. Careful patient selection is crucial to achieve perfect results.

QUALITY OF LIFE EVALUATION WITH REFRACTIVE IOL IMPLANTATION (RESTOR)

E. Leite, E. Cardoso, L. Cristóvão (Portugal)

The aim/purpose of the study was analysing clinical results and the degree of patient satisfaction after implantation of pseudoaccommodating IOL Acrysoft Restor. A group of 58 patients (116 eyes) was submitted to cataract phacoemulsification with implantation of Acrysoft Restor SA603D. All patients underwent standard pre-operative examination with IOL biometry, psychological and patient satisfaction questionnaire evaluation. All the standard examination mentioned in pre-operative evaluation was repeated at 3, 6 and 12 months. A group of 30 patients (60 eyes) were used as standard control groups. All the procedures were similar in both groups. The only difference between those groups was the IOL type implanted in the control group, which were a monofocal IOL. The following characteristics, sex, age, visual acuity and pathology of both groups are presented and compared. The results of both groups at 1 month, 6 and 12 months are presented, compared and discussed. The results of the following outcomes are summarized, visual acuity (M0, M1, M3, M12), V.F. 14 and SLC-90 outcomes and patients evaluation. A summarized conclusion suggests that this diffractive IOL solves the problem of far and reading vision without the need of any type of glasses. At this level of expectations, the patients satisfaction was high, however several complains are presented. Patient's psychological profiles are outlined throughout the study with changes in several parameters. The confirmation of patient's selection is emphasized.

abstract sessioni internazionali

SESSIONE 18

ACRYLIC IOL OPACIFICATION

M.G.J Izak (Slovak Republic), L. Werner (USA), K. Kamae (USA), N. Mamalis (USA), A. Izak-Cizmar (Slovak Republic)

Method: during the last 5 years 6 opacified acrylic PC IOL (5 hydrophilic and 1 hydrophobic) have been discovered. 4 of them were explanted and 3 of them were replaced by PMMA PC IOL. **Result:** all explanted lenses were sent to D. Apple Storm Eye Institute MUSC, Charleston, S.C., later to Jahn A. Moran Eye Center, Salt Lake City, UT. for examination. Gross and microscopic analysis, scanning electron microscopy and energy dispersive X-ray spectroscopy were performed. Analysis confirmed presence of phosphate and calcium deposits. **Conclusion:** the patients with hydrophilic acrylic as well as hydrophobic acrylic IOLs should be monitored for a long time because of possible IOL opacification.

OUTCOMES OF INTRALASE FEMTOSECOND LASER-ASSISTED PENETRATING KERATOPLASTY

S.M Daya, S. Khan, S. Hamada, M. Espinosa (UK)

Purpose: to study the visual and refractive outcomes of femtosecond laser-assisted penetrating keratoplasty performed using the Intralase laser (Intralase, Irvine, Ca, USA). **Methods:** prospective interventional non-comparative study of 5 patients (Fuch's endothelial dystrophy (n=2), pseudophakic bullous keratopathy (n=1) and keratoconus (n=2) undergoing penetrating keratoplasty. The Intralase femtosecond laser was used to cut both the donor and recipient corneas with a complimentary zig-zag edge profile in 1 case and zig-square edge profile in 4 cases. Donor creation was performed on an artificial anterior chamber. A variety of interrupted and/or continuous 10/0 nylon sutures patterns were used. Clinical findings, changes in UCVA, BSCVA, refraction, keratometry, and endothelial cell counts were evaluated. **Results:** matched zig-zag or zig-square profile cuts were successfully performed in all 5 donor and recipient corneas. All eyes demonstrated rapid epithelialisation and excellent early graft-host apposition and healing. At 1 month post operatively, all patients achieved a BSCVA of 20/60 or better with a mean spherical equivalent of -3.13D (SD=4.44). Mean astigmatism was 4.75D (SD 2.06) and mean endothelial counts were 2142 (SD 513.7) compared to 3000 (SD 81.7) preoperatively. Six and 9 month follow up data will be provided. **Conclusion:** the use of the Intralase FS laser enables precise, customized donor and recipient cut profiles. Early results demonstrate good graft host apposition and low astigmatism with faster healing and better early visual outcomes.

THIN-FLAP LASIK: HOW THIN SHOULD WE GO?

M.C. Knorz (Germany)

In the early days of LASIK, thin flaps were used. Consecutively, a number of complications such as flap folds and irregularities were seen. We then started to use thicker flaps, and flap-related complications became very infrequent. During the last two years, we see a revival of the thin flap, driven by the intention to preserve stroma either to perform higher corrections, or out of safety concerns, e.g., to avoid keratectasia. The higher precision of laser keratomes such as the IntraLase have enabled us to consistently cut flaps as thin as 90 to 100 μm . This presentation will try to answer the question: How thin should we go? A thin flap will have less biomechanical effect, will weaken the cornea less, and will leave more stroma for ablation. A thick flap will be more stable, showing less tendency to form folds or microfolds. Theoretically, a flap could be as thin as 70-80 μm in order to include the epithelium (50-60 μm) and Bowman's layer (10 μm). Practically, because of the standard deviation of microkeratomes and variability in epithelial thickness, a flap thickness of about 100 μm seems to be a good compromise. For our purposes, we must therefore compare results with flaps of 100 μm to those with "standard" flaps of about 130-140 μm . In the literature, no prospective comparative studies on these thin versus thick flaps can be found. There are a few retrospective studies which conclude that thin flaps (around 100 μm) are at least as good as thicker flaps and may even provide higher quality of vision. We intrasubjectively compared 90 μm flaps in one eye and 120 μm flaps in the fellow eye of 35 patients using the IntraLase FS60 femtosecond laser (AMO Inc., Santa Ana, CA). We did not find any significant difference of visual acuity, refraction nor any complications such as flap folds. Based on these results and on above theoretical considerations it seems advisable to use flaps as thin as 100 μm . Because of its high precision and the uniformly planar cut, the use of a femtosecond laser seems mandatory in thin flaps. As thin flaps are less stable, there is a higher risk of flap folds whenever flaps are overstretched. When using a femtosecond laser, the energy should therefore be set to achieve easy flap separation. In conclusion, "Thin-Flap LASIK" seems to have advantages over "standard" flap thickness. Thin flaps should be around 100 μm , and must be handled carefully to avoid overstretching.

KERATECTASIA FOLLOWING SURFACE ABLATION

Sheraz M. Daya, O.J. Hakim, M. Espinosa-Lagana, O. Giledi (UK)

Purpose: evaluate the development of keratectasia, and prior corneal topographical conditions, following keratorefractive surface ablation procedures. **Methods:** eight eyes of four patients who developed keratectasia after undergoing bilateral keratorefractive surface ablation for myopia were retrospectively reviewed and prospectively followed. **Results:** All eyes, with available preoperative corneal topographic analysis (n=6), had preoperative evidence of forme fruste keratoconus. Average preoperative corneal pachymetry was 519 (SD 24) microns and average keratometry ranged from 43.0 to 47.8 (mean 45.1, SD 2.3) dioptres. Patients presented to this unit from four months to nine years (mean 2.7 year, SD 3.7) following bilateral keratorefractive surface ablation for myopic correction. Corneal ablation depths ranged from 25 to 167 (mean 100, SD 56) microns. Seven of the 8 eyes developed frank keratectasia, while the other one eye developed further progression of the corneal topographical abnormality. Three of 8 eyes eventual-

abstract sessioni internazionali

ly underwent implantation of Intacs intracorneal ring segments. **Conclusion:** surface ablation keratorefractive procedures in patients with pre-existing corneal topographical abnormalities, even for low amounts of myopia, are at risk of developing keratectasia.

NEAR AND INTERMEDIATE VISUAL OUTCOMES IN DIFFRACTIVE/DIFFRACTIVE VS. REFRACTIVE/DIFFRACTIVE MULTIFOCAL LENS COMBINATIONS

F.A. Bucci (USA)

To report long term follow up of near and intermediate visual function in bilateral cataract and refractive lensectomy (RL) patients receiving either ReZoom/ReSTOR or ReSTOR/ReSTOR multifocal IOLs. 55 pts received bilateral ReSTOR (RS) lenses (mean f/u=21 mos). Subsequently, 126 patients received the ReZoom (RZ) lens in the dominant eye and the RS lens in the non dominant eye (mean f/u=16 mos). Data is complete and will be reported on 126 patients with a mean follow up of 16 months. Unilateral and bilateral Jaeger near vision was measured at the patient's best focal distance. Unilateral and bilateral intermediate vision was measured at patient's arms length. The incidence of subjective near and intermediate visual complaints was recorded. A statistically significant difference ($p=.0001$) was detected when comparing bilateral intermediate vision (RS/RS=J 3.81 vs. RZ/RS=J 2.39). No significant difference was observed at near with bilateral RS/RS=J 1.00 vs. RZ/RS=J 1.07. The comparison of unilateral RZ vs. RS eyes ($n=126$) revealed a significant difference ($p=.0001$) for intermediate vision (RZ=J 3.10 vs. RS=J 4.30), but no significant difference at near (RZ=J 1.97 vs. RS=J 1.71). Seventeen of 55 patients (30.9%) with RS/RS volunteered complaints regarding intermediate vision. None of the 126 pts (0%) with RZ/RS volunteered complaints regarding intermediate vision. In cohort I (RS/RS), 74% (13/17) of the intermediate complaints were those receiving refractive lensectomies. 84.6% (11/13) of these RL patients were < 60 y.o. age. In the RZ/RS cohort, 64 of 126 patients (47%) were refractive lensectomy patients with a mean age of 55 years and no voluntary intermediate visual complaints were observed. In the RS/RS group 71% of all patients were \geq J4 at intermediate, while in the RZ/RS group only 21% \geq J4. 1) The objective bilateral intermediate visual function of the RS/RS cohort (J 3.81) was significantly less than ($p=.0001$) the RZ/RS cohort (J 2.39). No significant differences between the cohorts were observed for bilateral near vision. 2) Overwhelmingly greater subjective voluntary intermediate visual complaints 17/55 (30.9%) were observed in RS/RS vs. RZ/RS (0/126). 3) In the RS/RS cohort, 13/17 (73.3%) of the intermediate complaints were in RL patients, and 11/13 (84.6%) of these RL pts were \leq 60 y.o. age. 4) When implanting bilateral multifocal implants, the combination of RZ/RS appears to effectively mitigate voluntary intermediate vision complaints that were previously observed in RS/RS patients. 5) The relative risk of intermediate visual complaints in patients receiving bilateral ReSTOR lenses appears to increase with decreasing age, and is greatest in RL patients < 60 y.o.

CLINICAL EVALUATION OF A NEW ONE-PIECE HYDROPHOBIC ACRYLIC MONOFOCAL INTRAOCULAR LENS

D. Nixon (Canada)

Purpose: evaluate the safety and efficacy of the SENSAR® one-piece investigational lens in patients undergoing cataract removal and IOL implantation. The one-piece, hydrophobic acrylic, monofocal IOL is a modification to the original three-piece SENSAR® acrylic IOL and has been designed to minimize PCO development and increase ease of implantation. **Methods:** multicenter, unilateral, open-label, evaluation of 123 patients. All patients were followed for 1-year postoperatively for visual acuity, occurrence of optical/visual symptoms (e.g. halos, glare), incidence of postoperative complications and adverse events. The FDA Grid for posterior chamber IOLs was used as a historical control. All patients have completed 4-6 Months postop to date and are included in this interim analysis. **Results:** at 4-6 months, 99.2% of all subjects achieved BCDVA of 20/40 or better vs. 92.5% of the control group. Moreover, 83.5% of all subjects and 84.2% of best case subjects achieved BCDVA of 20/20 or better. No lens complications have been reported to date. **Conclusions:** the new SENSAR® one-piece is safe and effective for patients undergoing IOL implantation.

REFRACTIVE SURGERY FOR IRREGULAR CORNEA

K. Ditzen (Germany)

Purpose: corneal irregularities – e.c. decentrations, irregular astigmatism will be treated in an enhancement, calculated with the new CRS-Master (Carl-Zeiss-Meditec). **Method:** in an one step procedure several cases were done as a secondary or fourth procedures after primary LASIK procedures. **Results:** 2/3 of all enhancements (8 cases) had good results: gain of 1-2 lines in BSCVA and UCVA, better stability and predictability were seen. The quality of vision (ghost images, blurring, double-vision) were reduced. **Conclusion:** corneal irregularities could successful treated in 2/3 of all enhancements with the CRS-Master, supported by MEL 80 (Carl-Zeiss-Meditec).

LASIK IN PRESBYOPIA

K. Ditzen (Germany)

Purpose: multifocal ablation is done for presbyopic LASIK. **Method:** central near with peripheral distance ablation with creation of a negative spherical ablation. Superimposition of a standard correction profile with an increased Z (4,0). **Results:** design of refraction vs. pupil diametere shows a miosis with bright light refraction (small hyperopia). **Conclusion:** increase depth of focus for far vision, avoid inducing night myopia, have mesopic refraction around plano.

abstract sessioni internazionali

VERIFLEX PHAKIC IOL: MID TERM COMPARISON WITH THE VERIYSISE PHAKIC IMPLANT

J.L. Güell (Spain)

Purpose: analyse and compare the benefits, efficacy and safety of a foldable iris-claw fixated anterior chamber phakic IOL. **Methods:** a prospective, inpatient, comparative, randomized interventional study was conducted: including high myopic with low astigmatism eyes, with a 3 mm or higher AC depth, within age range (25-40 years), and no other ocular pathologies. Two surgeons performed the surgeries, implantation of a PMMA IOL in one eye and silicon IOL in fellow eye. Refractive, endothelial cell density, efficacy and safety outcomes were compared and analyzed at regular postoperative intervals until 24 months follow-up. **Results:** fifty-nine eyes were analyzed, 30 eyes (Verisyse group) and 29 eyes (Artiflex group). Mean spherical equivalent and astigmatism were less than -1.00D in both groups at the end of the follow up, with no significant differences, although significant higher transitory astigmatism was induced in the Verisyse group on the first 6 weeks. No significant loss of endothelial cells density was seen on either group, and both procedures were highly effective (0+ 0.76 index) and safe (1.16 index). One exceptional case of explanted silicon IOL, replaced by a PMMA IOL, because of reversible loss of visual acuity, associated with progressive pigmentary depots on the IOL optic. **Conclusions:** Artiflex IOL implant is as effective and safe procedure, in our 2 years experience, as the world wide well-accepted Verisyse IOL implant, with the advantage of a smaller incision and consecutive earlier visual recovery (suture induced astigmatism) with no need of learning further surgical abilities than the ones used in the Verisyse procedure.

LONG-TERM FOLLOW-UP ON ICL AND CATARACT

K. Shimizu (Japan)

Purpose: since 1997, we have implanted ICLs. We observed 39 eyes for more than 5 years; 11 of which were followed for more than 8 years. We evaluated complication of ICL as an incidence of cataract development. Performance related to ICL extraction combined with cataract surgery was studied. **Results:** the 11 eyes with more than 8-year follow-up showed good safety index of 1.28, and their refraction was stable without regression. The corneal endothelium cell loss was less than 5%. The average intraocular pressure was 16 mmHg. No glaucoma treatment was needed in all eyes. 10 of 24 eyes (41.75%) with Version II ICL and 1 of 15 eyes (6.7%) with Version III or IV ICL required cataract surgeries. The extraction of an ICL was easily performed with 3 mm corneal incision. PEA and IOL implantation were also easily performed through the same incision. It was also easy to measure the axial length of the eyes with ICL, and the postoperative acuity was good in all eyes. **Discussion:** The reason for Version IV ICL showing less cataract complication compared with Version II was thought to be the difference in shape. However, there still was a cataract complication seen with Version IV, especially in seniors. Therefore, some improvements seem necessary for the ICL to be implanted in seniors.

PHAKIC IOL'S: ICL (WITH ASTIGMATISM CORRECTION) VERSUS BIOPTIC PROCEDURE (PRL PLUS LASIK)

E. Leite, E. Cardoso, L. Cristóvão (Portugal)

The purpose of the study was to evaluate safety, efficacy, predictability, stability and complications of two different approaches to solve refractive errors including astigmatism correction, ICL and Phakic IOL without Astigmatism Correction, PRL plus LASIK. A total of 52 patients were included in this evaluation, divided by group A (PRL + LASIK) with 34 patients (58 eyes) and group B (ICL) with 18 patients (26 eyes). The minimum follow-up to include any patient was 3 months. The IOLs were implanted into the posterior chamber through a 3mm corneal incision. The mean preoperative S.E of the ICL implanted eyes was 10.2 % +/- 2.70 and PRL + Lasik was 9.78 +/- 2.85 D. The results are presented with a reference to visual acuity, residual refractive error, ocular tension, lens charges, sensitivity to glare or impaired twilight vision and patients satisfaction. The results showed that patients have high rate of satisfaction with both procedures but group B showed high rates of complains in night vision.

CHIRURGIA DELLA PRESBIOPIA MEDIANTE DECOMPRESSIONE SCLERALE CON LASER AD ERBIUM

G. Rubiolini, A.M. Hipsley

Obiettivo: ripristinare chirurgicamente una funzione visiva utile per vicino in casi di presbiopia; valutare tale risultato considerando ogni alterazione oculare indotta. **Materiali e metodi:** sono stati trattati 10 pazienti (7 uomini, 3 donne) età media 53 anni, mediante tecnica LaserACE™ di ablazione laser sclerale. Tutti i pazienti utilizzavano una correzione ottica da vicino, compresa tra 1,5 D e 2,75 D. **Risultati:** 9 casi su 10 casi hanno mostrato un miglioramento della funzione visiva da vicino paragonabile ad incremento accomodativo medio di 1,15 D (0,75 D -1,75 D). Tale incremento è risultato apparentemente non correlato ai dati preoperatori presi in esame (presbiopia preoperatoria ed età del paziente). Nessun caso ha mostrato alterazioni refrattive corneali post operatorie o complicanze. Si sono osservate variazioni di IOP postoperatoria. **Conclusioni:** la tecnica ha mostrato miglioramenti a carico della visione da vicino; tuttavia risultano necessari ulteriori studi volti a capire la dinamica di tale miglioramento e la selezione del paziente.

abstract sessioni internazionali

SESSIONE 22

FDT

M.A. Majorana

La FDT (Tecnologia a Duplicazione di Frequenza) è una metodica perimetrica non convenzionale di grande attualità ed utilità nella diagnostica precoce del glaucoma. La FDT è un esame soggettivo che indaga sul funzionamento del sistema Y-magnocellulare. La selettività della strategia di questa tecnica consente una precocità diagnostica rispetto alla PAC (Perimetria Automatica Convenzionale). Sapientemente combinata con le metodiche morfometriche di comune utilizzo, ne potenzia l'attendibilità diagnostica.

SWAP

R. Fusco

La maggiore aspettativa di vita impone un ulteriore sforzo per ottenere diagnosi sempre più precoci e precise del glaucoma al fine di preservare la qualità di vita dei pazienti. I primi deficit dovuti al glaucoma possono essere strutturali o funzionali e dunque la diagnosi della malattia richiede l'identificazione e la quantificazione di entrambi. In particolare, l'esame perimetrico standard (SAP) viene utilizzato per valutare la perdita della funzionalità di alcune cellule ganglionari retiniche; nuove tecniche come la perimetria computerizzata ad onde corte (SWAP) sembrerebbero adatte a rilevare la perdita del campo visivo glaucomatoso prima della SAP. Nuovi aggiornamenti del software della SWAP l'hanno resa più veloce e più tollerabile per i pazienti.

IL PERG NELLA PRATICA CLINICA

L. Della Porta

Nella pratica clinica è importante la precoce identificazione, nello stadio preclinico, della malattia glaucomatosa. Il PERG è una metodica che individua, pre-perimetricamente e pre-morfometricamente, lo stato di sofferenza delle cellule ganglionari. A seconda della diversa frequenza di stimolo utilizzata, si ottiene un PERG pattern o un PERG steady state. Quando il PERG viene elicitato con frequenze di stimolo superiori a 8 Hz, si ottiene un'onda sinusoidale, di cui la seconda armonica viene considerata per la risposta elettroretinografica. Il GLAID è un'evoluzione del PERG che consente uno screening precoce, non invasivo, ripetitivo ed oggettivo della malattia glaucomatosa.

IMAGING DELLA PAPPILA E DEL RNFL PER LA DIAGNOSI

L. Fontana

La diagnosi del glaucoma si basa sulla determinazione dell'espressione della malattia a livello delle fibre nervose e della papilla ottica oltre che sulla constatazione del danno funzionale che si esprime con la riduzione del campo visivo. Tecniche moderne di "imaging" della papilla e dello strato delle fibre ottiche retiniche consentono di fornire all'oculista dati riproducibili con cui confermare la diagnosi o il sospetto diagnostico. Tecniche diagnostiche come l'HRT, il GDx o l'OCT ormai consolidate consentono capacità di interpretazione diagnostica con elevata specificità e sensibilità e si dimostrano ausili per l'oculista sempre più affidabili per comporre la diagnosi di glaucoma.

UNA MISURA AL GIORNO O UNA CURVA DIURNA?

G. Bricola

È chiaro che eseguendo una singola rilevazione tonometrica non possiamo conoscere adeguatamente la IOP di un paziente ma avere unicamente una rilevazione in un dato istante. Alla luce delle conoscenze attuali è fondamentale stabilire l'attendibilità di ogni misurazione eseguendo anche una pachimetria corneale ma soprattutto procedere con una stima più precisa della pressione oculare attraverso la rilevazione del tono in diversi momenti della giornata eseguendo una curva tonometrica. La curva tonometrica ci permette di studiare le variazioni del tono nell'arco della giornata (solitamente dalle 8 alle 20 con 4 diverse misurazioni) ed anche se spesso è di complessa esecuzione nella normale pratica clinica sarebbe da prendere in considerazione soprattutto all'inizio del nostro percorso per evitare grossolani errori diagnostici.

LA IOP È SVEGLIA MENTRE NOI DORMIAMO

S. Cillino, A. Casuccio

Vengono riportati i possibili fattori che influiscono sulle fluttuazioni circadiane della pressione intraoculare, particolarmente durante le ore notturne, e sulla progressione del danno in soggetti affetti da glaucoma. È ormai nota in letteratura la presenza di picchi della IOP particolarmente nelle ore notturne. Inoltre, l'effetto farmacologico ipotensivo sulla IOP sembra differente a seconda dei ritmi circadiani. Più recentemente, è stata ipotizzata una possibile correlazione tra grado delle fluttuazioni circadiane della pressione sistemica nelle ore notturne ("dipping") e picchi della IOL (particolarmente in soggetti con glaucoma sine-tensione) con progressione del danno glaucomatoso. I soggetti nei quali il crollo della pressione sistemica si mantiene <10% vengono definiti non-dippers, tra il 10-20% dippers e >20% over-dippers. La fluttuazione notturna della IOP rappresenta un fattore predittivo per la neuropatia ottica causata, particolarmente negli over-dippers, che produce una ischemia transitoria e una riperfusion oculare responsabile del danno al tessuto oculare. Ciò spiegherebbe la scarsa prognosi per i soggetti over-dippers affetti da glaucoma. In conclusione, le fluttuazioni circadiane con particolare riferimento alle ore notturne, possono rappresentare un fattore predittivo significativo di danno avanzato glaucomatoso e neuropatia del nervo ottico.

abstract sessioni internazionali

VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE GLAUCOMA

E. Martini

Alcuni recenti importanti studi randomizzati (RCT) hanno prodotto una gran messe di dati sulla storia naturale dell'ipertensione oculare e sullo sviluppo del glaucoma cronico. Oltre all'ipertono sono stati individuati numerosi fattori che costituiscono elementi attivi del rischio di sviluppare la malattia glaucomatosa: alcuni possono essere considerati segni di danno precoce, come il rapporto cup/disc; o la PSD del campo visivo; altri sono realmente fattori di rischio come lo spessore corneale (CCT), la familiarità, la miopia o la presenza di pseudoexfoliatio. Controverso resta il ruolo della malattia diabetica. Tutti i fattori risultati significativi nell'analisi dello studio OHTS, sono stati integrati (con pesi assai diversi tra di loro) in un modello predittivo, del rischio di conversione a glaucoma. Tale modello è stato poi validato applicandolo a differenti popolazioni di ipertesi oculari e dimostrandosi in grado di accurate previsioni. Una versione aggiornata è stata realizzata unificando i dati dell'OHTS, con quelli dell'EGPS ed è stato messo a punto un algoritmo per calcolare individualmente il rischio di conversione utilizzando pochi parametri principali.

GLAUCOMA E MIOPIA

M. Marraffa

Molti autori hanno notato una frequente associazione fra glaucoma e miopia. La prevalenza del GPAA negli occhi miopi di oltre 4D è 3.1%, mentre è dell'1.2% negli occhi emmetropi o con miopia inferiore a 4D. La miopia viene quindi considerata un fattore di rischio per lo sviluppo del glaucoma. Studi confermano che i pazienti miopi hanno una incidenza di glaucoma 2-3 volte maggiore rispetto ai soggetti normali e che il rischio della malattia aumenta con il grado di miopia. Tuttavia la pressione oculare riscontrata in occhi miopi non è più elevata di quella riscontrata in occhi non miopi, come dimostrato negli occhi anisometropi e nel confronto di occhi di soggetti normali e glaucomatosi affetti da miopia. L'ipotesi che più viene accreditata come causa di maggiore incidenza di glaucoma nel miope è che la maggiore lunghezza assiale e la riduzione dello spessore sclerale comportano una riduzione del microcircolo papillare e rendono l'occhio più sensibile all'insulto pressorio.

IL RUOLO DELLA IOP

P. Frezzotti

La misurazione accurata della pressione intraoculare (IOP) è indispensabile nella diagnosi e nella gestione del glaucoma. La tonometria ad applanazione di Goldmann (GAT) rappresenta da più di 40 anni la "gold standard" tonometria dato che ad una semplice tecnica di esecuzione associa una bassa variabilità intra e interosservatore. Lo spessore corneale (CCT), la curvatura corneale, la struttura corneale condizionano la misurazione della pressione intraoculare ottenuta con GAT. Specialmente la CCT è stato visto avere un effetto sui valori di IOP ottenuti con GAT. Questo può essere spiegato dal fatto che Goldmann calibrò il tonometro ad applanazione per uno spessore corneale di 520 e che quindi la variabilità individuale di questo parametro può portare ad una misurazione tonometrica poco accurata. In questi ultimi anni, infatti, è entrato nella pratica clinica l'utilizzo della pachimetria ultrasonica che è capace di registrare la CCT in modo da correggere la IOP misurata. Purtroppo però, anche se sono stati pubblicati numerosi normogrammi per la correzione dei valori della GAT sia per occhi normali sia per occhi sottoposti a chirurgia refrattiva, nessuno sembra essere sufficientemente validato.

RUOLO DEL RIDOTTO FLUSSO EMATICO

L. Cerulli

È oggi universalmente riconosciuto che il glaucoma è una malattia neurodegenerativa in cui la cellula ganglionare (e solo essa tra le molte altre della retina) sopprime se stessa, avvalendosi di meccanismi apoptogenetici (fig. 1: cellula gangl in apoptosi da Kaneko). Mawas, molti anni or sono, affermava che il glaucoma è un conflitto tra due pressioni: quella endoculare e quella di emoperfusione della papilla ottica (figg. 2 e 3). L'indice reologico (K) è il risultato del rapporto tra la pressione endoculare PO e la pressione di perfusione ciliare PPC (fig. 4). Al fine di valutare la situazione trofica ganglionare, è necessario determinare obiettivamente sia il numeratore che il denominatore di tale rapporto (fig. 5: applanometria, fig. 6: flussimetria laser Doppler con nome degli Autori che l'hanno praticata). Le ricerche sui sistemi microvascolari della testa del nervo ottico, crocevia reologica di fondamentale importanza, hanno posto in rilievo che il ruolo principale per il trofismo della papilla, è sostenuto dal sistema ciliare, attraverso le anastomosi coroido-papillari (fig.7). È altrettanto noto che la cellula astrocitaria, dapprima considerata un mero elemento di sostegno nel contesto nervoso in generale ed ottico-retinico in particolare, attualmente è considerata un ponte morfo-funzionale che trasferisce informazioni emodinamiche rilevate dall'endotelio capillare al neurone (fig.8). L'astrocita è considerato un bersaglio di elezione per la endotelina (ET-1), polipeptide vasoattivo i cui valori statisticamente si elevano nell'umor acqueo e nel plasma di pazienti affetti da OAPG e NTG (fig.9, dove lo strato astrocitario è schematicamente situato tra capillare ed assone). Recettori specifici per la ET-1, sono stati dimostrati a livello dello strato ganglionare e delle fibre ottiche della retina, nonché a livello subendoteliale dei vasi coroideali e di quelli periottici (fig.10). Dopo quanto premesso, si può ora proporre uno schema apoptogenetico che, attraverso fasi consequenziali, connette la situazione disreologica rilevata a livello capillare alla estinzione del soma ganglionare per apoptosi (fig.11). Lo shear stress rilevato a livello dell'endotelio vascolare, viene trasmesso tramite molecole meccanotrasduttrici, alla cellula astrocitaria, la cui

abstract sessioni internazionali

attivazione determina un rimodellamento del collagene della lamina cribrosa. Ne consegue la perdita delle normali proprietà di sliding delle sovrapposte lamine di quest'ultima, il che comporta un disallineamento dei tramiti cribrosi con distorsione del tragitto assonale e quindi alterazione del flusso assoplasmico. Questa condizione costituisce il trigger apoptogeno innescante cascate sequenziali che portano alla morte della cellula ganglionare che, come detto in apertura, costituisce la vittima finale ed elettiva del processo glaucomatoso.

ANTIMETABOLITI. QUANDO E COME

M. Giovannoni

Gli antimetaboliti sono frequentemente impiegati nella chirurgia del glaucoma. Anche l'utilizzazione prolungata dei nuovi colliri ipotonizzanti può influire negativamente sul risultato chirurgico. Nell'esposizione vengono presentate le indicazioni e le modalità di applicazione della mitomicina-C e del 5-fluorouracile e vengono descritte le possibili complicazioni.

TUBI, VALVOLE O CICLOFOTOCOAGULAZIONE

R. Carassa

I glaucomi refrattari alla terapia medica e ad elevato rischio di fallimento o con precedenti fallimenti alla chirurgia tradizionale (trabeculectomia con mitomicina C) sono candidati agli impianti drenanti o alla ciclofotocoagulazione. Gli impianti drenanti prevedono l'inserimento nel bulbo di un tubo che drena l'umore acqueo a livello equatoriale. L'impianto può essere libero, senza pertanto resistenza al deflusso, o valvolato. Gli impianti liberi richiedono accorgimenti particolari mirati a ridurre il deflusso nelle settimane successive all'intervento. L'intervento è complesso, lungo e richiede elevata esperienza. La ciclofotocoagulazione è un trattamento laser ab esterno che ha lo scopo di ridurre il tono oculare mediante inibizione della produzione di umore acqueo ottenuta grazie alla distruzione selettiva di parte dei processi ciliari. Il trattamento può causare marcate riduzioni visive. In generale, in presenza di glaucomi refrattari con visus utile è preferibile il trattamento con impianti drenanti, viceversa i casi con visus ridotto o spento possono essere gestiti con ciclofotocoagulazione.

MECCANISMI DI CHIUSURA DELL'ANGOLO

G. Marchini

Il glaucoma primario da chiusura d'angolo si verifica in occhi dotati di una particolare conformazione anatomico-biometrica, che costituisce la predisposizione allo sviluppo della patologia. Su questa predisposizione genetica agiscono tre meccanismi scatenanti:

- 1) il blocco pupillare, che costituisce la forma di gran lunga più frequente, in cui esiste una difficoltà al passaggio dell'acqueo attraverso il forame pupillare. L'aumento di pressione in camera posteriore determina una spinta in avanti della base iridea che occlude il trabecolato;
- 2) l'affollamento diretto dell'angolo camerulare, che si verifica tipicamente negli occhi con conformazione iridea in plateau. Durante la midriasi l'iride periferica si raccoglie e occupa l'angolo, ostruendolo;
- 3) il meccanismo misto. In tali occhi l'angolo camerulare assume caratteristiche intermedie tra quelle del blocco pupillare e dell'iride a plateau.

In questa classificazione va inoltre ricordato il meccanismo patogenetico del glaucoma da blocco posteriore (cilio-lenticolare).

C1 CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA IN PAZIENTI AFFETTI DA CHERATOCONO CON PRECEDENTE IMPIANTO DI ANELLI INTRASTROMALI

L. Fontana, G. Parente, G. Tassinari

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Finalità: riportare i risultati clinici della cheratoplastica lamellare anteriore (DALK) in pazienti affetti da cheratocono sottoposti ad impianto di anelli intrastromali (ICR). **Metodi:** 5 pazienti affetti da cheratocono con pregresso impianto di ICR e risultato visivo insoddisfacente sono stati sottoposti ad intervento di DALK tecnica Big-bubble. Parametri clinici studiati: acuità visiva naturale (UCVA), acuità visiva corretta con lenti (BSCVA), rifrazione, topografia corneale e densità cellulare endoteliale (ECD). **Risultati:** l'UCVA media preoperatoria era 20/500 e 20/60 dopo 12 mesi dall'intervento di cheratoplastica. La BSCVA media preoperatoria era 20/100 e 20/30 al termine del follow up. I valori medi cheratometrici e rifrattivi preoperatori sono variati da 55.1 (± 6.7) D e -6.76 (± 5) D a 45.51 (± 4.73) D e -1.81 (± 3.2) D prima e dopo l'intervento rispettivamente. La ECD media preoperatoria era 2202.29 (± 392.35) cellule/mm² e 2134 (± 438.39) cellule/mm² dopo l'intervento. **Conclusioni:** in pazienti affetti da cheratocono sottoposti ad impianto di ICR con scarso risultato funzionale la DALK può essere impiegata per la correzione della curvatura corneale con soddisfacenti risultati visivi e rifrattivi.

C2 EFFICACIA DELL'AUTOTRAPIANTO CONGIUNTIVALE LIMBARE NELLA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO RECIDIVATO ASSOCIATO A PTK

P.F Fiorini, A. Mularoni, L. Di Silvestre, F. Khaki, G. Tassinari

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: valutare l'efficacia della tecnica di autotrapianto congiuntivale limbare associata a PTK con fluido maschera. **Materiali e metodi:** 18 occhi di 18 pazienti con pterigio recidivato sono stati trattati con la tecnica di autotrapianto congiuntivale limbare associata a PTK con programma personalizzato. 1 occhio era stato sottoposto a 4 interventi, 10 occhi erano stati sottoposti a 3 interventi, 5 occhi erano stati sottoposti a 2 interventi, 1 occhio era stato sottoposto a 1 intervento ed 1 occhio era uno pterigio primario evoluto. Viene considerata recidiva la presenza di tessuto fibrovascolare sia al limbus sia in cornea nell'area della precedente escissione. L'età media dei pazienti era compresa tra 30 e 85 anni. **Risultati:** Il follow-up era compreso fra 6 mesi e 24 mesi. Nessuna recidiva è stata osservata a 24 mesi dall'intervento. Le complicanze sono insorte in 1 caso (5° intervento) e sono relative a microperforazione corneale limbare. L'acuità visiva è migliorata in 17 occhi trattati su 18 occhi trattati. **Conclusioni:** l'autotrapianto congiuntivale limbare associato a PTK appare un'alternativa sicura ed efficace nelle recidive dello pterigio. L'effetto del laser sembra migliorare la performance visiva post-operatoria.

C3 EXCIMER LINKED LAMELLAR KERATOPLASTY: INDICAZIONI TECNICHE E RISULTATI A LUNGO TERMINE NELLA TERAPIA CHIRURGICA DEL CHERATOCONO

M. Gatti, P. Bonci

Divisione Oculistica Presidio Ospedaliero ASL Imola, Castel San Pietro Terme (BO)

Scopo del lavoro: verificare la validità e la stabilità nel tempo dei risultati funzionali ottenuti con Excimer Linked Lamellar Keratoplasty (ELLK) nella terapia del cheratocono in stadio chirurgico. **Materiali e metodi:** 68 occhi di 68 pazienti sono stati sottoposti ad ELLK per cheratocono in stadio chirurgico. La procedura chirurgica effettuata si è basata su 3 fasi: 1) PRK con link topoaberrometrico; 2) PTK per ottenere il letto ricevente; 3) apposizione e sutura di lamella da donatore, conservata in gel di silice a 4°C. Spessore corneale minimo stabilito per includere i pazienti nella procedura: 370 microns. I pazienti sono stati controllati ogni 3 mesi tramite topografia corneale computerizzata, pachimetria a contatto e misura della acuità visiva naturale e corretta (Snellen) con follow-up massimo di 6 aa. **Risultati:** L'acuità visiva media è risultata essere: 5/10 naturali e 8,5 /10 con la migliore correzione e si è mantenuta stabile fino al massimo del follow-up. **Conclusioni:** nella ns. esperienza i risultati funzionali a lungo termine della ELLK effettuata nel cheratocono in stadio chirurgico si presentano soddisfacenti e sovrapponibili a quelli ottenuti con tecniche non-laser, a fronte di una maggiore semplicità di esecuzione e di un minor disagio per il paziente, che viene sottoposto all'intervento in anestesia topica o in anestesia loco-regionale parabolbare (pazienti poco collaboranti).

C4 CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA IN PAZIENTI AFFETTI DA LEUCOMA CORNEALE IN ESITI DI CHERATITE ERPETICA

G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: riportare i risultati clinici della cheratoplastica lamellare anteriore (DALK) in pazienti con opacità stromali in esiti di cheratopatia erpetica. **Metodi:** 11 pazienti con leucoma corneale in esiti di malattia erpetica sono stati sottoposti ad intervento di DALK tecnica Big-bubble. Parametri studiati: acuità visiva corretta con lenti (BSCVA) preoperatoria e postoperatoria, rifrazione postoperatoria, topografia corneale postoperatoria e densità cellulare endoteliale (ECD) postoperatoria. **Risultati:** 11 pazienti di età compresa tra 36 e 84 anni

comunicazioni

(media 56) e follow-up medio di 20 mesi, presentavano UCVA media preoperatoria di 0.1 e di 0.5 dopo DALK, con equivalente sferico medio post-operatoria di -1.25 D e astigmatismo medio di - 2.00 D. La ECD media postoperatoria era 1951 (\pm 280.3) cellule/mm². Il K medio postoperatorio era di 51.75 (\pm 4.45). Le complicanze postoperatorie sono state: formazione di doppia camera (30%), interfaccia visibile (30%), persistenza di pieghe della Descemet (10%). **Conclusioni:** in pazienti con leucoma corneale in esiti di cheratite erpetica la DALK può essere impiegata per migliorare la trasparenza corneale, conservando membrana di Descemet ed endotelio del paziente, con soddisfacenti risultati visivi.

C5 TRASMISSIONE DI CANDIDA ALBICANS DA LEMBO CORNEALE DI DONATORE DOPO CHERATOPLASTICA LAMELLARE

G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: riportare un caso di trasmissione di Candida Albicans da donatore dopo cheratoplastica lamellare, che ha determinato nel paziente l'insorgenza di una cheratite stromale. **Materiali e metodi:** un paziente di 30 anni con cheratocono, sottoposto a cheratoplastica lamellare profonda (DALK) ha sviluppato in ventottesima giornata un infiltrato stromale tra tessuto del donatore e membrana di Descemet del ricevente. **Risultati:** il paziente è stato trattato con rimozione del lembo trapiantato e lavaggio dell'interfaccia con Amfotericina B. Una Candida Albicans sensibile alla Amfotericina B è stata isolata dall'anello sclerale del donatore e dal lentocolo corneale rimosso, tuttavia l'inefficacia della terapia topica e sistemica nel raggiungere il sito dell'infezione ha reso necessaria una successiva cheratoplastica perforante per eradicare l'infezione. **Conclusioni:** il caso riportato dimostra il vantaggio della cheratoplastica lamellare nel mantenere l'integrità della camera anteriore, evitando una probabile endoftalmite post-cheratoplastica in questo raro caso di trasmissione di infezione da donatore.

C6 RISULTATI CLINICI AD UN ANNO DEL TRAPIANTO DI ENDOTELIO CON TECNICA DSAEK (DESCEMET STRIPPING AND AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY) IN PAZIENTI CON SCOMPENSO ENDOTELIALE PRIMARIO E SECONDARIO

S. Matteoni, V. Scordia, M. Busin

Ospedale Villa Serena, Forlì

Obiettivo: valutare l'efficacia del trapianto endoteliale eseguito mediante tecnica DSAEK nella riabilitazione visiva di pazienti affetti da edema corneale primario e secondario. **Metodi:** trenta pazienti affetti da scompenso endoteliale in distrofia di Fuchs (n = 17) o secondario a pregressa chirurgia intraoculare (n = 13) sono stati sottoposti ad intervento di trapianto endoteliale con tecnica DSAEK comprendente: a) rimozione dell'endotelio da un'area centrale di circa 9,0 mm di diametro della superficie corneale posteriore; b) rimozione mediante microcheratomo di circa 350 micron dello stroma anteriore dalla cornea donatrice; c) trapanazione del lembo donatore (endotelio e sottile strato di stroma profondo) a 9,0 mm di diametro; d) Inserzione del lembo donatore in camera anteriore attraverso un tunnel clear-cornea di 4-5 mm di larghezza; e) posizionamento del lembo mediante bolla d'aria e chiusura della ferita chirurgica con punti staccati in nylon 10-0. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica (acuità visiva, rifrazione, topografia corneale, microscopia endoteliale) 1 mese, 3 mesi, 6 mesi e 1 anno dopo l'intervento. **Risultati:** già 1 mese dopo l'intervento in 22 pazienti su 30 si è potuta registrare un'acuità visiva di almeno 5/10 e un astigmatismo rifrattivo inferiore a 1,5 diottrie; nei pazienti con visus inferiore a 5/10 si è riscontrato edema cistoide maculare (n = 4) e degenerazione maculare senile (n = 4). Ad 1 anno dall'intervento non si sono registrate variazioni sostanziali di questi valori. La perdita di cellule endoteliale a 6 mesi dall'intervento era paragonabile a quella riscontrata dopo cheratoplastica perforante. Quali complicanze dell'intervento si sono osservati lo scompenso precoce del lembo (n = 2) sostituito entro 1 settimana, e il distacco del lembo dalla superficie posteriore della cornea (n = 2) riparato con immissione di nuova bolla d'aria senza sostituzione del lembo. **Conclusioni:** il trapianto di endotelio eseguito mediante tecnica DSAEK consente la rapida riabilitazione visiva di pazienti affetti da scompenso endoteliale riducendo sostanzialmente l'astigmatismo postoperatorio.

C7 CONFRONTO TRA TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA A 820 nm, A 1310 nm E BIOMICROSCOPIA AD ULTRASUONI PER LA VALUTAZIONE DELLO SPESSORE CENTRALE DEL LETTO CORNEALE RICEVENTE NELLA CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA

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

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

Obiettivo: dimostrare l'attendibilità del OCT per misurare lo spessore centrale del letto corneale ricevente (SCLCR) nella cheratoplastica lamellare profonda (DLKP). **Materiali e metodi:** lo SCLCR di 24 occhi in 22 pazienti, sottoposti a DLKP, sono stati misurati con OCT3 Stratus®, OCT Visante® ed UBM System 840. Si sono eseguite cinque scansioni con OCT Visante® per ogni occhio. I risultati sono stati confrontati con cinque scansioni corrispondenti ottenute con UBM e con OCT3 Stratus® ed in seguito misurati con il programma

Pachicaliber (OCX Systems). **Risultati:** la media degli SCLCR ottenuti con UBM era $132.50 + 25.48 \mu\text{m}$, con OCT3 $130.00 + 33.48 \mu\text{m}$ e con OCT Visante® $130.17 + 35.70$. Le misurazioni ottenute con le diverse macchine hanno mostrato un'alta correlazione fra loro con il test di Pearson ($r = 0.896$, $r = 0.775$ e $r = 0.937$ per i letti rispettivamente per UBM/OCT3, UBM/Visante® ed OCT3/Visante®) e una non significatività statistica ($P = 0.917$, $P = 0.940$ e $P = 0.758$ rispettivamente per UBM/OCT3, UBM/Visante® ed OCT3/Visante® usando il test T di Students). **Conclusioni:** le tecniche OCT non sono solo metodiche non invasive, ma anche tecniche accurate ed attendibili per valutare lo SCLCR nella DLKP.

C8 NUOVO APPROCCIO CONCETTUALE AL TRATTAMENTO DELL'OCCHIO SECCO: UN NEWTONIANO E NON VISCOELASTICO SOSTITUTIVO LACRIMALE (ARABINOGALATTANO)

L.L. Mannucci¹, E. Boldrini²

1. Dip. Neuroscienze - Istituto di Clinica Oculistica, Università di Padova

2. Opocrin Pharmaceutic Research, Corlo di Formigine, Modena

Obiettivo: valutare le proprietà di un nuovo sostitutivo lacrimale, l'arabinogalattano (AG), polisaccaride naturale derivato dal larice. **Materiali e metodi:** Rheostress RS 150 Viscosimeter®, Shimadzu RF-551 Fluorimeter® furono impiegati per misurare la bioadesione in vitro e il tempo di permanenza precorneale. Con metodica standardizzata fu creata una situazione di sofferenza corneale da occhio secco nel coniglio: uno solo dei due occhi venne trattato con 50 μl di una soluzione AG 5%. **Risultati:** nonostante le caratteristiche di fluido non newtoniano ($n = 1.6 \text{ mPa s} - 10\%$ soluzione), il tempo di residenza precorneale superò i 60 minuti. La velocità di ripielizzazione delle ulcere corneali nel coniglio fu significativamente più rapida con AG trattamento rispetto ai controlli. **Conclusioni:** il lungo tempo di permanenza precorneale deriva dall'elevate proprietà di mucoadesività dell'AG ($\Delta n / n 17.21$) in confronto all'acido ialuronico ($\Delta n / n 3.02$). AG favorisce inoltre i processi di ripielizzazione corneale. Questi dati preliminari suggeriscono un impiego di AG quando lo strato mucoso del film lacrimale sia alterato, ma non completamente abolito. In tali situazioni AG interagisce con MUC 1 meglio dei cosiddetti viscoelastici del commercio, nessuno dei quali è in grado di mimare le caratteristiche della mucina naturale.

C8-bis CHERATOPLASTICA LAMELLARE ED ENDOTELIALE: ASSOCIAZIONE DI LASER A DIODO E A FEMTOSECONDI

L. Menabuoni¹, I. Lenzetti¹, F. Rossi², R. Pini²

1. U.O. Oculistica, Azienda USL 4, Prato

2. Istituto di Fisica Applicata, CNR, Firenze

Obiettivo: viene presentata l'applicazione clinica di tecniche innovative di epi- ed endo-cheratoplastica, effettuate con tecnologia laser in ogni loro fase. **Materiali e metodi:** abbiamo esteso la nostra tecnica di saldatura laser corneale a: 1) cheratoplastica lamellare, 2) cheratoplastica endoteliale. 1) Nei leucomi corneali impieghiamo il laser a femtosecondi per preparare il lembo del donatore e il letto del ricevente. La saldatura laser del lembo è eseguita tramite applicazione del cromoforo ICG nel taglio, seguita da irraggiamento con un laser a diodo. 2) Nelle patologie endoteliali utilizziamo il laser a femtosecondi per preparare il lenticolo endoteliale. Dopo colorazione della porzione stromale dello stesso e stripping dell'endotelio del ricevente, si fissa il lenticolo del donatore tramite saldatura puntuale con laser a diodo per evitare dislocazione del lembo. **Risultati:** l'irraggiamento con laser a diodo a bassa potenza realizza: 1) efficiente saldatura con buona tenuta su tutto il perimetro del lembo e 2) permanenza in situ del lenticolo endoteliale. **Conclusioni:** i vantaggi già osservati nelle nostre precedenti esperienze di PK laser-assistita con laser a diodo appaiono esaltati nella presente tecnica solo laser.

C9 CONTROLLO CON OCT DELL'EDEMA MACULARE SUBCLINICO POST CATARATTA CON E SENZA BRINZOLAMIDE

S. Esente

Centro Oculistico, Firenze

Obiettivo: verificare se l'uso di collirio di brinzolamide, inibitore dell'anidasi carbonica (CAI), ha influenza sullo spessore maculare dopo intervento di cataratta. **Materiali e metodi:** 33 pazienti con cataratta bilaterale (66 occhi), senza altre patologie oculari, sono stati sottoposti alla stessa terapia pre operatoria. Nel post-operatorio, in un occhio è stato aggiunto collirio di inibitore dell'anidasi carbonica (CAI) (3 volte al die per 60 gg). Tutti gli occhi sono stati controllati con esame OCT (programma Macular Thickness), prima dell'intervento, a distanza di 1 mese e 3 mesi. **Risultati:** in tutti gli occhi di ambedue i gruppi, è stato riscontrato un aumento dello spessore maculare dopo l'intervento. L'aumento è risultato inferiore nel gruppo che ha ricevuto il collirio CAI, senza differenze statisticamente significative. Differenza statisticamente significativa è stata riscontrata al controllo dopo 3 mesi nei settori parafoveali superiore e inferiore, nel gruppo che ha ricevuto il collirio CAI. **Conclusioni:** l'uso di collirio brinzolamide riduce in alcune aree perifoveolari l'aumento di spessore dell'area maculare dopo intervento di cataratta.

C10 [Comunicazione ritirata]**C11 INCIDENZA DI PCO 5 ANNI DOPO L'IMPIANTO DI IOL IN SILICONE AMO ARRAY E AMO MONOFOCALE**

D. Cimetta, A.C. Cimetta, V. della Valle, Pa. Bonci, Po. Bonci
CMO (Centro Microchirurgia Oftalmica), Bologna

Obiettivo: comparare con un follow-up di 5 anni l'incidenza di PCO con due diversi tipi di lenti intraoculare in silicene. **Scopo:** analisi retrospettiva e comparativa di una serie consecutiva di casi operati da un unico chirurgo (D.C.), utilizzando la stessa tecnica chirurgica. **Materiale e metodi:** 200 occhi operati di facoemulsificazione, con taglio corneale temporale in cornea chiara. Oltre all'aspirazione di ogni residuo corticale, è stata effettuata l'aspirazione delle cellule epiteliali posteriori e anteriori. In 100 occhi è stata impiantata una lente AMO Array (SA40N), mentre negli altri 100 occhi una lente AMO monofocale in silicene (SI40NB). Al riscontro di una riduzione del 10% della migliore acuità visiva è stata eseguita una laser Yag capsulotomia posteriore. È stato studiato il Visus pre e post-operatorio, pre e post laser YAG capsulotomia posteriore. È stata calcolata l'incidenza di PCO a 5 anni dalla chirurgia. **Risultati:** in cinque anni di follow-up abbiamo riscontrato una incidenza di PCO del 72% negli occhi in cui è stato impiantata una lente AMO Array contro il 45% negli occhi con lente AMO monofocale ($p < 0,001$). **Conclusioni:** le due serie di casi si differenziano solo per l'interfaccia IOL - capsula posteriore. L'interfaccia realizzata dalla AMO Array aumenta l'incidenza di PCO rispetto all'interfaccia realizzata dalla lente monofocale.

C12 RESTOR VS MONOFOCALE NATURAL: VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VISIONE DOPO IMPIANTO DI LENTE MULTIFOCAL ANODIZZATA

E.M. Vingolo, P.L. Grenga, L. Iacobelli, D. Domanico, P.G. Limoli, R. Grenga
Dipartimento Scienze Oftalmologiche, Università La Sapienza Roma

Obiettivo: valutare i risultati funzionali di IOL diffrattive. **Materiali:** sono stati studiati 50 pazienti sottoposti ad intervento di cataratta con impianto di IOL Restor. Dopo il 60° giorno sono stati sottoposti a rilevamento della sensibilità a contrasto, adattometria e pupillometria. I dati ottenuti sono stati confrontati con un gruppo di 10 soggetti con lente monofocale natural SNA60W Alcon dello stesso materiale, forma e diametro. I risultati sono stati valutati con test di student per dati non appaiati. **Risultati:** dall'analisi dei dati ottenuti si evince che a 7 gg l'86% dei pazienti con IOL apodizzata (IOLa) presentava un visus non corretto uguale o maggiore 10/10 per lontano e 6 cp per vicino ed a distanza di un mese il 98% non aveva bisogno di occhiali. Dei pazienti con IOL natural (IOLn) l'80% presentava un visus non corretto uguale o migliore di 10/10 per lontano e 6 cp con la necessità di correzione per vicino di +2.50D. il 64% dei pazienti impiantati con IOLa ha presentato la necessità di una capsulotomia YAG laser nei primi 60 gg. La sensibilità al contrasto ha presentato una lieve riduzione non statisticamente significativa per la statica ($p = 0.125$) e debolmente significativa ($p = 0.049$) per la dinamica. Non si sono rilevate differenze statisticamente fra i due gruppi per l'adattamento al buio e per il diametro pupillare. **Conclusioni:** le complicanze con IOLa sono state la visione più opaca o meno luminosa in un 14% dei pazienti, nella fase che intercorreva tra l'intervento di un occhio e l'altro, e nel 2% degli occhi la necessità di un trattamento con laser ad eccimeri.

C13 PSEUDOACCOMODAZIONE: STUDIO ULTRABIOMICROSCOPICO

M. Modesti, R. Tidore, S. Macri
Unità Operativa di Oculistica, Casa di Cura Fabia Mater, Roma

Obiettivo: valutare mediante l'ecografia ad alta frequenza lo stato morfometrico delle strutture coinvolte nella funzione accomodativa prima e dopo intervento di cataratta e correlazione con i risultati funzionali. **Materiali e metodi:** 29 occhi sottoposti ad intervento di cataratta con IOL monofocale sono stati esaminati mediante ultrasuoni ad alta frequenza, con ricostruzioni tridimensionali, nel pre e post-operatorio, a 1, 2, 6 mesi. Sono stati studiati parametri relativi alle strutture coinvolte nell'accomodazione, in particolare la posizione e il diametro del complesso IOL-sacco capsulare. È stata misurata inoltre la capacità accomodativa. **Risultati:** nel pre-operatorio in 17/29 occhi (59%) il piano del sacco capsulare era centrale, in 12/29 (41%) era posteriore rispetto ai processi ciliari; nel post-operatorio in 18/29 occhi (62%) il piano era centrale, in 11/29 (38%) era posteriore. I dati morfometrici sono stati correlati con i parametri funzionali. **Conclusioni:** il nostro studio ha dimostrato una buona correlazione tra: posizione centrale del complesso IOL-sacco capsulare, distensione del sacco capsulare, capacità pseudoaccomodativa. I risultati confermano l'importanza dell'ultrabiomicroscopia nello studio delle strutture coinvolte nell'accomodazione.

C14 L'INCIDENZA DELL'ENDOFTALMITE POST-FACOEMULSIFICAZIONE È FUNZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL TUNNEL "CLEAR-CORNEA" USATO PER L'INTERVENTO

V. Scordia, S. Matteoni, M. Busin
Ospedale Villa Serena, Forlì

Obiettivo: valutare se variazioni di alcune caratteristiche morfologiche del tunnel "clear-cornea" usato per l'intervento di facoemulsificazione possono determinare una diversa incidenza di endoftalmite postoperatoria. **Metodi:** i casi di endoftalmite postoperatoria verificatisi durante il periodo gennaio 1996 – dicembre 2005 sono stati individuati mediante analisi retrospettiva di tutti i pazienti sottoposti nello stesso periodo a facoemulsificazione priva di complicanze intraoperatorie. Tutti gli interventi sono stati eseguiti con il chirurgo (M.B. o L.Z.) seduto a ore 12, per cui negli occhi destri il tunnel "clear-cornea" era temporale. Per ogni paziente operato sono state annotate la sede (temporale o nasale) e la larghezza (3,2 mm o 5,5 mm) del tunnel clear-cornea. È stata inoltre rilevato l'uso o meno di sutura al termine dell'intervento. Gli otto diversi gruppi così ottenuti sono stati analizzati statisticamente (analisi "odds ratio") per verificare differenze significative nell'incidenza di endoftalmite postoperatoria. **Risultati:** nel periodo considerato sono stati registrati 17 casi di endoftalmite postoperatoria su 9663 occhi operati. L'analisi statistica ha dimostrato una differenza significativa nell'incidenza di endoftalmite postoperatoria in funzione di: sede del tunnel (temporale = 15 casi su 4893; nasale = 2 casi su 4770); larghezza del tunnel (5.5 mm = 11 casi su 2366; 3.2 mm = 6 casi su 7297) e presenza di sutura (non sutura = 16 casi su 3984; sutura = 1 caso su 5679). **Conclusioni:** il rischio di endoftalmite postoperatoria aumenta significativamente se la facoemulsificazione è eseguita attraverso un tunnel clear-cornea non suturato al termine dell'intervento. Altri fattori che aumentano significativamente tale rischio, anche se in misura minore, sono la sede temporale e una larghezza maggiore del tunnel.

C15 TECNICHE DI CHIRURGIA DEL SACCO CAPSULARE: ALLARGAMENTO DI SACCO FIMOTICO - RIMOZIONE DELLA CATARATTA SECONDARIA - ESPIANTO DI IOL

C. Carlevale
Casa di Cura Addominale EUR, Roma

Obiettivo: descrivere le indicazioni alla rimozione chirurgica della cataratta secondaria, di IOL opacizzate o anisometropizzanti e le problematiche inerenti a tale tecnica. **Materiali e metodi:** attraverso la proiezione dei filmati più significativi di oltre 66 casi operati dal gennaio 2005 al novembre 2006, si descrivono i vantaggi, svantaggi ed eventuali complicazioni di tale metodica. **Risultati:** su 66 casi operati si sono evidenziate 3 rotture della capsula posteriore e solo in un caso non è stato possibile completare la pulizia della capsula posteriore. Nessuna complicanza postoperatoria è stata rilevata. **Conclusioni:** la rimozione chirurgica della cataratta secondaria è una tecnica utilissima solo in tutti quei casi dove è opportuno salvaguardare il più possibile la capsula posteriore oppure espianare IOL opacizzate o anisometropizzanti e non rimpiazza l'uso corrente della capsulotomia YAG laser.

C16 LA NOSTRA METODICA DI VISUALIZZAZIONE DEL CANALE DI SCHLEMM E PROCEDURA CHIRURGICA PER LA DEEP SCLERECTOMY

F. Ferentini, A. Porta, M. Imparato
Unità operativa di Oculistica, Ospedale di Abbiategrosso

Obiettivi: descrivere la nostra metodica e risultati per la sclerectomia profonda. **Materiali e metodi:** dopo la dissezione dello sportello sclerale 5x5 m, profondo 250 µ, assottigliamo la sclera con una fresa elettrica; applichiamo alcune gocce di BSS sul letto sclerale per visualizzare il canale di Schlemm. Abbiamo operato, con 3 diversi gradi di dissezione del tessuto filtrante, 36 occhi di pazienti di età media di 62 anni, affetti da glaucoma primario ad angolo aperto e IOP media di 24.3 mmHg. In 12 occhi abbiamo rimosso il canale di Schlemm, parte del trabecolato con l'esposizione della Descemet; in altri 12 abbiamo rimosso il canale di Schlemm, il trabecolato, parte dello sperone sclerale con l'esposizione della Descemet e negli ultimi 12 occhi abbiamo esposto la Descemet, rimosso il canale di Schlemm, quasi tutto il trabecolato e lo sperone sclerale fino alla corioides. In tutti i casi abbiamo applicato la mitomicina per 1 minuto sulla sclera. **Risultati:** la percentuale di occhi che hanno raggiunto una IOP 20 mmHg a 2 anni di distanza senza terapia era per i 3 gruppi rispettivamente di 67%, 75% e 83%. **Conclusioni:** le tre varianti della tecnica sono efficaci.

C17 VARIAZIONI NELLE MISURE DEL GDx-VCC DOVUTE AD UNALENTE CORNEALE MULTIFOCAL

S. Polito, G.L. Laffi, L. Porsia, M. Fogli, A. Di Biase
Centro Antiglaucoma, Ospedale S. Giovanni in Persiceto (Bologna)

Scopo del lavoro: valutare l'effetto di una lente corneale multifocale sulle misurazioni del GDx-VCC. **Metodi:** 40 occhi emmetropi sono stati randomizzati fra due gruppi di 20 occhi; nel gruppo A è stato misurato lo spessore delle fibre nervose retiniche prima e dopo l'applicazione di una lac multifocale di potere 0. Nel gruppo B le due misurazioni sono state effettuate senza lac. Sono state esaminate le variazioni fra le due misurazioni di:

media TSNIT, media superiore e media inferiore e se ne è valutata la significatività statistica mediante t-Test per dati non appaiati. **Risultati:** la media delle differenze fra le due misurazioni nel gruppo trattato è risultata: 0,68 per la media TSNIT, 1,84 per la media superiore, 0,94 per la media inferiore. Nessuna differenza è risultata statisticamente significativa. **Conclusioni:** le misurazioni del GDx-VCC non variano significativamente in seguito all'applicazione di una lac multifocale.

C18 STUDIO PRELIMINARE PER VALUTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DELL'USO CLINICO DI UN APPARATO EMITTENTE VARI TIPI DI RADIOFREQUENZA IMPIEGATO NEL TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO NON CONTROLLABILI CON LA TERAPIA MEDICA

G. Meucci, D.E. Severino, G. Panelli, A. Panelli

Casa di Cura "Suore dell'Addolorata", Pisa

Obiettivo: valutare l'efficacia di un apparato emittente vari tipi di radiofrequenza nel trattamento di pazienti affetti da glaucoma cronico ad angolo aperto (POAG) non controllabili con terapia medica. **Materiali e metodi:** 12 pazienti POAG, IOP tra 24 e 53 mmHg, in terapia massimale, sono stati sottoposti a sclerectomia mediante l'applicazione di una sonda emittente radiofrequenze in emissione superpulsata da 1750 KHz modulata a 7000 Hz. **Risultati:** la procedura ha fornito risultati promettenti: dal follow-up di 6 mesi è emersa una diminuzione di oltre il 30% della pressione intraoculare sin dalle prime ore del postoperatorio che è rimasta stabile durante il follow-up in tutti pazienti, la camera anteriore è risultata di normale profondità, in assenza di sinechie pupillari e parietali, e di bozze filtranti. **Conclusioni:** riteniamo molto importante associare al lago sclerale una perforazione puntiforme della finestra della Descemet per avere un riempimento del lago sclerale e attivare da subito il deflusso dell'acqueo attraverso gli emuntori episclerali e la via uveosclerale.

C19 ANALISI GENETICO-MOLECOLARE DI PAZIENTI ITALIANI AFFETTI DA GLAUCOMA CONGENITO

I. Giuffrè¹, A. Magli², P. Vadalà³, G. Lando⁴, S. Penco⁴, E. Piozzi⁵, A. Marocchi⁴, E. Maselli⁶, M.C. Patrosso⁴

1. *Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

2. *Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli*

3. *U.O. Oculistica, I.R.C.C.S. Ospedale Bambin Gesù, Roma*

4. *Dipartimento di Diagnostica – Biochimica clinica – Laboratorio di Genetica medica Ospedale "Niguarda Ca' Granda" Milano*

5. *U.O. Oculistica Pediatrica Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano*

6. *Clinica Zucchi, Milano*

Introduzione: fino ad oggi, più di 50 mutazioni patogene nel gene CYP1B1 sono state riportate nei pazienti affetti da glaucoma malformativo. Questo studio è finalizzato a determinare possibili difetti genetici in pazienti italiani affetti da glaucoma malformativo. **Materiali e metodi:** è stata effettuata una analisi genetica-molecolare su campioni di sangue periferico provenienti da 72 pazienti italiani affetti da glaucoma malformativo. Si sono andate a ricercare variazioni patologiche del gene CYP1B1 e nei pazienti portatori di una sola mutazione del gene CYP1B1 è stata effettuata una analisi del gene MYOC/TIGR. **Risultati:** sono state identificate 17 differenti variazioni del gene CYP1B1 in 25 dei 72 probandi (34.7%). Dodici variazioni erano già state precedentemente identificate in Letteratura. Cinque sono descritte nel nostro lavoro per la prima volta. Nei pazienti portatori di una sola mutazione del gene CYP1B1 l'analisi genetica-molecolare del gene MYOC/TIGR ha permesso di identificare due variazioni aminoacidiche. **Conclusioni:** I nostri risultati confermano in maniera inequivocabile il ruolo predominante del gene CYP1B1 nel glaucoma congenito e propongono un ruolo autosomico recessivo del gene MYOC/TIGR in un modello di ereditarietà digenica.

C20 GLAUCOMA ACUTO DA CHIUSURA D'ANGOLO E MIOPIA BILATERALE INDOTTI DA TOPIRAMATO

F. Cruciani, R. Losciale, A. Missiroli

Dipartimento Scienze Oftalmologiche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Obiettivo: presentiamo un raro caso di una paziente di 35 anni con glaucoma acuto bilaterale da chiusura d'angolo e miopia acuta progressiva insorti dopo otto giorni dall'inizio della terapia con Topiramato, derivato sulfamidico utilizzato nella profilassi dell'emigrania. **Materiali e metodi:** La paziente presentava edema palpebrale, chemosi congiuntivale, edema corneale, riduzione della profondità della camera anteriore con chiusura d'angolo bilaterale, tono endoculare di 45 mmHg. Il trattamento con Topiramato veniva sospeso e cominciata terapia ipotonizzante e antinfiammatoria. **Risultati:** nei giorni successivi si riscontravano valori normali del tono e un progressivo aumento di profondità della camera anteriore. L'esame del visus evidenziava una miopia di 4 diottrie bilaterale con BCVA di 3/10. **Conclusioni:** il Topiramato è responsabile di una grave sindrome oculare caratterizzata da glaucoma acuto bilaterale con riduzione di profondità della camera anteriore e miopia acuta progressiva generalmente reversibili con la sospensione del farmaco e l'instaurarsi di terapia ipotonizzante. Alla base del fenomeno sembrano essere un'effusione ciliocoroidale con versamento sopraciliare ed edema dei corpi ciliari con anteriorizzazione del piano irido-lenticolare.

C21 CALCOLO DELLA TARGET IOP TEORICA SU 200 OCCHI: VALUTAZIONE CRITICA DEI RISULTATI DI UN ALGORITMO CHE UTILIZZA I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

D. Paoli

S.O.C. di Oculistica Ospedale di Monfalcone-Gorizia

Obiettivo: verifica critica dell'algoritmo per il raggiungimento della T.IOP teorica tramite Glaucoma Management System® Software. **Materiali e metodi:** su 100 pazienti (200 occhi) 56 femmine e 44 maschi selezionati casualmente, si considerano: IOP, Pachimetria, aspettativa di vita, stadiazione campo visivo secondo GSS2, papilla e fattori di rischio. L'algoritmo segnala valori di T.IOP minori di 12 mmHg o maggiori di 21 mmHg. **Risultati:** il tono medio iniziale è 25,26 mmHg. Applicando l'algoritmo la T.IOP media risultava 18,42 mmHg. Su 52 occhi con una T.IOP minore di 12 o maggiore di 21 è stata applicata la correzione pachimetrica che riduceva a 38 gli occhi fuori dal range considerato, di questi, 30 appartenevano a pz nei quali non c'era accordanza fra danno funzionale e valori tonometrici elevati (glaucoma angolo stretto, capsulare, pigmentario, ipertensione oculare). 8 occhi (5 pazienti) avevano una tiop elevata poiché il tono risultava alto ma il danno era limitato. **Conclusioni:** l'algoritmo ha rispettato le aspettative nel 74% dei casi considerati. In tutti i casi la possibilità di vedere automaticamente riassunti i dati del paziente è risultata utile per l'impostazione di un valore T.IOP personalizzato.

C22 CORNEE ULTRASOTTILI DOPO PTK SUCCESSIVA A CHIRURGIA REFRAATTIVA: CINQUE ANNI DI FOLLOW UP

F. Camesasca, P. Vinciguerra, I. M. Torres Munoz

U.O. di Oculistica, Clinica Humanitas, Milano

Obiettivo: valutare efficacia e sicurezza a lungo termine della cheratectomia fototerapeutica (PTK) in pazienti con ipovisus post-PRK e spessore corneale inferiore ai 400 microns. **Materiali e metodi:** abbiamo studiato retrospettivamente 48 occhi sottoposti a PTK per complicazioni post-PRK, con spessore corneale inferiore ai 400 microns. Tecnica chirurgica: PTK con Nidek EC 5000, 10 Hz di frequenza, topografia intraoperatoria, fluido maschera, e diametro di ablazione di 10 mm. Il miglior visus corretto (MVC) preoperatorio era 0.2 ± 0.09 con $-2.53 D \pm 2.34 D$, ed la pachimetria corneale era 390 ± 38 microns. **Risultati:** dopo un anno, il MVC era 0.6 ± 0.72 con $-2.15 D \pm 1.67 D$, la pachimetria media era 341 microns ± 40 . Cinque anni dopo l'intervento, il MVC era di 0.7 ± 0.15 con $-2.33 D \pm 1.12$, la pachimetria media era 339 microns ± 48 . Refrazione e curvatura corneale erano stabili. **Conclusioni:** in casi selezionati, una PTK effettuata su di un diametro corneale di 10 mm può essere un'alternativa al trapianto di cornea in grado di garantire stabilità corneale nel lungo termine.

C23 COSA SUCCEDERE TRE ANNI DOPO CHIRURGIA REFRAATTIVA DI SUPERFICIE NEI MIOPI ELEVATI?

F. Camesasca, P. Vinciguerra, A. Sergio, I.M. Torres Munoz

U.O. di Oculistica, Clinica Humanitas, Milano

Obiettivo: valutare i risultati della chirurgia refrattiva di superficie nei pazienti con più di 7 D di miopia. **Materiali e metodi:** abbiamo valutato retrospettivamente 100 occhi di 59 pazienti con miopia di $-9.00 D \pm 2.74 D$ (range tra $-7.50 D$ e $-14.25 D$). I pazienti erano stati sottoposti a PRK con anello di suzione, laser NIDEK EC 5000, tecnica multizona e dei cilindri crociati, zona di ablazione $4.8 - 7.0$ mm, zona di transizione $9.0 - 10.00$ mm, smoothing. **Risultati:** al termine del follow up, 3.1 ± 1.6 anni dopo l'intervento, la refrazione era di -0.45 ± 0.83 (range tra $0.00 D$ e $-2.50 D$), haze $0.11 \pm .32$. In due casi si era verificata una ipercorrezione. Non sono state osservate ectasia o distacchi di retina. L'aberrazione sferica si era mantenuta costante, era presente un aumento del coma. **Conclusioni:** la tecnica multizona associata a smoothing e cilindri crociati ha consentito una sicura e stabile riduzione del difetto nei miopi elevati, senza modificare in maniera svantaggiosa il fronte d'onda.

C24 [comunicazione spostata nella sessione Cornea (C8-bis)]**C25 CHIRURGIA REFRAATTIVA E ORTOCHERATOLOGIA: UNA SINERGIA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VISIONE POST LASER AD ECCIMERI**

F. Dossi, R. Dossi, M. Frisani

Studio Oculistico Dossi, Torino

Scopo del lavoro: valutare, in casi di aberrazione corneale anomala post chirurgia refrattiva, l'efficacia del modello corneale con l'utilizzo a palpebre chiuse di lenti a contatto gas-permeabili a geometria customizzata. **Materiali e metodi:** 30 occhi che presentavano, dopo esiti di chirurgia fotorefrattiva, quadri aberrometrici che ne condizionavano negativamente la qualità della visione sono stati sottoposti all'applicazione di lenti a geometria inversa customizzate a palpebre chiuse. Mediante topografo computerizzato è stato valutata la riduzione degli indici aberrometrici dopo 1 notte d'uso, dopo 7 giorni, dopo 1 mese e 3 mesi. Sono stati monitorati indici cheratometrici, indici aberrometrici, asfericità corneale, asimmetria e potere corneale pupillare. **Risultati:** la somma quadratica delle aberrazioni media era di $1,247$ micron. Dopo l'applicazione si è ridotta a

0,743 micron (59,58%). L'acuità visiva è migliorata di 2.3 linee. **Conclusioni:** il modellamento corneale mediante l'ortokeratologia customizzata si è rivelato sicuro in quanto privo di complicazioni ed efficace poiché ha permesso, in tutti i casi, un miglioramento delle condizioni visive del paziente operato di chirurgia refrattiva con residui aberrometrici che ne limitavano la qualità della visione.

C26 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'IMPIANTO DI P-IOL IN CAMERA ANTERIORE, AD APPOGGIO ANGOLARE, PER LA CORREZIONE DELL'ALTA MIOPIA A LUNGO TERMINE

P. Rizzo Boscolo, M.G. Crivellari, M. Scarpa
U.O.di Oculistica ALS 14 Chioggia

Obiettivo: valutare l'efficacia a lungo termine dell'impianto di P-IOL, in camera anteriore ad appoggio angolare, per la correzione refrattiva dell'alta miopia. **Materiali e metodi:** Di una casistica di 96 occhi miopi elevati (Eq. Sf. preoperatorio -17D) operati, si sono presi in esame due gruppi: - gruppo A, i primi 22 occhi impiantati bilateralmente con follow up di 75 mesi, - gruppo B, 7 occhi con impianto monolaterale, in miope anisometropia, con follow up di 66 mesi. Entrambi i gruppi sono stati valutati con visus, Eq. sferico, tonometria, oftalmoscopia e morfologia endoteliale della cornea. Da ultimo si è fatto uno studio postoperatorio con Confoscan. **Risultati:** l'Eq. Sf. preoperatorio era di -17D, mentre quello postoperatorio di -1.25D. L'esame con Confoscan ha evidenziato un'ottima conservazione delle strutture corneali con buona conta endoteliale. Vengono riportate eventuali complicanze. **Conclusioni:** l'intervento di P-IOL fachica si è dimostrato un'ottima metodica per la correzione della miopia elevata, in pazienti intolleranti alle lenti a contatto. È necessaria una più precisa valutazione del sizing della camera anteriore, per scegliere le dimensioni della P-IOL più idonee all'occhio preso in esame e per un suo preciso posizionamento in queste strutture. Pertanto si auspica la disponibilità di apparecchiature, adatte a tale scopo, a costi più accessibili per i centri che eseguono questo tipo di chirurgia.

C27 SINDROME VITREO-MACULARE: NOSTRA ESPERIENZA

R. Sciacca, G.A. Nicoletti, G. Scalia
P.O. S. Marta e S. Venera, Acireale (CT), AUSL 3 Catania

Obiettivo: valutare l'efficacia dell'intervento di vitrectomia in occhi affetti da s. vitreo-maculare sintomatica. **Materiali e metodi:** 18 occhi di 16 pazienti affetti da VMTS, età media 61 aa. (range: 49-76 aa., 9 uomini, 7 donne), di cui 6 diabetici e 5 miopi elevati (> 10 D) affetti da trazione vitreo-maculare documentata con OCT ed edema foveale (> 300 micron). In tutti calo progressivo del visus (> 4/10) e in 14 'blurred vision' e metamorfopsie. In 7 occhi membrana epiretica maculare. Tutti sottoposti a vitrectomia. Visita oculistica completa ed esame OCT a 1,2, 4 e 6 mesi dopo l'intervento. **Risultati:** 8 occhi hanno avuto un recupero funzionale di 2 linee dell'ottotipo di Snellen (50%), 4 di 3 linee (25%), 2 di 1 linea (12.5%), 2 visus stazionario. In 14 (>80%) migliorate metamorfopsie. Spessore foveale ridotto in media all'OCT dopo 6 mesi di circa 200 micron. In 3 occhi diabetici è griglia maculare dopo 2 mesi dall'intervento. Il follow-up a lungo termine è ancora in corso. **Conclusioni:** vitrectomia essenziale e risolutiva per la rimozione della componente trazionale postero-anteriore. Il riappianamento maculare avviene in genere dopo qualche mese. OCT tecnica diagnostica di elezione per il monitoraggio post-operatorio.

C28 ABLAZIONE MIOPICA ED ABERRAZIONE SFERICA, NUOVO PROFILO ABLATIVO

F. Bartoli, E. Bartoli, F. Faraldi
La.s.e.r., Torino

Obiettivo: l'ablazione miopica standard tende a rendere la cornea oblatata con conseguente aberrazione sferica negativa (Malacara notation). Viene presentato un nuovo profilo di ablazione per la miopia, in cui viene indotta aberrazione sferica positiva a costo rifrattivo zero che consente di mantenere la cornea prolata anche dopo una correzione di tipo miopico. **Materiali e metodi:** La correzione è di tipo aberrometrico vi si impiegano il CRS Master ed il MEL 80, Carl Zeiss Meditec. **Risultati e conclusioni:** vengono presentati i risultati preliminari che, a parte l'ottimo risultato refrattivo ed il mantenimento della prolatività corneale, evidenziano un notevole risparmio di tessuto a parità di zona ottica, rispetto a un trattamento tradizionale.

C29 ANALISI DELLE FLECKS RETINICHE NEL FUNDUS FLAVIMACULATUS

G. Querques¹, F. Prascina¹, C. Iaculli¹, N. Delle Noci¹, G. Soubrane², E. Souied²

1. Clinica Oculistica, Ospedali Riuniti, Università degli Studi di Foggia

2. Clinique Ophthalmologique, Hopital Intercommunal de Creteil, Université Paris Val de Marne, Paris XII, France

Obiettivo: le flecks retiniche sono comunemente osservate sia nella malattia di Stargardt sia nel fundus flavimaculatus (FFM). Lo scopo di questo studio è di determinare la precisa localizzazione di queste flecks all'interno degli strati retinici usando la tomografia a coerenza ottica (OCT). **Materiali e metodi:** osservazione prospettica di una serie di casi. Abbiamo eseguito un completo esame oftalmologico, incluso l'autofluorescenza,

la fluorangiografia (FA) e l'OCT, in 49 occhi di 26 pazienti con FFM. In ogni occhio abbiamo eseguito da 6 a 12 scansioni OCT lineari centrate sulle flecks. **Risultati:** abbiamo osservato all'OCT depositi iperreflettenti che abbiamo deciso di classificare in due tipi: lesioni di tipo 1 (94% degli occhi), ovvero depositi cupoliformi localizzati nello strato interno dell'epitelio pigmentato retinico (EPR), e lesioni di tipo 2 (88% dei pazienti), ovvero piccoli depositi lineari situati a livello dello strato dei nuclei esterni e ben separati dall'EPR. **Conclusioni:** la localizzazione delle lesioni di tipo 2 è piuttosto inusuale tra le distrofie maculari. L'OCT è uno strumento non invasivo che fornisce nuove informazioni sulla sede delle flecks nella FFM. L'OCT risulta quindi estremamente utile nella diagnosi e nell'interpretazione patogenetica delle flecks retiniche in caso di FFM.

C30 NEUROPATIA ISCHEMICA ANTERIORE DEL NERVO OTTICO TRATTATA CON PROSTAGLANDINA E1 ENDOVENA, NADROPARINA E CORTISONE

R.D. Steigerwalt Jr.¹, M.R. Cesarone², G. Belcaro², S. Pintucci³, M. Melillo⁴, R. Appolloni⁵, M. De Angelis⁶, A. Pascarella⁶

1. *Clinica ARS Medica, Roma*

2. *Vascular Research Center, San Valentino, Pescara*

3. *Oftalma Srl, Roma*

4. *Clinica Fabia Mater, Roma*

5. *Università di Roma, La Sapienza, Dip. Oftalmica, Ospedale Sant'Andrea, Roma*

6. *Ospedale Oftalmico, Roma*

Obiettivo: trattamento di un caso di neuropatia ischemica anteriore del nervo ottico. **Materiali e metodi:** donna di 78 anni, trattata inizialmente con prostaglandina E1 e cortisone e.v.; dopo 5 settimane, era trattato con nadroparina s.c.. **Risultati:** prima del trattamento la vista era 1/10. Con prostaglandina E1 endovena e cortisone e.v., la vista migliorava a 5/10 ma si era formata una stella maculare. Dopo il trattamento con nadroparina s.c., la vista era 10/10 e la stella maculare era scomparsa. **Conclusioni:** la combinazione di prostaglandina E1 endovena, cortisone e nadroparina può essere usata per trattare neuropatia ischemica anteriore del nervo ottico.

C31 TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE E PRESSIONE INTRAOCULARE: NECESSITÀ DELLA PARACENTESI

P. Aurilia, S. Mazzeo, R. De Marco

U.O. di Oftalmologia, Ospedale C. Ascalesi, Napoli

Obiettivo: registrare le variazioni della IOP dopo iniezione intravitreale (4 mg) di triamcinolone (IVTA) per valutare la necessità della paracentesi routinaria. **Materiali e metodi:** sono stati considerati 16 occhi affetti da edema maculare diabetico, edema susseguente ad occlusione della vena centrale, CNV occulta secondaria ad AMD. Prima dell'IVTA sono stati somministrati 20 cc di mannitolo in bolo e posizionato l'oculopressore. La tonometria è stata effettuata prima dell'IVTA, 10 minuti, 1, 3, 24 ore dopo. **Risultati:** rispetto al valore medio basale ($16 \pm 1,2$ mmHg) la IOP è aumentata 10 minuti dopo l'iniezione intravitreale ($22 \pm 1,4$ mmHg). Un'ora dopo è diminuita ($16,5 \pm 0,70$ mmHg); dopo 3 ore il valore della IOP è tornato al valore basale, mantenendosi tale dopo 24 ore. Dopo l'IVTA è stata valutata la percezione luminosa e la perfusione retinica. In nessun paziente è stata necessaria la paracentesi. **Conclusioni:** l'IVTA determina un aumento della IOP moderato e per un periodo limitato. Non si vince la necessità della paracentesi routinaria prima o dopo l'IVTA. I rischi connessi alla pratica della paracentesi dovrebbero essere considerati solo in presenza di una alterata perfusione retinica.

C32 L'INIEZIONE SOTTOTENONIANA DI TRIAMCINOLONE ACETONIDE NEL TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE

G. Lari, M. Dell'Acqua, L. Criscigiovanni, F. Basilico, F. Marcoli

U.O. Oculistica Istituto Clinico Mater Domini, Castellanza (VA)

Obiettivo: valutare l'efficacia dell'iniezione sottotenoniana di triamcinolone acetoneide nel trattamento dell'edema maculare resistente alle terapie convenzionali. **Materiali e metodi:** 78 occhi di 66 pazienti affetti da edema maculare (38 retinopatia diabetica, 17 occlusione venosa retinica, 11 degenerazione maculare essudativa). L'iniezione sotto-tenoniana viene eseguita nel quadrante supero temporale a 8 mm dal limbus, iniettando 0,5 ml di farmaco (20 mg principio attivo). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita oculistica, misurazione della IOP ed OCT macula prima del trattamento, e 7 giorni, 1, 3, 6 e 12 mesi dopo il trattamento. **Risultati:** i pazienti con retinopatia diabetica ed occlusione vascolare retinica hanno avuto un miglioramento della BCVA e dello spessore retinico foveale persistente per 3-6 mesi; in alcuni casi il trattamento è stato ripetuto con successo. Nei pazienti affetti da degenerazione maculare essudativa la BCVA è peggiorata, e lo spessore retinico foveale è incrementato. In nessun caso si sono verificate complicanze significative. **Conclusioni:** la procedura è risultata efficace, sicura e ripetibile per il trattamento dell'edema maculare diabetico e post occlusivo, mentre non è inefficace nella degenerazione maculare essudativa.

C33 LA MODIFICA DELL'ACUITÀ VISIVA DOPO INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB PER DEGENERAZIONE MACULARE ESSUDATIVA NON È CORRELATA AL TIPO DI MEMBRANA NEOVASCOLARET. Libondi^{1,2}, A.K. Ihloff², B. Harder², I. Kreissig², F. Schlichtenbrede², U.H. Spandau², J.B. Jonas²

1. Dipartimento di Oftalmologia, Il Università di Napoli

2. Dipartimento di Oftalmologia, Facoltà di Medicina Mannheim, Università di Heidelberg (Germania)

Scopo del lavoro: valutare le modificazioni dell'acutezza visiva dopo iniezione intravitreale di Bevacizumab per il trattamento della degenerazione maculare senile essudativa in relazione al tipo della membrana subfoveolare. **Materiali e metodi:** questo studio (serie di casi) include 44 occhi di 44 pazienti che hanno ricevuto una iniezione intravitreale di 1,5 mg. di Bevacizumab. Sulla base del quadro fluorangiografico il gruppo totale di studio era diviso in membrane di tipo occulto, minimamente classiche, prevalentemente classiche e classiche pure. Il follow-up era di almeno 2 mesi. **Risultati:** il massimo guadagno nell'acutezza visiva ($M \pm DS$ 2,8 \pm 3,1 linee Snellen), così come il guadagno in acutezza visiva a 1 mese ed a 2 mesi dopo l'iniezione, non erano statisticamente diversi fra i 4 sottogruppi. L'analisi multivariata, tenendo in considerazione l'età, il tipo di membrana e l'acutezza visiva iniziale come variabili indipendenti non mostrava una influenza statisticamente significativa ($p=0,71$) del tipo di membrana neovascolare sul guadagno in acutezza visiva. **Conclusioni:** il guadagno di acutezza visiva dopo iniezione intravitreale di Bevacizumab per il trattamento della degenerazione maculare essudativa non differisce tra i vari tipi di membrana neovascolare.

C34 STUDIO COMPARATO MICROPERIMETRICO E TOMOGRAFICO DEL PUCKER MACULARE CHIRURGICO

V. Ferrara, D. Cipullo, D. Battistello, V. Belloli

S.C. Oculistica, Ospedale di Arona

Obiettivo: valutare il recupero funzionale ed anatomico della regione maculare dopo chirurgia del pucker. **Materiali e metodi:** 20 occhi con pucker maculare sottoposti a vitrectomia con peeling della membrana epiretinica + ILM (coloranti: triamcinolone e trypanblue). Venivano eseguite 4 visite (preoperatoria, ad 1, 3, 6 mesi), valutando: A.V. (ETDRS), sensibilità retinica e fissazione retinica mediante microperimetria (MP1), spessore maculare centrale (OCT3). Abbiamo calcolato la correlazione tra dati funzionali (A.V./sensibilità retinica) e tra microperimetria ed OCT3. **Risultati:** nel postoperatorio A.V. aumenta ($p < 0,05$), sensibilità retinica e fissazione migliorano ($p < 0,5$). Lo spessore maculare diminuisce ad 1 mese ($p < 0,5$), 3 e 6 mesi ($p < 0,05$). La correlazione A.V./sensibilità retinica risulta alta ($r = -0,8$), buona appare la correlazione tra recupero microperimetrico e modificazioni tomografiche ($r = -0,5$). **Conclusioni:** l'asportazione della membrana epimaculare e della ILM si conferma strategia terapeutica efficace e sicura anche con coloranti (triamcinolone, Trypan-blue). L'utilizzo di tests funzionali e morfologici evidenzia un miglioramento di tutti i parametri studiati, sebbene l'aumento della sensibilità retinica sembrerebbe meno significativo rispetto all'incremento della A.V. ed alla riduzione dello spessore maculare.

C35 STUDIO MORFOFUNZIONALE DELLA RETINA CENTRALE DOPO DISTACCO DI RETINA

S. Abbruzzese, R. Halfeld Furtado de Mendonça, L. Coltella, R. Malagola, E. Rispoli

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche dell'Università di Roma "La Sapienza"

Obiettivo: studiare morfofunzionalmente la regione centrale della retina dopo il "successo chirurgico" del DR regmatogeno macula-off. **Metodo:** 15 pz sono stati sottoposti, dopo 4 mesi dal primo intervento per DR regmatogeno macula-off, a visita oculistica completa, retinografia, OCT, mfERG e Microperimetria MP1. È stata valutata l'ampiezza e la latenza dell'onda P1 del mfERG nell'occhio sano e nell'occhio operato. I dati ottenuti sono stati confrontati con la microperimetria, con lo spessore centrale dell'OCT e con l'acutezza visiva postoperatoria. **Risultati:** è presente una correlazione statisticamente significativa tra microperimetria, ampiezza e latenza della onda P1 del mfERG fra occhio sano e operato nelle zone 1, 2, 3 e 4. (eccetto che per la latenza P1 nella zona 1). L'ampiezza è un indice più affidabile della latenza per evidenziare un danno a livello fotorecettoriale. **Conclusioni:** OCT, mfERG e la microperimetria sono un valido strumento moderno offerto all'oftalmologo per monitorizzare il follow-up di pazienti operati di DR.

C36 VITRECTOMIA PARS PLANA NELLE ENDOFTALMITI DOPO INTERVENTO DI CATARATTA SENZA RIMOZIONE DELLALENTE INTRAOCULARE: RISULTATI PRELIMINARIF. Fiorimonte^{1,2}, D. Lorenzano³, A. Calabrese¹

1. Istituto di Oftalmologia Università degli Studi di Roma Tor Vergata

2. UOC Oftalmologia AUSL Rieti

3. UO di Oculistica, Casa di Cura Villa Tiberia, Roma

Scopo: valutare la sicurezza e i risultati clinici della vitrectomia pars plana (VPP) nel trattamento delle endoftalmiti in bulbi pseudofachici senza rimozione della IOL. **Metodi:** analisi retrospettiva su 12 casi di endoftalmiti insorta dopo intervento di facoemulsificazione ed impianto di IOL sottoposti a VPP con follow-up dai 12 ai 36 mesi. Abbiamo sempre eseguito una VPP utilizzando BSS con Vancomicina e Ceftazidime, una capsulotomia posteriore e un lavaggio della capsula senza rimozione della IOL. In caso di recidiva d'endoftalmitite abbia-

mo eseguito una capsulectomia con rimozione della IOL. **Risultati:** tra i 12 casi sottoposti a PPV senza rimozione della IOL solo in uno abbiamo riscontrato una recidiva di endoftalmite a 2 mesi dalla vitrectomia per la quale abbiamo effettuato una capsulectomia e asportazione della IOL. Nei restanti 11 l'intervento di PPV senza rimozione della IOL è risultata risolutiva senza recidive ad un follow-up medio di 18 mesi. **Conclusioni:** la PPV nel trattamento delle endoftalmiti post intervento di cataratta senza asportazione della IOL è risultata una metodica sicura per la bassa incidenza di recidive riportate e l'acuità visiva raggiunta nella nostra casistica.

C37 MEMBRANE NEOVASCOLARI COROIDEALI COMPLICANTI LA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ: ESPRESSIONE ANGIOGRAFICA A CONFRONTO DOPO TERAPIA FOTODINAMICA E INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB

C. Franzetti, V. Ferrara, V. Belloli

U.O. Oculistica, Presidio Ospedaliero di Arona

Obiettivo: confrontare l'aspetto angiografico di MNVC secondarie a DMLE sottoposte sia a terapia fotodinamica, sia, entro 3 mesi, a iniezione intravitreale di Bevacizumab. **Materiali e metodi:** 15 occhi con MNVC (12 classiche e 3 minimamente classiche) secondaria a DMLE sono stati sottoposti a terapia fotodinamica e, in assenza di soddisfacente o stabile risposta, ad iniezione intravitreale di Bevacizumab. Follow up ad un mese e tre mesi con fluorangiografia (Heidelberg) e OCT. **Risultati:** dopo terapia fotodinamica l'angiografia mostrava precoce ipofluorescenza a sostituire l'iperfluorescenza riferita alla membrana e al leakage. Dopo iniezione intravitreale di Bevacizumab, in caso di risposta completa alla terapia, l'angiografia mostrava persistenza dell'iperfluorescenza per impregnazione. In caso di risposta parziale residuava minimo leakage con prevalente impregnazione. **Conclusioni:** le MNVC trattate con iniezione intravitreale di Bevacizumab si esprimono fluorangiograficamente in maniera differente rispetto a quelle trattate con terapia fotodinamica. L'interpretazione del nuovo quadro angiografico è necessaria nella valutazione dell'efficacia della terapia.

C38 AGENESIA DEL CORPO CALLOSO E VISIONE BINOCULARE

G. Bellizzi, U. Propoli, G. Rizzo, M. Bellizzi

U.O. Oftalmologia II, Università degli Studi di Bari

Scopo del lavoro: valutare le alterazioni dell'apparato visivo associate ad encefalopatie infantili particolarmente nell'agenesia o ipoplasia grave del corpo calloso (CC). **Materiali e metodi:** dei 12 pazienti esaminati (8 M – 4 F, età media: 2,6 aa.) n° 2 presentavano la sola agenesia del CC, n° 10 presentavano ipoplasia o assottigliamento del CC con o meno associate altre lesioni cerebrali e in particolare:

- a) n° 2 S. Arnold-Chiari I e II
- b) n° 1 S. Aicardi
- c) n° 1 malformazione Dandy-Walker
- d) n° 6 ipoplasia primitiva CC

Risultati: la motilità oculare, nei pz. con agenesia (n° 2 pz. agenesia e n° 6 pz. ipoplasia CC) quale sola alterazione cerebrale radiologicamente presente, non presentava alterazioni motorie se non una incoordinazione dei movimenti oculari nella quasi totalità dei casi, contrariamente a tutti i restanti casi in cui oltre la lesione del CC erano coinvolte differenti strutture cerebrali. **Conclusioni:** è stato dimostrato che il CC, connessione mediana del cervello che collega i due emisferi, è sede della sola stereopsi centrale e non di vie dell'oculomotone. Le encefalopatie infantili che vedano coinvolti i ventricoli, emisfero frontale o strutture cerebellari, presentano in genere una compromissione della motricità oculare per una diretta lesione delle vie di collegamento tra tali centri preposti alla coordinazione motoria. La sola ipo-agenesia del CC può essere asintomatica, la visione binoculare non risulta essere compromessa nella evidenza clinica degli aspetti motori nelle prime fasi, ma si potrebbe ipotizzare che in tali pazienti lo sviluppo della stessa visione binoculare possa non raggiungere un livello maturativo completo più tardivamente.

C39 RETINOPATIA DELLA PREMATURITÀ: IL RUOLO EMERGENTE DELLA CORIOAMNIONITE

P.E. Maimone^{1,3}, L. Pinello^{1,3}, M. Mazzarolo^{1,3}, S. Chiarelli², S. Vedovato³, V. Zanardo³

1. Centro Regionale per l'Ipovisione in Età Evolutiva

2. Istituto di Anatomia Patologica, Università di Padova

3. Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Obiettivi: valutare il ruolo della corioamnionite istologica del pretermine (HCAM), che comporta una risposta infiammatoria sistemica fetale, inclusiva della Retinopatia della Prematurità (ROP). **Metodi:** abbiamo studiato 51 pretermine con ROP, divisi in 2 gruppi in base alla presenza (25 casi, HCAM+) o assenza (36 casi, HCAM-) di corioamnionite. Tutti i pretermine erano nati prima di 32 settimane di gestazione e pesavano meno di 1200 g. Il follow-up oftalmologico (2002-2006) ha incluso l'assessment funzionale visivo (acuità visiva con Teller Acuity Cards (TAC)) e refrattivo (Retinomax – Nikon), effettuato dal terzo mese post-natale. **Risultati:** il gruppo HCAM+ ha mostrato un ritardato recupero dalla ROP statisticamente significativo rispetto al gruppo

HCAM- ($53,2 \pm 28,7$ vs $33,4 \pm 11,6$ settimane; $p < 0,01$). Inoltre, l'acuità visiva testata con TAC ha mostrato una maturazione visiva ritardata nel gruppo HCAM+. **Conclusioni:** l'HCAM del pretermine risulta un fattore cruciale, "fattore ritardante", nel recupero organico e funzionale nei prematuri ad alto rischio con ROP. Ulteriori indagini sono necessarie per valutare questi risultati in un follow-up a lungo termine.

C40 POTENZIALI EVOCATI VISIVI NELL'AMBLOPIA DI DIVERSA ORIGINE

P. Capozzi, C. Morini, M. Montes, P. Vadalà
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Obiettivo: descrivere le caratteristiche dei Potenziali Evocati Visivi (PEV) nell'ambliopia. **Materiali e metodi:** sono stati inclusi nello studio bambini con ambliopia da derivazione, anisometropica e strabica. Tutti sono stati sottoposti ad esame oftalmologico completo e a valutazioni elettrofunzionali (PEV Pattern e Flash) prima della terapia e almeno altre tre volte durante il follow-up. Gli esami elettrofunzionali sono stati condotti rispettando le norme ISCEV. **Risultati:** sono stati arruolati 90 pazienti, con follow-up compreso tra 1 e 4 anni. Si sono rilevati miglioramenti agli esami PEV in tutti i bambini che praticavano la terapia occlusiva. Nell'ambliopia anisometropica è stata osservata un'asimmetria delle risposte tra i due occhi, con valori normali di P100 (Pattern) e P2 (Flash). Nell'ambliopia da deprivazione, si sono registrati tracciati variabili sulla base della durata e della profondità del deficit. Nell'ambliopia strabica è stata rilevata un'associazione tra le anomalie dei PEV e l'entità dello scotoma di soppressione. **Conclusioni:** nei bambini con ambliopia, i PEV consentono un'analisi dettagliata dello stato funzionale delle vie visive, fornendo informazioni utili ai fini del monitoraggio e della gestione del paziente.

C41 PRECISIONE E RIPETITIVITÀ A CONFRONTO TRA DUE ABERROMETRI A FRONTE D'ONDA: Z-VIEW E WAVESCAN

D. Capobianco, V. Carbone, V. Russo
ASL NA 1 P.S.I. Napoli Est

Scopo del lavoro: valutare e confrontare la precisione e la ripetitività tra un aberrometro a fronte d'onda basato su reticolo diffrattivo tipo Talbot (Z-VIEW della OPHTHONIX) e uno a fronte d'onda tipo Hartmann (WAVESCAN della VISX). **Materiali e metodi:** 50 occhi con errore rifrattivo tra -7 e +10 D. Sono stati esaminati con cinque misurazioni consecutive con ciascun aberrometro. **Risultati:** nella misurazione delle aberrazioni dal 3° al 6° ordine la media degli errori RMS è stata di 0,24 micron per Z-View e di 0,30 micron per Wavescan; la deviazione standard delle cinque misurazioni è stata rispettivamente di 0,006 e di 0,008 microns. Entrambi gli aberrometri hanno dato un'eccellente correlazione nella misurazione delle aberrazioni di basso ordine con differenza non statisticamente significativa. **Conclusioni:** l'aberrometro Z-View è risultato in possesso di un'ottima precisione e ripetitività per le aberrazioni di basso e di elevato ordine. Il minor costo e la possibilità di dare indicazioni attualmente per la costruzione di lenti a tempiali e nel prossimo futuro di lenti a contatto "personalizzate", ne fanno uno strumento diagnostico molto utile.

C42 SISTEMA DI TRIAGE DEDICATO ALL'URGENZA IN OFTALMOLOGIA: RESCUE STUDIO PILOTA SU 1.000 PAZIENTI DI PRONTO SOCCORSO

T. Rossi, B. Boccassini, M. Iossa, G. Lesnoni, P.A. Mutolo
Ospedale Oftalmico di Roma

Obiettivo: scopo dello studio è proporre una scala di codifica per le urgenze in oftalmologia basata sull'attribuzione di un punteggio a segni e sintomi di presentazione, denominata RESCUE (Rome Eye system for SCoring Urgency and Emergency). **Materiali e metodi:** nella prima fase sono stati analizzati retrospettivamente i record del pronto soccorso e analizzati i segni e sintomi associati all'ospedalizzazione. Nella fase due, sono stati arruolati 1.000 pazienti consecutivi e codificati con il RESCUE. Dopo la diagnosi ed il trattamento i dati sono stati analizzati e a ogni paziente è stato attribuito un codice retrospettivo, post-diagnosi (codice RETRO). La correlazione tra i codici RESCUE e RETRO è stata calcolata. **Risultati:** 160,936 record sono stati analizzati retrospettivamente; 2.407 (1.4%) hanno richiesto l'ospedalizzazione. Calo del visus (90%), rossore (76%) dolore (47%) sono stati i sintomi e segni più frequenti. La correlazione tra codifica RESCUE e RETRO è altamente significativa ($p > 0.01$): con 841/1000 codificati nello stesso codice-colore. I pazienti ospedalizzati presentavano un punteggio RESCUE significativamente superiore ai non ospedalizzati ($p < 0.01$). **Conclusioni:** il sistema di codifica RESCUE rappresenta uno strumento promettente nello screening delle urgenze oftalmologiche capace di discriminare pazienti con maggiore gravità e necessità di ricovero.

P1 LA TERAPIA FOTODINAMICA NEI LEUCOMI CORNEALI VASCOLARIZZATI

P. Aurilia, I. Mele, R. De Marco
U.O. di Oftalmologia, Ospedale C. Ascalesi, Napoli

Obiettivo: valutare l'effetto della terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina su un paziente con un leucoma corneale vascolarizzato. **Materiali e metodi:** la PDT è stata effettuata seguendo il protocollo internazionale utilizzato per le neovascolarizzazioni coroideali. È stato valutato il visus, la IOP, l'esame alla lampada a fessura, dopo 2, 15, 30 giorni dal trattamento e, mensilmente, per 6 mesi. **Risultati:** subito dopo il trattamento si è manifestata la regressione dei neovasi, ma dopo 2 mesi a causa della ricanalizzazione di alcuni vasi si è proceduto ad un nuovo trattamento, con scomparsa totale dei neovasi corneali. Non si sono verificate complicanze oculari (alterazioni vascolari retiniche o danni maculari, segni di iridociclite, variazione della IOP, blefarite), né sistemiche al farmaco. **Conclusioni:** la PDT può rappresentare una terapia nei leucomi corneali vascolarizzati e diventare, in casi selezionati, un valido aiuto nella preparazione di successive cheratoplastiche. Questo studio ha, tuttavia, dei limiti: è stato trattato un solo paziente, il follow-up è di solo 6 mesi, necessitano ulteriori studi per trovare i parametri ottimali del laser a seconda della profondità dei neovasi corneali.

P2 STUDIO CONFOSCAN 4 CHERATOPATIA GRANULARE VARIANTE TIPO AVELLINO. CASE REPORT

A. Laborante, L. Buzzonetti
Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

Obiettivo: valutazione microscopica in vivo tissutale e cellulare del tessuto corneale nella cheratopatia granulosa variante tipo Avellino giunta alla nostra osservazione. **Materiale e metodi:** paziente affetto da tale patologia in cui si è eseguita una accurata valutazione confocale e genetica. Si è utilizzato apparecchio Confoscan 4. **Risultati:** lo studio confocale ha dimostrato che le maggiori modificazioni strutturali interessano l'epitelio, lo stroma superficiale ma anche l'intermedio. Importante è la visualizzazione in vivo dei depositi corneali. Lo studio genetico ha evidenziato una mutazione nell'ambito del cromosoma 5, probabilmente la granulosa, la reticolare e la Avellino sarebbero accomunate da una mutazione genica simile, con manifestazione fenotipica diversa. **Conclusioni:** lo studio confocale riveste a nostro parere una valenza: clinica per localizzare la profondità delle lesioni e decidere l'approccio chirurgico adeguato (laser ad eccimeri, cheratoplastica lamellare superficiale o profonda, perforante); di ricerca per comprendere la patogenesi; nosologica per semplificare la classificazione; utile nella diagnosi differenziale e nel follow-up della malattia.

P3 STUDIO DELLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO E DELLA ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO DOPO IMPIANTO DI ACRYOSF NATURAL SN60AT E ACRYOSF IQ SN60WF

A. Torreggiani, A. di Biase, A. Duca, F. Khaki, M. Fogli, G. Tassinari
U.O. Di Oculistica, Ospedale San Giovanni in Persiceto (BO)

Obiettivo: determinare le differenze di sensibilità al contrasto tra una lente convenzionale sferica ed una asferica. **Materiali e metodi:** in 50 occhi sottoposti a facoemulsificazione con impianto di IOL Acrysof Natural SN60AT (25 occhi) o Acrysof IQ SN60WF (25 occhi) è stata valutata la sensibilità al contrasto con Sifimav e la acuità visiva ad alto e basso contrasto con Logarithmic Visual Acuity Chart (Zyoptix Quality of Vision). **Risultati:** l'acuità visiva ad alto e basso contrasto è risultata superiore nei pazienti impiantati con Acrysof IQ. La Acrysof IQ inoltre presenta una sensibilità al contrasto migliore in condizioni fotopiche ed in condizioni mesopiche rispetto alla Acrysof Natural. **Conclusioni:** la Acrysof IQ presenta una sensibilità al contrasto migliore ed una acuità visiva superiore ad alto e basso contrasto rispetto alla Acrysof Natural.

P4 STUDIO DELLA ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO E DELLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO DOPO IMPIANTO DI SOFLEX SE E SOFPORT AO

A. Duca, A. Di Biase, A. Torreggiani, F. Khaki, L. Neri, G. Tassinari
U.O. di Oculistica, Ospedale San Giovanni in Persiceto (BO)

Obiettivo: comparare acuità visiva ad alto e basso contrasto e la sensibilità al contrasto tra IOL convenzionale ed asferica del medesimo materiale. **Materiali e metodi:** 50 occhi (25 per gruppo) sono stati sottoposti ad intervento di facoemulsificazione con impianto di IOL convenzionale ed asferica. A 3 mesi è stata valutata la sensibilità al contrasto con Sifimav e la acuità visiva ad alto e basso contrasto (Zyoptix Quality of Vision, Logarithmic Visual Acuity Chart). La sensibilità al contrasto evidenziava nei due gruppi differenze a tutte le frequenze spaziali (1,5; 3; 6; 12; 18 cicli/grado). L'acuità visiva a basso e ad alto contrasto è di 0,317 e 0,066 LogMar nei pazienti con Soflex, e di 0,233 e 0,005 LogMar nel gruppo con Sofport. **Risultati:** l'acuità visiva ad alto e basso contrasto è risultata superiore nei pazienti impiantati con Sofport AO. La sensibilità al contrasto in condizioni mesopiche e fotopiche è risultata essere superiore utilizzando IOL asferiche. **Conclusioni:** La Sofport AO presenta una sensibilità al contrasto migliore ed una acuità visiva superiore ad alto e basso contrasto rispetto alla lente Soflex SE.

P5 LA PERFORMANCE VISIVA DELLE IOL ASFERICHE: STUDIO MEDIANTE SENSIBILITÀ AL CONTRASTO ED ABERROMETRIA

L. Porsia, A. Mularoni, L. Di Silvestre, A. Torreggiani, A. Di Biase, G. Tassinari
U.O. di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: confrontare sensibilità al contrasto (SC) ed aberrometria tra IOL asferiche SofPortAO e AcrySofIQ e IOL sferiche AcrySofSN60AT. **Metodo:** 102 occhi di 88 pazienti sono stati operati di cataratta ed impiantati con SofPortAO (36) o AcrySofIQ (48) o AcrySofSN60AT (18), quindi sottoposti ad esame della SC con CSV-1000 ed aberrometrico con OPD. **Risultati:** gli occhi impiantati con AcrySofIQ hanno presentato aberrazioni sferiche significativamente inferiori rispetto alle SofPortAO e alle AcrySofSN60AT, mentre la SC non è risultata significativamente differente. **Conclusioni:** le IOL asferiche AcrySofIQ sembrano migliorare la qualità ottica ma non la qualità visiva.

P6 UTILITÀ DEL TONOMETRO A RIMBALZO IN ETÀ PEDIATRICA

F. Matrisciano, G. Molfino, L. Manfredonia
U.O. di Oftalmologia Ospedale di Maddaloni, ASL CE 1

Obiettivo: tonometria in età pediatrica nell'ambulatorio oculistico di un ospedale di Provincia. **Materiali e metodi:** confronto del tonometro a rimbalzo col tonometro ad applanazione di Goldman su 286 bambini di età tra 4 e 15 anni, suddivisi in 3 gruppi. Del campione, 52 bambini appartenevano alla fascia d'età 4-7 anni, 76 appartenevano alla fascia d'età 8-11 anni e 158 appartenevano alla fascia d'età 12-15 anni. **Risultati:** col tonometro di Goldman, nel primo gruppo la tonometria è risultata praticabile ed attendibile soltanto in 4 bambini (7,7%), mentre negli altri 48 (92,3%) è risultata impraticabile per l'assoluta assenza di collaborazione. Nel secondo gruppo, risultati poco attendibili e abrasioni corneali in 40 bambini (52,6%). Affidabilità e sufficiente collaborazione nei restanti 36 bambini (47,4%). Risultati sufficientemente attendibili si sono ottenuti in 142 bambini (89,9%) del terzo gruppo, mentre nei restanti 16 bambini (10,1%) la tonometria è risultata non praticabile. Col tonometro a rimbalzo, la tonometria è risultata attendibile in 23 bambini del primo gruppo (44,2%), in 61 bambini del secondo gruppo (80,3%) e nel 100% dei bambini del terzo gruppo. **Conclusioni:** il tonometro a rimbalzo, per la minima collaborazione richiesta, per l'utilizzo di una sonda monouso, per l'assenza di anestetico e per la rapidità della misurazione è particolarmente indicato per la tonometria in età pediatrica.

P7 TRASLOCAZIONE MACULARE CIRCOLARE CON RIMOZIONE DI CNV CON UTILIZZO DEL SISTEMA 23 GAUGE E TECNICA BIMANUALE

C. Forlini, P. Rossini, A. Aversano
U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Obiettivo: mostrare l'efficacia dell'utilizzo della tecnica 23 gauge nella chirurgia della traslocazione maculare. **Materiali e metodi:** due casi di AMD in pseudofachia trattati con traslocazione maculare 360°, utilizzando la strumentazione 23 gauge. **Tecnica chirurgica:** posizionamento di chandelier (per eseguire manovre bimanuali), vitrectomia standard a 3 porte 23 G Triamcinolone-assistita, accurata, fino alla base vitreale. Induzione e distacco di retina totale con ago da 41 gauge inserito attraverso un quarto accesso 20 gauge transconiuntivale e retinotomia circolare a 360° seguita da rimozione della CNV. Scambio parziale fluido-perfluorocarbonato liquido e rotazione retinica di 40°. Endolaser a 360° e tamponamento: in un caso con olio di silicone 1000 cs ed in un secondo caso con olio pesante Densiron. Dopo 60 gg rimozione dei tamponanti. **Risultati:** follow-up 4 mesi. Retina piana. Incremento del visus di 1 linea nei due pazienti trattati. **Conclusioni:** la scelta del sistema 23 gauge (con tecnica bimanuale) per una chirurgia complessa quale quella della traslocazione maculare, non si è rivelata limitante, in nessuna fase chirurgica, grazie anche all'utilizzo di una quarta porta 20 G per l'introduzione di strumenti non disponibili nel calibro da 23 gauge.

P8 PROLIFERAZIONE FIBROVASCOLARE INTERNA IN UN CASO DI OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA

G. Carlevaro, P.U. Mainardi, M.A. Rigamonti, V.M. Marino
Struttura Complessa di Oculistica Adulti, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: presentare le caratteristiche cliniche di un caso clinico di proliferazione fibrovascolare interna in esiti di Occlusione Venosa Centrale Retinica (OVCR) già sottoposta a vitrectomia 25G. **Materiali e metodi:** una donna di 71 anni ha presentato OVCR in occhio destro. È stata sottoposta a vitrectomia 25G, Neurotomia Ottica Radiale (RON) e endofotocoagulazione delle aree ischemiche periferiche. Dopo 9 mesi ha sviluppato in OD glaucoma neovascolare ed emovitreo. È stata sottoposta quindi a vitrectomia 20G della base vitreale, endofotocoagulazione, impianto valvola di Ahmed via pars plana. **Risultati:** la vitrectomia 20G ha consentito la visualizzazione e l'asportazione del vitreo della base che presentava una estesa proliferazione fibrovascolare e, associata al trattamento fotocoagulativo e ad impianto di valvola drenante, ha permesso di ottenere il control-

lo della PIO. **Conclusioni:** il vitreo della base residuo dopo vitrectomia 25G mininvasiva per OVCR può essere sede di proliferazione fibrovascolare interna associata allo sviluppo di glaucoma neovascolare ed emovitreo. Tale aspetto clinico appare simile alla proliferazione fibrovascolare interna, complicità descritta della retinopatia diabetica proliferante.

P9 ASPORTAZIONE DI PUCKER MACULARE ASSOCIATO A MALATTIA DI STARGARDT

P. Regondi, G. Carlevaro, M. Delle Grottaglie, O. Beccaria, P.U. Mainardi
Struttura Complessa di Oculistica Adulti, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'efficacia clinica della asportazione chirurgica di pucker maculare associato a malattia di Stargardt. **Materiali e metodi:** 2 donne (caso 1: 23 anni; caso 2: 46 anni) affette da malattia di Stargardt e pucker maculare sono state sottoposte a vitrectomia 20G (caso 1) o vitrectomia 25G (caso 2) ed asportazione di pucker maculare. **Risultati:** dopo un follow-up postoperatorio di 3 anni (caso 1) e di 10 mesi (caso 2) lo spessore retinico e la tortuosità vascolare al polo posteriore risultavano ridotte. L'acutezza visiva centrale postoperatoria non risultava modificata dal trattamento chirurgico. **Conclusioni:** l'asportazione chirurgica di pucker maculare nei due casi trattati ha consentito di ottenere un risultato anatomico ma non funzionale.

P10 INIEZIONE SOTTORETINICA DI ATTIVATORE TESSUTALE DI PLASMINOGENO IN UN CASO DI EMORRAGIA SUBMACULARE

P.U. Mainardi, G. Carlevaro, V.M. Marino
Struttura Complessa di Oculistica Adulti, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'efficacia clinica dell'iniezione sottoretinica di attivatore tessutale del plasminogeno (TPA) in un caso di estesa emorragia sottoretinica in sede maculare. **Materiali e metodi:** una donna di 51 anni ha presentato in occhio destro (OD) estesa emorragia submaculare (diametro massimo: 4 diametri papillari) da neovascolarizzazione sottoretinica. È stata sottoposta in OD a terapia fotodinamica. Dopo un mese in OD è stata effettuata vitrectomia 20G, induzione di distacco posteriore di Vitreo, iniezione sottoretinica di TPA (125 μ g/ml) in sede maculare con ago 41G, scambio fluido-aria. Il posizionamento postoperatorio è stato per 1 ora posizione supina, poi seduta col capo inclinato in avanti di circa 20 gradi. **Risultati:** il visus preoperatorio era 2/10, il visus postoperatorio a 6 mesi 8/10. A 4 mesi dall'intervento il riassorbimento dell'emorragia sottoretinica è risultata pressoché completa e non erano più presenti segni angiografici di neovascolarizzazione sottoretinica attiva. **Conclusioni:** l'iniezione sottoretinica di TPA associata a dislocazione pneumatica con aria ha permesso nel caso presentato il riassorbimento dell'emorragia submaculare consentendo un rapido recupero funzionale.

P11 INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE IN PAZIENTE AFFETTO DA EDEMA MACULARE CISTOIDE (E.M.C), INSORTO IN SEGUITO AD OCCLUSIONE VENOSA RETINICA DI BRANCA (O.V.R.B)

M. Illiano¹, E. Dell'Omo², P. Giacoia³, A. Menna¹
1. Reparto di Oculistica, Ospedale "SS. Annunziata", A.S.L NA 1
2. Reparto di Oculistica, Ospedale G. Vietri, A.S.L. Molise 4
3. Reparto di Oculistica, Ospedale "S.S. Maria delle Grazie", A.S.L NA 2

Scopo del lavoro: valutare l'efficacia del triamcinolone intravitreale nel ridurre l'E.M.C insorto in seguito ad O.V.R.B. **Materiali e metodi:** paziente maschio, età 60 anni, affetto da ipertensione sistemica arteriosa II stadio, si presentava alla nostra osservazione con visus naturale in OD 2/10 n.m.c.; visus naturale OS 10/10. All'esame del Fondo Oculare in OD ponevamo diagnosi in di occlusione venosa retinica della branca temporale inferiore ed E.M.C. Diagnosi confermata sia mediante F.A.G che esame O.C.T; quest'ultimo mostrava un aumento dello spessore foveolare di circa 600 μ . Si decideva pertanto di praticare in OD iniezione intravitreale di 40 mg di triamcinolone. **Risultati:** a distanza di tre settimane dall'iniezione intravitreale di triamcinolone, il paziente riferiva miglioramento soggettivo del visus in OD. All'esame obiettivo, visus naturale OD 8/10, tono oculare 16 mmHg; si decideva di ripetere l'esame O.C.T che, mostrava in OD riduzione dell'E.M.C (spessore foveolare di circa 200 μ con ripristino della normale morfologia foveolare. **Conclusioni:** l'utilizzo del triamcinolone intravitreale in pazienti affetti da E.M.C, conseguenza di patologie vascolari quali l'O.V.R.B, favorisce una rapida risoluzione dell'E.M.C consentendo una veloce riabilitazione visiva.

P12 REGRESSIONE DI EDEMA MACULARE CISTOIDE DOPO ASPORTAZIONE DI PIOMBAGGIO ED INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE ACETONIDE

G. Carlevaro, P. U. Mainardi, M. A. Rigamonti, O. Beccaria
Struttura Complessa di Oculistica Adulti, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: valutare l'evoluzione clinica di un caso di Edema Maculare Cistoide (EMC) insorto dopo intervento ab esterno per distacco di retina (DR). **Materiali e metodi:** un uomo di 75 anni ha presentato in occhio destro

DR da rottura retinica singola ore 9 con macula piana. È stato sottoposto a escrocioagulazione della rottura retinica associata a piombaggio con spugna di silicone radiale. Nel decorso postoperatorio la retina è risultata adesa, ma si sono evidenziate pieghe coroideali al polo posteriore associate a EMC. Dopo 2 mesi dall'intervento è stato asportato il piombaggio ed eseguito iniezione intravitreale di Triamcinolone acetonide (IVTA) (6 mg). **Risultati:** l'asportazione del piombaggio associata a IVTA ha determinato la regressione delle pieghe coroideali e dell'EMC con conseguente recupero funzionale. **Conclusioni:** pieghe coroideali al polo posteriore causate da piombaggio episclerale prominente possono associarsi allo sviluppo postoperatorio di EMC. Il trattamento combinato eseguito ha consentito la contemporanea regressione sia delle pieghe coroideali che dell'edema maculare cistoide.

P13 LA CHIRURGIA EPISCLERALE DEL DISTACCO DI RETINA

M. Nicoletti, S. Garuti, G. Tassinari

U.O. di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: valutare i risultati anatomici e funzionali nei pazienti operati per distacco di retina regmatogeno con approccio episclerale. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo di 200 casi consecutivi con almeno 2 anni di follow-up, operati da unico chirurgo. **Risultati:** il successo anatomico è stato ottenuto al primo intervento nel 88% dei casi. Le recidive sono state trattate nell'80% dei casi con revisione della chirurgia episclerale e nel 20% dei casi con approccio dall'interno. Il successo anatomico al secondo intervento è stato raggiunto nel 95% dei casi. Il visus medio finale è stato di 6/10 (range 1/50-10/10). **Conclusioni:** il recupero funzionale del distacco di retina dipende da interessamento maculare preoperatorio, età del paziente al momento dell'intervento e numero di reinterventi. Lo studio OCT non ha evidenziato correlazioni significative tra anatomia maculare e scarso recupero funzionale. I fattori di rischio principali per il fallimento del primo intervento sono: miopia elevata, proliferazione vitreoretinica e pseudofachia associata a rottura della capsula posteriore.

P14 ARTERITE E RETINITE CORRELATA AD EPSTEIN BARR VIRUS

C. De Dominicis, G. Graziani, M.S. Tognon

Clinica Oculistica, Università di Padova

Obiettivo: si vuol evidenziare come, pur essendo l'Epstein Barr (EBV) causa di una patologia infettiva similinfluenzale autolimitantesi diffusa negli immunocompetenti, lo sviluppo di una diagnostica specifica e sensibile quale l'identificazione del DNA virale stia aumentando le diagnosi di gravi patologie d'organo ad esso correlate. **Materiali e metodi:** paziente di 41 anni immunocompetente con arterite papillare monolaterale che porta rapidamente ad atrofia ottica seguita da infiltrazione retinica profonda massiva e vitreite. Gli esami su sangue escludono le più comuni patologie infettive o immuni per cui si procede ad un prelievo vitreale con ricerca di acidi nucleici per virus erpetici, micobatteri, toxoplasma, rosolia e tipizzazione linfocitaria. **Risultati:** riscontriamo EBV DNA sia su sangue e che su vitreo (tramite PCR) nonostante gli anticorpi anti EBV su sangue non dimostrassero un'infezione recente. Dalla tipizzazione linfocitaria sul vitreo emerge inoltre una notevole presenza di linfociti T probabilmente reattivi. **Conclusioni:** la recente possibilità di evidenziare il DNA virale per EBV mostra come in alcuni individui persista il virus nel sangue pur senza movimenti anticorpali. L'ipotesi è che questi pazienti, sebbene immunocompetenti, abbiano un deficit settoriale dell'immunità specifica per EBV che li predisporrebbe a importanti localizzazioni d'organo.

P15 TRAUMATISMO ENDOTELIALE BILATERALE DA DISLOCAZIONE POST-INFIAMMATORIA DILENTE FACHICA RIFRATTIVA

D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini

Unità Operativa di Oculistica Lugo (RA)

Scopo: gli Autori descrivono un caso di cheratopatia bollosa bilaterale in una giovane paziente miope operata 18 mesi prima di impianto in camera anteriore di lente rifrattiva angolare ed interessata da successivi ripetuti episodi di iridociclite dal sesto mese di follow-up. **Metodi:** vengono presentate la progressiva riduzione dell'acuità visiva, le conte endoteliali che attestano la progressiva perdita di cellularità e il contatto lente/endotelio periferico dimostrato dall'esame UBM. **Risultati:** gli Autori hanno proceduto ad espianto bilaterale delle lenti ed è stata programmata una cheratoplastica perforante. **Conclusioni:** gli Autori attribuiscono la dislocazione della lente fachica rifrattiva alla flogosi uveale.

P16 INTERESSAMENTO OCULARE IN CORSO DI CINCA SYNDROME: L'ESPERIENZA DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO DI TRIESTEF. Parentin¹, D. Catalano¹, L. Lepore²

1. S.C. Oculistica, IRCCS Burlo Garofolo Trieste

2. Clinica Pediatrica Università di Trieste IRCCS Burlo Garofolo Trieste

Obiettivo: descrivere le caratteristiche dell'interessamento oculare in corso di sindrome CINCA, una rara patologia infiammatoria cronica ereditaria dell'infanzia (circa 150 casi descritti). **Materiali e metodi:** 3 dei 12 pazienti italiani sono stati valutati con esame biomicroscopico del segmento anteriore e del fundus oculi. Sono stati inoltre eseguiti esami elettrofunkzionali (PEV) e sequenza genomica del DNA per i geni CIAS1 a ASC. **Risultati:** tutti i pazienti sono risultati portatori di una mutazione "missense" del gene CIAS1 codificante la proteina criopirina. Il primo caso ha evidenziato un esteso coinvolgimento del segmento anteriore, con iridociclite ed una caratteristica forma di cheratite interstiziale e subatrofia ottica. Il secondo caso ha dimostrato la presenza di uno pseudopapilledema da drusen del nervo ottico. Il terzo caso non presentava anomalie. **Conclusioni:** la sindrome si caratterizza per una flogosi multisistemica ad interessamento articolare (artrite), neurologico (meningite), cutaneo (rash) e degli organi di senso. Le manifestazioni oculari sono tipiche, sebbene la loro frequenza e severità non siano state studiate sistematicamente. La cheratite interstiziale, quando presente, risulta patognomonica e consente una rapida diagnosi differenziale con le altre forme di uveite giovanile associate ad artrite reumatoide.

P17 AMAUROSIS FUGAX E TURBE DEL VISUS QUALI SINTOMI D'ESORDIO DEL MENINGIOMA DEL NERVO OTTICO

A. Serru, P. Patteri, M. Loi, S. Dore, A. Pinna

U.O. di Oculistica, Ospedale San Francesco, Nuoro

Obiettivo: descrivere un caso di meningioma del nervo ottico le cui manifestazioni cliniche iniziali furono amaurosis fugax e turbe del visus. **Materiali e metodi:** una donna di 48 anni giunse alla nostra osservazione lamentando amaurosis fugax e turbe del visus in OS da circa 2 anni. L'esame obiettivo rivelò un'acuità visiva di 9-10/10, segmento anteriore nella norma, modesto edema della papilla associato a pieghe retiniche e circoscritto sollevamento di un vaso epipapillare. L'esame del campo visivo evidenziò uno scotoma aspecifico superiore. Le alterazioni del fundus furono confermate dalla fluorangiografia. **Risultati:** l'esame TC senza contrasto dimostrò la presenza calcificazioni del nervo ottico. La TC con contrasto evidenziò il classico aspetto a binario di tram indotto dal meningioma del nervo ottico. **Conclusioni:** è necessaria una attenta diagnosi differenziale tra le cause di amaurosis fugax. Bisogna ricordare che la presenza di edema della papilla con pieghe retiniche deve far sempre sospettare una patologia espansiva intra-orbitaria e che la TC senza contrasto può non essere sufficiente per una diagnosi di certezza.

P18 CONSIDERAZIONI FILOGENETICHE SULLO SVILUPPO DELL'OSSO ZIGOMATICO IN DIFFERENTI VERTEBRATIL. Colangelo¹, D. Weil², G. Fridrich², E. Trotta¹, L. Guarracino¹, P.E. Gallenga³

1. Casa di Cura Salus Battipaglia

2. Istituto di Oftalmologia Università di Buenos Aires (Argentina)

3. Università di Chieti

Obiettivo: evidenziare le eventuali variazioni della posizione topografica dell'osso zigomatico e della cavità orbitaria in specie con origini filogenetiche differenti. **Materiali e metodi:** descrivere le principali differenze anatomiche dell'osso zigomatico e della parete laterale dell'orbita nel caimano, tartaruga, armadillo, volpe, gatto, cane, agnello, scimmia, uomo per poterne valutare l'evoluzione filogenetica. **Risultati:** nei vertebrati inferiori la cavità orbitaria è separata dalla fossa temporale attraverso un fascio connettivale. Questa nei primati è ossea, rappresentando una caratteristica propria degli stessi, e separa la cavità orbitaria dalla fossa temporale. **Conclusioni:** la parete laterale dell'orbita ha subito numerose modificazioni nel corso della sua evoluzione. L'osso zigomatico nei rettili si articola nella porzione anteriore con l'osso premaxillare. Nei primati la porzione anteriore, è formata solo dallo zigomatico e la porzione posteriore dall'ala maggiore dello sfenoide. Questa nell'uomo è più sviluppata. L'evoluzione filogenetica non segue uno sviluppo ordinato e progressivo.

presidenti moderatori relatori

- Abbiezzi A. 54, 62
 Abbruzzese S. 61
 Actis G. 51
 Aiello A. 50
 Aimino G. 51
 Alessio G. 46
 Amato G. 47
 Amore F.M. 42
 Apple D.J. 55, 56
 Appolloni R. 61
 Arpa P. 49, 58, 66
 Aversano A. 53
 Aurilia P. 44, 61
 Avoni L. 43
 Azzolini C. 58
 Azzolini M. 58
 Baiocchi S. 47
 Balacco Gabrieli C. 42, 46, 55, 56, 59, 64
 Baldeschi L. 52
 Barraquer R. 55, 57
 Bartoli E. 53
 Bartoli F. 46, 53
 Bartolin C. 42
 Bartolino A. 56
 Basilico F. 61
 Battistello D. 61
 Battistini A. 49
 Beccaria O. 53, 62
 Belcaro G. 61
 Bellizzi G. 68
 Bellizzi M. 42, 52, 66, 68
 Belloli V. 61, 62
 Bellucci R. 47, 67
 Beltrame G. 46, 49, 51, 56
 Bernardini F. 52, 61
 Bertuzzi F. 64
 Bianchi C. 43, 46, 64, 65
 Bifani M. 46, 60
 Biger Y. 50
 Billi B. 49
 Blasi M.A. 51
 Boccassini B. 68
 Boccuzzi D. 50
 Boldrini E. 44
 Bonavolontà G. 51, 66
 Bonci E. 60
 Bonci P.a 44
 Bonci P.o 43, 44
 Bonsanto D. 43
 Bordin P. 56
 Borgioli M. 49, 58, 66
 Boschi G. 47
 Boscia F. 49
 Brancato R. 49
 Bricola G. 41, 64
 Briganti F. 66
 Bucci F.A., Jr. 55, 57
 Budo C.J. 57
 Burbello F. 62
 Buscemi M. 46, 49
 Busin M. 41, 44, 45, 49
 Buzzonetti L. 44
 Calabrese A. 62
 Camellin M. 46
 Camesasca F. 46, 52, 53, 55, 56
 Camillieri G. 59
 Capobianco D. 68
 Caporossi A. 55, 57, 65
 Capozzi P. 42, 43, 52, 66, 68
 Cappuccini L. 43, 47, 67
 Caprioglio G. 41
 Caramello G. 46, 64
 Carassa R. 65
 Carbonara C. 46, 55
 Carbone V. 68
 Carlentini S. 47
 Carlevale C. 45
 Carlevaro G. 48, 49, 53, 62, 66
 Carraro F. 47, 53
 Cassinerio M. 48
 Castiglione V. 49
 Castronovo G. 42
 Catalano D. 68
 Cavazza S. 52
 Cennamo G. 66
 Cerin O. 41
 Cerulli L. 65
 Cesarone M.R. 61
 Chang D.F. 55, 56
 Chelazzi P. 49
 Chiarelli S. 68
 Chryc A. 42, 66
 Cillino S. 64
 Cimetta A.C. 44
 Cimetta D. 44
 Cipullo D. 61
 Clemente A. 64
 Codenotti M. 48
 Colangelo L. 56, 68
 Colecchia L. 47, 67
 Colella L. 61
 Coleman D.J. 40
 Conti L. 41, 61
 Coppola M. 58
 Corcio M. 42
 Criscigiovanni L. 61
 Crivellari M.G. 53
 Cruciani F. 42, 52, 67
 d'Agostino P. 47, 49, 50
 Dal Fiume E. 49, 58
 D'Amelio S. 42, 52, 66
 D'Amico D.J. 40, 47
 Dammicco G. 49
 D'Arrigo F. 50
 Davì G. 51, 60
 Daya S.M. 56, 57
 De Angelis M. 61
 De Casa N. 55, 56
 de Conciliis C. 61, 66
 D'Eliseo D. 68
 De Divitiis E. 66
 De Dominicis C. 68
 De Gioia E. 60
 De Gregorio A. 42, 66
 Dell'Acqua M. 61
 Della Porta L. 64
 Della Valle V. 44
 Delle Grottaglie M. 53
 Delle Noci N. 61
 Dell'Omo E. 62
 De Marco R. 44, 61

presidenti moderatori relatori

- De Molfetta V. 49, 58, 66
 De Natale R. 65
 De Pino A. 43
 De Renzo A. 66
 De Rosa G. 66
 De Sanctis U. 51
 De Vitto V. 49
 Di Biase A. 45, 52
 di Lauro R. 49, 58, 66
 Di Lorenzo G. 41
 Di Silvestre L. 43, 45
 Ditzen K. 57
 Domanico D. 44
 Dore S. 68
 Dossi F. 46, 51, 53
 Dossi R. 46, 49, 53
 Drago D. 42, 66
 Duca A. 45
 Eandi C. 48
 Esente S. 44
 Fantaguzzi P.M. 43, 49, 58
 Faraldi F. 48, 53
 Fasolino G. 48
 Fea A. 64
 Fenzi G. 66
 Ferentini F. 52
 Ferrara V. 61, 62
 Fiorillo A. 66
 Fiorini P.F. 43
 Fiomonte F. 55, 62
 Fogli M. 45, 52
 Fontana L. 41, 43, 44, 64
 Fontana P. 66
 Forlini C. 43, 51, 53, 60, 67
 Fortunato M. 43, 48, 59, 60
 Franceschetti A. 50
 Franch A. 41
 Franzetti C. 62
 Frezzotti P. 52, 65
 Fridrich G. 68
 Frisani M. 53
 Frongia G.B. 51
 Fusco R. 64
 Gagliardo F. 67
 Galan A. 46, 56
 Gallenga P.E. 60, 68
 Gambaro S. 67
 Garuti S. 62
 Gaspari G. 48
 Gasparri V. 48
 Gatti M. 43
 Giacoia P. 62
 Giardini P. 67
 Giovannoni M. 65
 Giuffrè I. 52
 Goffi V. 60
 Goisis M. 51, 60
 Gravina L. 43
 Graziani G. 68
 Grenga P.L. 44, 67
 Grenga R. 44
 Grieco G. 46, 56
 Grignolo F. 51
 Grisanti F. 68
 Gualdi M. 47, 53
 Guareschi M. 60
 Guarracino L. 68
 Guell J.L. 55, 57
 Halfeld Furtado De Mendonca R. 61
 Harder B. 61
 Iacobelli L. 44
 Iacono G. 66
 Iaculli C. 61
 Iadecola G.F. 49
 Ignani S. 43, 60
 Ihloff A. 61
 Illiano M. 62
 Imparato M. 52
 Introini U. 40
 Iossa M. 68
 Iuliano A. 66
 Izák M.G.J. 55, 56
 Isola V. 40, 48
 Jonas J.B. 61
 Kanpolat A. 50
 Khaki Sahneh F. 43, 45
 Knorz M.C. 56, 57
 Kreissig I. 61
 Laborante A. 44
 Laffi G.L. 52, 64
 Lando G. 52
 Lanzafame F. 42, 66
 Lari G. 61
 Lasorella G. 60
 Lazzaroni F. 67
 Leite E. 56, 57
 Lenzetti I. 44
 Lepore P. 68
 Leuenberger P. 59, 60
 Lesnoni G. 47, 49, 50, 58, 67
 Lesnoni G. La Parola 68
 Libondi T. 61
 Ligabue E. 55, 67
 Limoli P.G. 44
 Lindstrom R.L. 55, 56, 57
 Loffredo L. 50, 67
 Loi M. 68
 Longanesi L. 68
 Lorenzano D. 62
 Losciale R. 52
 Lucchini C. 51
 Lucente G. 67
 Macri S. 44
 Maestroni L. 47
 Maggi R. 43, 60
 Magli A. 52
 Maimone P. 68
 Mainardi P.U. 53, 62
 Mainster M. 55
 Majorana M.A. 64
 Malagola R. 61
 Manfredonia L. 53
 Mannucci L. 44, 50, 60
 Manzi G. 47
 Marchini G. 40, 44, 58, 64, 65
 Marcoli F. 61
 Marcon G. 56, 65
 Mariniello G. 66
 Marino A. 64, 68
 Marino L. 46, 49
 Marino V.M. 53

presidenti moderatori relatori

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| Mariotti C. 58 | Muccio G. 49 | Pescosolido N. 67 |
| Mariutti G.F. 67 | Muccio G.C. 49 | Pierro L. 40 |
| Marmo F. 67 | Mularoni A. 40, 43, 45, 46, 67 | Pilotto E. 51 |
| Marocchi A. 52 | Mulè G. 40 | Pinello L. 68 |
| Marraffa M. 65 | Muratore M. 42 | Pini R. 44 |
| Martini E. 64 | Mutolo P.A. 68 | Pinna A. 59, 68 |
| Maselli E. 52 | Nardi M. 64 | Pintucci S. 61, 67 |
| Massacesi A. 48 | Negrini V. 68 | Piovella M. 40, 46, 49, 50, 55, 56, 57, 58, 60, 65 |
| Mastromatteo A. 67 | Neri L. 45 | Piozzi E. 52 |
| Mastropasqua L. 41, 46, 59, 64, 65 | Neri P.G. 41, 47 | Poli B. 61 |
| Matrisciano F. 53 | Nicoletti G.A. 53 | Polito E. 51 |
| Matteoni S. 44, 45 | Nicoletti M. 62 | Polito S. 52 |
| Mazzacane D. 43 | Nixon D. 57 | Ponzin D. 41 |
| Mazzarolo M. 68 | Nubile M. 40, 41, 46, 58 | Porsia L. 45, 52 |
| Mazzeo S. 61 | Nuzzi G. 44, 49 | Porta A. 52 |
| Mazzeo V. 40 | Olivero A. 54 | Prantera M. 47 |
| Melamed S. 64 | Orfeo V. 41, 47, 49, 50, 56, 67 | Prascina F. 61 |
| Melani P. 66 | Pacella E. 55, 56, 64 | Price F.W., Jr. 55, 56, 57 |
| Mele I. 44 | Palma S. 50, 60 | Procoli U. 68 |
| Melillo M. 61 | Panelli A. 52 | Prosdocimo G. 48 |
| Memmi I. 43 | Panico C. 60 | Puccioni M. 52, 61 |
| Menabuoni L. 44 | Panozzo G. 49 | Quaranta L. 59, 64 |
| Menna A. 43, 60, 62 | Panzardi G. 46, 50 | Quaranta Leoni F. 51, 61, 68 |
| Merlin U. 41, 46, 49, 50 | Paoli D. 52 | Querques G. 61 |
| Meucci G. 52 | Parente G. 43, 44 | Rama P. 41 |
| Micelli Ferrari T. 49, 58 | Parentin F. 68 | Rapisarda A. 56, 64, 65 |
| Midena E. 51 | Parisi V. 40, 58 | Ratiglia R. 58 |
| Miglior S. 40, 60, 64, 65 | Parolini B. 60 | Recupero V. 67 |
| Migliorati G. 67 | Pascarella A. 61 | Regondi P. 53 |
| Miserocchi E. 47 | Pascotto A. 59 | Reibaldi A. 58 |
| Missiroli A.M. 52 | Passilongo M. 44 | Ricci F. 47 |
| Mocellin A. 42, 46, 55 | Pastena B. 68 | Rigamonti M.A. 53, 62 |
| Modesti M. 44 | Patelli F. 48 | Rispoli E. 61 |
| Modorati G. 47 | Patrosso M.C. 52 | Rizzo Boscolo P. 53, 56 |
| Molfino G. 53 | Patteri P. 68 | Rizzo G. 68 |
| Molnar I. 59, 60 | Pece A. 40, 47, 48 | Rizzo S. 48, 49, 55, 56, 58 |
| Montericcio A. 41, 56 | Pedrotti E. 42, 44, 66 | Rizzuto S. 44 |
| Montes M. 52, 68 | Pedrotti M. 42, 52, 66 | Rollo M.R. 42 |
| Moretti M. 43 | Pellegrini G. 59 | Romanelli F. 60 |
| Morini C. 68 | Penco S. 52 | Rosa N. 40 |
| Morocutti A. 49, 58 | Pensa M. 66 | Rosenthal K. 55, 57 |
| Morselli S. 46 | Perissutti P. 59 | Rossi F. 44 |
| Mosci C. 48, 51 | Perone G. 46, 57 | Rossi P. 48, 49 |
| | Pertile G. 60 | |

presidenti moderatori relatori

- | | | |
|-------------------------|--|--|
| Rossi S. 46, 50, 56, 58 | Setaccioli M. 47 | Torres Munoz M.I. 40, 53 |
| Rossi T. 47, 48, 58, 68 | Severino D.E. 52 | Tranfa F. 66 |
| Rossini P. 43, 53 | Simona F. 59, 60 | Traversi C. 41, 47 |
| Rubiolini G. 57 | Simonelli F. 59 | Trivella F. 52 |
| Russo G. 48 | Spedale F. 56 | Troiano P. 43, 46, 49, 50, 60, 65 |
| Russo V. 68 | Siravo D. 49, 67 | Uccello G. 66 |
| Salvi L. 58 | Shimizu K. 55, 57 | Urso F. 48 |
| Santamaria S. 59, 60 | Soubrane G. 61 | Vadalà P. 43, 52, 59, 61, 68 |
| Santella M. 51 | Souied E. 61 | Valazzi C. 51 |
| Sarnicola V. 41, 47 | Spandau U.H. 61 | Vaona P. 48 |
| Savaresi C. 55 | Spinelli D. 67 | Varano M. 40, 61 |
| Sbabo A. 44 | Staibano S. 66 | Vassallo P. 68 |
| Sbordone M. 64 | Steigerwalt R.D. Jr. 61 | Vecchione G. 43 |
| Sborgia M. 58 | Stirpe M. 40 | Vedovato S. 68 |
| Scalia G. 53 | Strianese D. 51, 66 | Villani C.M. 61 |
| Scarpa M. 53 | Subirana X. 50 | Vinciguerra P. 40, 41, 43, 46, 47, 49, 53, 57 |
| Scassa C. 40 | Surace D. 52, 61 | Vingolo E.M. 44, 56 |
| Schiavone M. 47, 48 | Tassinari G. 43, 44, 45, 49, 58, 62, 67 | Weil D. 60, 68 |
| Schlichtenbrede F. 61 | Teramo P. 67 | Zanardo V. 68 |
| Sciacca R. 43, 53 | Tidore R. 44 | Zemella M. 49, 60 |
| Scorcia G. 41, 47, 48 | Tioli E. 42 | Zenoni S. 49, 51, 58, 66, 67 |
| Scorcia V. 44, 45 | Tognetto D. 67 | Zeppa L. 46, 50, 61, 64, 65, 66 |
| Sergio A. 53 | Tognon M.S. 68 | Zeppa P. 66 |
| Serrao S. 47, 53 | Tollot L. 60 | Zito V. 42 |
| Serru A. 68 | Torreggiani A. 45 | Zuccarini S. 66 |
| Servadei R. 43 | | |

