

Programma

86° Congresso Nazionale SOI

29 novembre - 2 dicembre

Milano Convention Centre



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



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

PROSSIMI CONGRESSI **SOI**

CONGRESSI **2007**

5° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI

23-26 Maggio - Roma

periodo di sospensione congressuale:

dal 1° Maggio al 31 Maggio

87° CONGRESSO NAZIONALE SOI

24-27 Ottobre - Venezia

periodo di sospensione congressuale:

dal 21 Ottobre al 10 Dicembre

CONGRESSI **2008**

6° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI

14-17 Maggio - Roma

periodo di sospensione congressuale:

dal 1° Maggio al 31 Maggio

88° CONGRESSO NAZIONALE SOI

26-29 Novembre - località da definire

periodo di sospensione congressuale:

dal 1° Novembre al 31 Dicembre



86° Congresso Nazionale SOI



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

Sotto l'Alto Patronato del
Presidente della Repubblica

e con il patrocinio di

Ministero della Salute

Ministero dell'Università e della Ricerca



SOI Milano 2022

indice

3	Messaggio del Presidente
4	Consiglio Direttivo e Comitato Organizzatore
5	Società monotematiche aderenti
7	Comitati SOI
9	Servizi SOI
10	Informazioni generali
13	Sede congressuale
14	Appuntamenti
15	Premi scientifici
16	Symposium New Horizons in Ophthalmology - SOI Keynote Lectures
18	Premi SOI
19	Maestri dell'Oftalmologia Italiana
22	Aziende espositrici
23	Planimetria esposizione
26	Sintesi del programma scientifico
29	Programma scientifico
80	Corsi istituzionali
86	Elenco dei corsi monotematici
89	Riassunti dei corsi monotematici
97	Abstract Symposium New Horizons in Ophthalmology
99	Comunicazioni
122	Poster
131	Poster American Academy of Ophthalmology
134	Video
136	Presidenti, moderatori, relatori

Il Consiglio Direttivo ringrazia
i major sponsor:

Alcon Italia
Novartis Ophthalmics
Pfizer Italia
Sifi

per il contributo
dato all'Oftalmologia Italiana



Cari Amici, Cari Colleghi,

quest'anno l'86° Congresso Nazionale SOI si terrà nuovamente nella bella sede della Fiera Milano Congressi, dal 29 novembre al 2 dicembre p.v.

La relazione ufficiale di quest'anno, come penso Voi sappiate, tratterà "Occhio e Cellule Staminali".

La realizzazione è stata affidata alla Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare, su mia personale proposta.

Come comprenderete, il tema è di estrema attualità e rappresenterà probabilmente un punto fermo per la crescita della conoscenza su questo importante argomento di cui tanto si parla, spesso a sproposito, e sul quale la relazione ufficiale SOI farà il punto con la massima serietà scientifica e con piena responsabilità culturale e professionale.

Le possibilità di trattamento vanno dalle malattie congiuntivali e corneali fino alle possibilità, ancora poco esplorate, di cura delle alterazioni retino-coroideali.

È sempre difficile produrre un programma congressuale bilanciato che soddisfi sia l'esigenza di aggiornamento educativo, che quella, altrettanto importante, della presentazione da parte dei Soci di dati di ricerca originale.

Il Comitato Scientifico ha lavorato per rendere quindi equilibrato il programma congressuale, come si può evincere dai temi trattati sia nei Simposi SOI ed in quelli delle società monotematiche aderenti, che nei Corsi di aggiornamento.

Come di consueto, infatti, il Congresso sarà articolato in:

- Sessioni e Letture
- Update e Sessioni delle Società Monotematiche (28)
- Corsi di istruzione

Non mancheranno le sessioni per la presentazione di comunicazioni e poster, che negli ultimi anni hanno raggiunto un notevole livello scientifico ed un crescente interesse da parte dei Colleghi presenti al congresso.

Vi ricordo che come sempre verrà selezionato il miglior poster presentato al congresso, il cui Autore sarà premiato con l'esenzione della quota associativa.

Relativamente ai premi scientifici, anche quest'anno è stato bandito il Premio SOI per un progetto di ricerca scientifica che rappresenta una grande opportunità per la Ricerca Scientifica dell'Oftalmologia e degli Oftalmologi Italiani.

Il Consiglio Direttivo si augura che anche per questa edizione la partecipazione sarà come sempre numerosa e di alto livello.

Benvenuti a Milano!

Il Presidente

Prof. Corrado Balacco Gabrieli

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. Giuseppe Ravalico

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 Capoano

Revisori dei Conti Supplenti

Dott. Danilo Mazzacane

Prof. Paolo Nucci

Segreteria

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514 / 0644702826

fax 064468403

sedesoi@soiweb.com

www.soiweb.com

comitato organizzatore

Presidente

Prof. Corrado Balacco Gabrieli

Vice Presidenti

Dott. Antonello Rapisarda

Dott. Antonio Mocellin

Segretari

Dott. Matteo Piovella

Dott. Alberto Montericcio

Comitato Scientifico

Prof. Massimo Busin

Dott. Fabrizio Camesasca

Dott. Luigi Conti

Prof. Giorgio Marchini

Dott. Antonio Marino

Prof. Edoardo Midena

Dott. Mario Nubile

Segreteria Scientifica

Consiglio Direttivo SOI

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514 / 0644702826

fax 064468403

sedesoi@soiweb.com

www.soiweb.com

Segreteria Organizzativa

Congressi Medici Oculisti srl

Via dei Mille 35

00185 Roma

tel. 064464514 / 0644702826

fax 064468403

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

ufficiostampa@soiweb.com

Prenotazioni alberghiere

Studio Schiavo, Consulenze e Servizi Congressuali

Via Tiburtina 325

03100 Frosinone

tel. 0775871538

fax 0775871538

prenotel@sedesoi.com

Sede del Congresso

Milano Convention Centre

presso Fiera Milano City, Via Gattamelata 5

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.S.G.

Associazione Italiana per lo Studio del Glaucoma

Presidente: B. Boles Carenini
Segretario: B. Brogliatti
Clinica Oculistica dell'Università di Torino
Via Juvarra, 19 - 10122 Torino
Tel. 011 5666032 - Fax 011539024
e-mail: oftalmologicaaisg@libero.it

COMED Onlus

Presidente: C. Azzolini
Clinica Oculistica - Università degli Studi dell'Insubria
Viale Borri, 57 - 21100 Varese
Tel. 0332 278217 - Fax 0332 2798310

Fondazione per la Macula Onlus

Presidente: F. Cardillo Piccolino
Piazza della Vittoria, 14/6 - 16121 Genova
Tel. 010 5954873
e-mail: info@fondazionemacula.it
www.fondazionemacula.it

G.A.T.

Gruppo Angiografico Triveneto

Presidente: G. Boschi
Via Peschiera, 21 - 31100 Treviso
e-mail: gboschi@ulss.tv.it

G.I.F.T.

Gruppo Italiano di Terapia Fotodinamica ed altre Terapie

Presidente: A. Pece
Via N. Bixio, 3 - 20129 Milano
Tel. 02 29511378 - Fax 02 20422262
e-mail: giff.italia@fotodinamicaonline.it

G.I.N.

Gruppo Italiano Neuroprotezione

Università di Roma Tor Vergata, Dipartimento di Biopatologia
Via Montpellier, 1 - 00133 Roma
Tel. 06 72596145 / 20902972 - Fax 06 20902973

GI.O.CH.I.

Giovani Oculisti Chirurghi Italiani - Onlus

Presidente: A. De Gregorio
Segretario: M. Serafino
Via Sacrofano - Prima Porta km. 9,800
00060 Sacrofano (RM)
Tel. 06 9083260 - Fax 06 9083260

G.I.S.I.

Gruppo Italiano di Studio sull'Ipovisione

Presidente: L. Cerulli
Segretario: P. Iorio
Clinica Oculistica - Ospedale San Salvatore
67018 L'Aquila
Tel. 0862 319671 - Fax 0862 319672
e-mail: oculistica@cc.univaq.it

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 233477

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

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

L.V.A.

Low Vision Academy

Presidente: L. Mannucci
Segretario: S.Z. Scalinci
Servizio di Ottica Fisiopatologica - Ospedale S. Orsola
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051 440822 - Fax 051 443106
e-mail: szscalinci@yahoo.it

O.N.S.G.

Gruppo di Studio del Nervo Ottico

Presidente: F. Moro
Segretario: D. Doro
Clinica Oculistica Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Tel 049 8212110 - Fax 049 8755168
e-mail: daniele.doro@unipd.it

O.P.I.

Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana

Presidente: P. Vinciguerra
Segretario: V. Orfeo
Clinica Mediterranea
Via Orazio, 2 - 80122 Napoli
Tel. 081 7640029 - Fax 081 7644843
e-mail: segreteria@oculistioipi.it

società monotematiche aderenti

R.O.P.

Gruppo di Studio per la Retinopatia del Pretermine

Presidente: V. Console

Segretario Oculista: G. Anselmetti

Segretario Neonatologo: C. Romagnoli

Segretario Tesoriere: D. Spinelli

Via Belfiore, 16 - 20145 Milano

R.R.R.

Retina, Research & Rehabilitation

Presidente: A. Pece

Via Nino Bixio, 3 - 20129 Milano

Tel. 02 29511378 - Fax 02 20422262

e-mail: pece.retina@mclink.it

S.I.B.O.

Società Italiana Banche degli Occhi

Presidente: M. Campanelli

Segretario: A. Fasolo

Banca delle Cornee dell'Emilia Romagna -

Ospedale Maggiore

Via dell'Ospedale, 8 - 40133 Bologna

Tel. 051 6478140 - Fax 051 6478136

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

e-mail: info@sicopweb.it

www.sicopweb.it

S.I.C.S.S.O.

Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare

Presidente: V. Sarnicola

Segretario: D. Ponzin

Via Mazzini, 64 - 58100 Grosseto

Tel. 0564 414775 - Fax 0564 485212

e-mail: l.conti@usi9.toscana.it

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.GLA

Società Italiana del Glaucoma

Presidente: C. Sborgia

Segretario: C. Bianchi

Via Ciro Menotti, 1/A - 20129 Milano

Tel. 02 740793 - Fax 02 7386612

S.I.N.O.

Società Italiana di Neuroftalmologia

Presidente: M. Canal

Segretario: S. Bianchi Marzoli

Ospedale S. Raffaele - Servizio di Neuroftalmologia

Via Olgettina, 60 - 20132 Milano

Tel. 02 26433589 - Fax 02 26433550

e-mail: bianchi.stefania@hsr.it

S.I.O.G.

Società Italiana di Oftalmologia Genetica

Presidente: F. Simonelli

Segretario: A. Sodi

Dipartimento di Oftalmologia - II Università di Napoli

Via Pansini, 5 - 80131 Napoli

Tel./ Fax 081 5666767

e-mail: francetes@tin.it

S.I.O.L.

Società Italiana Oftalmologia Legale

Presidente: D. Spinelli

Segretario: F. Cruciani

Dipartimento Scienze Oftalmologiche

Università degli Studi "La Sapienza"

Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma

Tel. 06 49975364 - Fax 06 49975304

e-mail: filippo.cruciani@tin.it

S.I.R.

Società Italiana Retina

Presidente: U. Menchini

Segretario: F. Bandello

Clinica Oculistica - Università degli Studi

Piazza S. Maria della Misericordia - 33100 Udine

Tel. 0432 559907 - Fax 0432 559904

e-mail: segreteria.sir@retina.it

S.I.Tra.C.

Società Italiana Trapianto di Cornea

Presidente: S. Fruscella

Segretario: L. Spadea

Piazza della Marina, 9 - 00196 Roma

Tel. 06 3211910 - Fax 06 3218910

e-mail: info@sitrac.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

Filippo Drago

Renato Frezzotti

Emilio Balestrazzi

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 TECNICO-SCIENTIFICO per lo studio della responsabilità Professionale in Oftalmologia

Presidente

Pasquale Troiano

Rosario Brancato

Maurizio Buscemi

Massimo Busin

Paolo d'Agostino

Roberto Dossi

Pier Enrico Gallenga

Luigi Marino

Umberto Merlin

Vincenzo Orfeo

Duilio Siravo

Demetrio Spinelli

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 Montericchio

Marco Nardi

Matteo Piovella

Chirurgia Incisionale

Massimo Camellin

Fabio Dossi

Umberto Merlin

Glaucoma

Massimo G. Bucci

Roberto Carassa

Renato Frezzotti

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 Montericchio

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 Mocellin

Alberto Montericchio

COMMISSIONE DRG (TARIFE MINIME)

Francesco Bandello

Marco Borgioli

Aldo Caporossi

Claudio Carbonara

Guido Lesnoni

Antonio Mocellin

Antonio Rapisarda

Lucio Zeppa

AGENZIA SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE LAZIO

Rappresentante SOI

Claudio Carbonara

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

elenco commissioni - delegati SOI

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 Scorcìa
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



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

perché conviene essere socio

perché con una quota ragionevole si ottengono tutti i seguenti vantaggi:

L'ingresso gratuito al Congresso Nazionale SOI

La possibilità di ottenere crediti ECM proporzionali alla durata del percorso formativo

Il volume della Relazione Ufficiale ed i Quaderni di Oftalmologia SOI

L'abbonamento per un anno allo European Journal of Ophthalmology

Il Notiziario SOI (sei numeri annuali) che ti informa sulle attività societarie, sulla vita professionale, sulle novità scientifiche

La possibilità di concorrere all'assegnazione dei premi SOI (del valore complessivo di oltre € 50.000)

Una copertura assicurativa con assistenza legale

Un'estensione del massimale della propria polizza di responsabilità professionale di € 2.080.000

La possibilità di aderire al Fondo Sanitario Integrativo della SOI sia per te che per la tua famiglia

La possibilità di stipulare polizze assicurative personalizzate di primo rischio, a costi assolutamente vantaggiosi

La possibilità di ottenere CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ "CERSOI" per la propria struttura o studio professionale

Lo sconto sui volumi scientifici editi dalla Fabiano Editore

Convenzioni privilegiate con gli Istituti di Credito SANPAOLO IMI e CARIGE

La possibilità di aderire alla Convenzione Assicurativa "RC capo famiglia", "Polizza Infortuni", "Polizza Indennità da post ricovero/ingessatura"

Possibilità per gli studi oculistici certificati CERSOI di accedere alle convenzioni con ATM, ANCAM, FIDAS

informazioni generali

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

Per poter accedere all'86° Congresso SOI, all'esposizione ed a tutte le manifestazioni congressuali è necessario essere iscritti ed in regola con il pagamento della quota rispettiva.

I medici non oculisti, i biologi, i tecnici di laboratorio, gli ortottisti e gli assistenti di sala operatoria potranno accedere alla manifestazione solo se regolarmente iscritti al congresso.

Prenotazioni alle Sessioni

Si ricorda che i Soci che si sono prenotati hanno la precedenza in aula presentandosi 10 minuti prima dell'inizio della sessione con il coupon che è stato loro consegnato assieme al badge nominativo. Dopo tale termine l'accesso alle aule è libero, fino alla capienza massima consentita dalle norme di sicurezza.

ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Soci SOI in regola con la quota 2006	€ 000,00
Medici Oftalmologi non Soci SOI	€ 900,00
Medici Specialisti non Oftalmologi	€ 250,00
Studenti in medicina ed in ortottica (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica di studenti)	€ 000,00
Biologi, Tecnici di laboratorio. Ortottisti, Assistenti di sala operatoria	€ 100,00

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AI CORSI

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

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AI CORSI

Corsi Istituzionali SOI	€ 0,00
Corsi di istruzione	€ 40,00

Le suddette quote dovranno essere pagate a:

Congressi Medici Oculisti Srl con le seguenti modalità

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

CORSI ISTITUZIONALI SOI DI AGGIORNAMENTO PERMANENTE

I corsi istituzionali sono stati programmati nel corso dell'86° Congresso Nazionale come segue:

Mercoledì 29 novembre 2006

Corso B	Cornea ore 11.00-13.00 Sala Gialla 2
Corso C	Oncologia Oculare ore 14.00-16.00 Sala Gialla 2
Corso D	Diagnostica ore 8.30-10.30 Sala Bianca 1
Corso E	Orbita ore 14.00-16.00 Sala Bianca 1

Giovedì 30 novembre 2006

Corso A	Contattologia ore 8.00-10.00 Sala Gialla 3
---------	--

Sabato 2 dicembre 2006

Corso F	Retina ore 8.00-10.00 Sala Gialla 2
Corso G	Glaucoma ore 11.00-13.00 Sala Gialla 2

Ogni socio può richiedere un massimo di n. 2 corsi, indicando quello di suo maggior interesse.

La segreteria provvederà ad assegnare secondo disponibilità. La partecipazione ai corsi è nominativa e non cedibile al fine di evitare disguidi nell'assegnazione dei crediti ECM.

Congressi Società Monotematiche

I Congressi Nazionali delle Società Monotematiche che si terranno nell'ambito del Congresso SOI possono prevedere una quota di partecipazione a totale discrezione delle Società stesse, i cui importi verranno riscossi a cura della 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.

QUOTE ASSOCIATIVE 2006

Rinnovi dopo il 31/1

Socio Benemerito Sostenitore	€ 870,00
Socio Ordinario	€ 670,00
Specializzandi e Medici Frequentatori	€ 220,00
Oftalmologi stranieri	€ 430,00

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

Art. 5 - Quota di iscrizione. La quota di iscrizione deve essere versata alla Associazione con le modalità stabilite dal Consiglio Direttivo entro il 31 gennaio dell'esercizio in corso. I Soci Ordinari che non esercitano 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 per i soci che, a causa del permanere dei loro dati informatici negli archivi dell'Associazione, abbiano, pur in carenza di regolare e tempestivo versamento della quota, ugualmente potuto fruire in tutto o in parte dei servizi associativi, il Consiglio Direttivo può fissare una quota di riammissione da versarsi con la quota ordinaria. (omissis...)

QUOTE ASSOCIATIVE 2007

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

per i nuovi soci e per chi rinnova **entro il 31/1/2007**

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

Per chi rinnova **dopo il 31/1/2007** e per chi non ha rinnovato regolarmente l'anno/i precedente/i:

Socio Ordinario	€ 670,00
Specializzandi e Medici Frequentatori	€ 270,00

informazioni generali

MODALITÀ DI ISCRIZIONE ALLA SOI

L'iscrizione può essere effettuata scaricando il modulo dal sito www.soiweb.com o richiedendolo alla Segreteria SOI al n. 06 4464514

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 delle quote associative potranno essere effettuati con le seguenti modalità:

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

Il banco di registrazione del congresso ha i seguenti orari:

Martedì 28 novembre	dalle ore 19.00 alle 20.00
Mercoledì 29 novembre	
Giovedì 30 novembre	dalle ore 7.30 alle 18.00
Venerdì 1 dicembre	
Sabato 2 dicembre	dalle ore 7.30 alle 13.00

Badge

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

- Partecipanti
- Espositori
- Staff
- Consiglio Direttivo

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 potrà accedere all'area congressuale ed all'esposizione ma non potrà avere nessun punto fisso di permanenza, né distribuire materiali promozionali e/o pubblicitari che potranno essere messi in distribuzione solo dopo essere stati sottoposti ed approvati dal Consiglio Direttivo SOI. I suddetti operatori, dovranno 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.

Foto

I Soci che non avessero ricevuto il nuovo badge completo di fotografia sono invitati a recarsi alla apposita postazione per consentire alla segreteria di uniformare i badge degli iscritti

Ai Soci in regola partecipanti saranno consegnati in sede congressuale:

Badge, indispensabile per l'ingresso e la circolazione nella zona espositiva e congressuale
Volume della Relazione Ufficiale 2006
Quaderni di Oftalmologia 2006
Borsa congressuale
Documentazione ECM

Attestati di partecipazione

Gli attestati, validi ai soli fini fiscali, verranno rilasciati unicamente su richiesta personale dell'interessato ed emessi solo per i giorni di effettiva presenza.

Programma di aggiornamento continuo Acquisizione crediti

La partecipazione all'86° Congresso SOI dà diritto all'acquisizione di crediti stabiliti dal Ministero della Salute. L'accreditamento è stato richiesto per ogni singola Sessione e per ogni Corso di cui la segreteria abbia ricevuto documentazione completa entro i termini stabiliti dal regolamento ECM. Sono stati richiesti i Crediti anche per i Biologi, i Tecnici di Laboratorio, gli Infermieri e gli Ortottisti per le seguenti Sessioni e Corsi:

Per Biologi e Tecnici di Laboratorio: Sessione 27

Per Infermieri: Sessione 3, Sessione 21, Sessione 27, Corso 140

Per Ortottisti: Sessione 34, Sessione 42, Sessione 49, Corso 101, Corso 107, Corso 118, Corso 121, Corso 125, Corso 128, Corso 132, Corso 140, Corso 143, Corso 146

Non è stato possibile accreditare la Sessione 35

MODALITÀ PER L'OTTENIMENTO DEI CREDITI

- Partecipazione effettiva all'intera durata della Sessione o Corso
- Compilazione delle schede di valutazione degli eventi ECM
- Compilazione dei test di apprendimento, sulla base delle relazioni seguite
- Rilevazione della presenza effettiva alle varie Sessioni effettuata tramite controllo elettronico dei badge
- Restituzione del Fascicolo RISPOSTE alla Segreteria, prima di lasciare il Congresso, completo di tutti i dati richiesti, codice del partecipante (numero posto in basso a destra sul badge), firma

La certificazione attestante l'acquisizione dei Crediti verrà inviata dopo l'avvenuta comunicazione da parte del Ministero, i cui tempi di assegnazione non sono determinabili e dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.

informazioni generali

Comunicazioni

I presentatori hanno a disposizione 7 minuti.

Poster

I poster accettati dovranno essere affissi all'inizio del congresso e dismessi alla fine della manifestazione a cura dell'autore. Le dimensioni massime dovranno essere di cm 90 di base x cm 110 di altezza. I poster verranno discussi nella sessione a loro dedicata. I presentatori di Poster hanno a disposizione 3 minuti.

INFORMAZIONI PER I RELATORI

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

Non è prevista la proiezione di diapositive. Per le presentazioni da computer è consentito utilizzare il proprio personal computer.

È inoltre vivamente consigliato di munirsi di una ulteriore copia del lavoro su dischetto o CD da consegnare al centro prova proiezioni.

È possibile limitarsi a fornire al "centro prova proiezioni" un supporto magnetico che verrà consegnato dagli addetti al centro ai tecnici di sala.

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

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

Il materiale video o informatico deve essere consegnato al personale tecnico del centro prova proiezioni ALMENO 3 ore prima dell'inizio della sessione, dopo averlo verificato e siglato.

Non verrà assicurata la corretta proiezione di supporti consegnati dopo il termine, o direttamente al tecnico di sala.

I Relatori che utilizzano il proprio computer sono pregati di verificare comunque presso i tecnici del centro prova la compatibilità del loro strumento con le dotazioni del congresso e presentarsi in sala almeno 30 minuti prima del loro intervento. Non è possibile proiettare in contemporanea un video e una proiezione da computer in quanto ogni aula è attrezzata con un solo proiettore dedicato alternativamente a proiettare un video o una presentazione da computer.

Centro Prova Proiezioni

Il servizio è a disposizione dalle ore 19.00 alle ore 20.00 del giorno 28 novembre 2006 per i relatori delle prime sessioni del giorno 29 novembre ed i giorni successivi secondo gli orari del programma scientifico.

Traduzione simultanea

È previsto un servizio di traduzione italiano-inglese nelle Sessioni del Salone Auditorium, nella Sessione n. 16 Congresso SIR in Sala Rossa 1, nella Sessione n. 18 in Sala Rossa 2 e nella Sessione n. 35 in Sala Gialla 1.

Programma accompagnatori

Sono stati organizzati dei percorsi turistico-culturali nella città di Milano con particolare riferimento alla figura e alle opere di Leonardo da Vinci.

Mercoledì 29 novembre 2006

Percorso 1. Il Duomo di Milano

La visita permette di apprezzare in tutte le sue stratificazioni la "fabbrica" più importante della città, dove i lavori non si fermano mai dalla fine del Trecento, quando venne intrapresa la sua ambiziosa costruzione. Il percorso prevede di visitare gli interni con la struttura gotica, le vetrate e i monumenti funebri di personaggi illustri, gli esterni e particolarmente l'abside, per poi salire sulle terrazze ad ammirare le guglie, oppure scendere agli scavi, che conservano i resti dell'antica basilica di Santa Tecla e il fonte battesimale in cui il vescovo Ambrogio battezzò il suo illustre discepolo Agostino.

Giovedì 30 novembre 2006

Percorso 2. Sulle tracce di Leonardo a Milano

Per seguire le tracce leonardesche a Milano, non può mancare la visita alla Galleria di Leonardo nel Museo di Scienza e Tecnologia, dove sono stati ricostruiti i prototipi delle sue più celebri invenzioni, per poi spostarsi al Castello Sforzesco, dove ancora si ammira la Sala delle Asse da lui dipinta per conto del Duca Ludovico il Moro.

Venerdì 1° dicembre 2006

Percorso 3. Leonardo e Bramante alla corte di Ludovico il Moro

Il percorso prevede la visita al Cenacolo Vinciano, alla chiesa di Santa Maria delle Grazie, agli orti di Leonardo e alla chiesa di San Maurizio al Monastero maggiore; si potranno ammirare le grandi opere promosse dal Duca di Milano Ludovico il Moro alla fine del Quattrocento, quando la corte sforzesca si avvaleva dei maggiori ingegneri italiani, richiamando artisti del calibro di Leonardo e Bramante.

I percorsi hanno ognuno la durata di 3 ore. Non prevedono mezzi di trasporto in quanto i singoli siti sono a breve distanza tra di loro e raggiungibili a piedi. Le visite saranno accompagnate da guide autorizzate. Nel caso in cui non venisse raggiunto il numero minimo di 15 partecipanti le visite verranno annullate. I gruppi saranno di n. 25 persone al massimo. Il costo di ciascun percorso è di € 25,00 per persona, inclusi i biglietti d'ingresso. La prenotazione può essere richiesta in sede congressuale all'apposito desk.

Modalità di pagamento:

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

la sede congressuale

MILANO CONVENTION CENTRE Presso Fiera Milano City, via Gattamelata 5

Come arrivare alla sede congressuale

In auto: se state arrivando dalle Tangenziali, seguite le indicazioni per le grandi aree di parcheggio di Cascina Gobba - San Donato - Famagosta - Bisceglie - Lampugnano che corrispondono alle omonime stazioni della metropolitana.

Parcheggio: durante i giorni del Congresso è disponibile per partecipanti ed espositori il parcheggio "Carlo Magno" (a pagamento), situato nell'omonimo Piazzale Carlo Magno (vicino all'ingresso di via Gattamelata 5).

In treno: treno fino a Stazione Centrale o Stazione Garibaldi - Metro Linea Verde 2 (direzione Abiategrasso / scendere a Cadorna-Triennale) cambiare con la Linea Rossa 1 (per Fiera Milano - prendere la direzione Rho-Fiera / scendere a Lotto Fiera 2) e prendere l'autobus 78.

Percorso alternativo: Linea Gialla 3 (direzione San Donato / scendere a Duomo) cambiare con la Linea Rossa 1 (direzione Rho-Fiera / scendere a Lotto Fiera 2) e prendere l'autobus 78.

Treni Ferrovia Nord: Piazzale Cadorna. Qualunque treno è utile per raggiungere la sede congressuale scendendo alla fermata Domodossola.

In aereo: da e per Linate è disponibile un servizio pubblico (autobus n° 73) con capolinea all'Aeroporto, presso l'area Arrivi Nazionali e, in centro città, con capolinea a Piazza San Babila - vicino alla stazione metropolitana Linea Rossa 1. Prendere la linea Rossa nella direzione Rho-Fiera per Fiera Milano scendere a Lotto Fiera 2 e prendere l'autobus 78.

Da e per Malpensa: treno espresso Malpensa dall'aeroporto di Malpensa al capolinea (stazione Ferrovia Nord). Dalla stazione qualunque treno è utile per raggiungere la sede congressuale scendendo alla fermata Domodossola.

Autobus/Tram

Si può anche raggiungere Milano Convention Centre con:

- Autobus n° 78, fermata a Via Colleoni;
- Autobus n° 68, fermata a Viale Berengario;
- Tram n° 19, fermata Via Domodossola angolo Fiera Milano City, Metro - Linea Rossa (v. collegamento con le altre linee).

Ristorazione

Durante i giorni del Congresso sono disponibili per i partecipanti ed espositori 2 bar situati al piano dell'area espositiva. Al 2° piano è previsto un servizio di open buffet lunch (3 portate più bevande) al costo di € 17,00 IVA inclusa.

Servizio Navetta

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

Esposizione

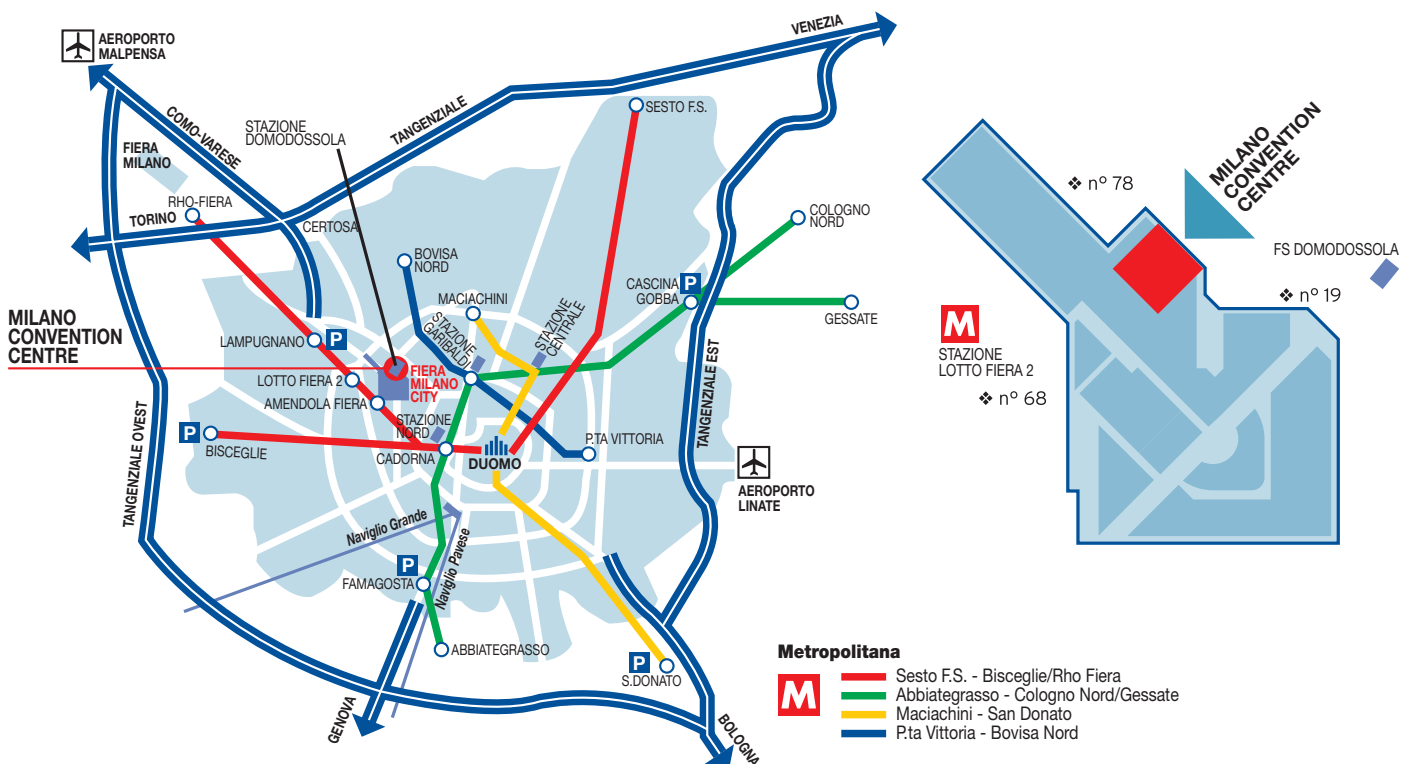
Nell'ambito dell'area congressuale è stata allestita una esposizione tecnico-scientifica che può essere visitata da tutti gli iscritti muniti di badge. Gli espositori devono rivolgersi al loro desk per ritirare i badge nominativi a cui hanno diritto.

Guardaroba

All'ingresso dell'area dedicata al Congresso è allestito un servizio guardaroba al costo di € 1,00 per capo al giorno e di € 2,00 per bagaglio.

Prenotazioni alberghiere

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



SESSIONE DI APERTURA

Mercoledì 29 Novembre 2006

Ore 15.45, Sala Auditorium

SYMPOSIUM NEW HORIZONS IN OPHTHALMOLOGY

A. Polito - Department of Ophthalmology, University Hospital, Udine
**SOI-SOE Lecture "Antiangiogenic therapy for choroidal neovascularization:
preliminary results of ongoing trials"**

C.P. Wilkinson - AAO President-Elect
Chief of Department of Ophthalmology, Greater Baltimore Medical Center, USA
SOI Keynote Lecture "New frontiers in vitreo-retinal surgery"

P. d'Agostino - Professor in Criminal Law, University of Turin
**SOI Keynote Lecture "Intravitreal injection: patient safeguard for the protection
of the Ophthalmologist"**

R. Brancato - Professor in Ophthalmology, San Raffaele University Hospital, Milan
SOI Keynote Lecture "The role of OCT in modern ophthalmology"

E. Rispoli - Associated Professor in Human Physiology, "La Sapienza" University, Rome
SOI Keynote Lecture "Visual acuity and contrast sensitivity?"

DA NON PERDERE!!

Al termine della sessione si terrà un sorprendente spettacolo di intrattenimento
Ophthalmic World Best Images Show: "Inside the Eye"
e a seguire un cocktail di benvenuto.

**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 2007.**

PREMIAZIONI

Mercoledì 29 Novembre 2006, ore 15.45. Sala Auditorium

Premio SOI
Progetto Ricerca Scientifica 2006
Premio SOI SIFI 2006
Premio Mario Gelsomino 2006-2007

Venerdì 1 dicembre 2006, ore 12.00. Sala Auditorium

Premio Medaglia d'Oro SOI
Maestri dell'Oftalmologia Italiana
ai Professori Giuseppe Carella, Roberto Guerra e Albino Rapizzi
Premio Maurizio Quintieri Videoconcorso

Sabato 2 dicembre 2006, ore 10.50. Sala Auditorium

Premio "Miglior Poster"

PREMIO SOI PER UN PROGETTO DI RICERCA SCIENTIFICA

Commissione Giudicatrice: R. Brancato, M. Busin, F. Camesasca, F. Carones, L. Lobefalo, M. Piovella, D. Tognetto, C.E. Traverso, P. Vinciguerra

VIDEOCONCORSO - PREMIO "MAURIZIO QUINTIERI"

- **Premio Assoluto "Maurizio Quintieri":** € 5.000,00
- **Premio Didattico SOI:** Buono del valore di € 250,00 per l'acquisto di libri
- **Premio Tecnica Innovativa SOI:** Trofeo SOI
- **Premio Artistico I.A.R.V.O. (Italian Artistic Video in Ophthalmology):** Trofeo I.A.R.V.O.

Commissione Giudicatrice: L. Conti, A. Fassari, A. Mularoni, S. Pecoraro, G. Scorcìa, M. Serafino

PREMIO MIGLIOR POSTER

Da attribuire al miglior poster presentato al Congresso. Il vincitore verrà esentato per un anno dal versamento della quota annuale

Commissione Giudicatrice: C. Carbonara, P. Lanzetta, B. Lumbroso, A. Mocellin, S. Rossi

PREMIO SIFI

Premio di € 5.200,00 da destinare ad un medico oculista italiano che si sia particolarmente distinto in Italia o all'estero in opere professionali e scientifiche a scopo esclusivamente umanitario.

La finalità del premio è quella di contribuire all'opera svolta e di essere di incentivo e sprone a proseguire la missione intrapresa.

Commissione Giudicatrice: Consiglio Direttivo SOI

PREMIO MARIO GELSOMINO - BORSA DI STUDIO ANNUALE

La Società ALFA INTES mette a disposizione una borsa di studio annuale del valore di € 6.000 alla memoria del fondatore della società Mario Gelsomino, che ha dedicato tutta la sua vita al settore della visione e dell'oftalmologia.

La borsa sarà finalizzata all'aggiornamento scientifico e destinata ad un giovane oftalmologo socio SOI. Il premio verrà conferito dal Consiglio Direttivo, su indicazione del Comitato Scientifico, al miglior lavoro presentato al Congresso Nazionale sia esso poster, comunicazione, video.

La borsa di studio verrà assegnata alle seguenti condizioni:

- Il destinatario dovrà essere socio SOI in regola con la quota di iscrizione e non avere più di 38 anni al momento dell'assegnazione
- La borsa dovrà essere utilizzata per la frequenza ad uno stage di aggiornamento su proposta del vincitore
- Gli aspetti logistici ed amministrativi saranno gestiti da SOI - per il suo tramite operativo di Congressi Medici S.r.l. - nei limiti della disponibilità economica di detta borsa.

Symposium "New Horizons in Ophthalmology"

SOI Keynote Lectures



Antonio Polito

SOI-SOE Lecture

Antiangiogenic Therapy for Choroidal Neovascularization: Preliminary Results of Ongoing Trials

Nato il 15 giugno 1970 a Bassano del Grappa

Istruzione. 1989-1995. Università degli studi di Verona. Laurea in Medicina e Chirurgia. Votazione 110/110 e lode 1996-2000. Specializzazione in Oculistica presso l'Università di Verona. Votazione 50/50 e lode. 2000 (gennaio-dicembre). Research Fellowship presso il Servizio di Chirurgia Vitreoretinica diretto dal Dr. Peter Campochiaro, del Wilmer Ophthalmological Institute della Johns Hopkins University, Baltimora, USA

Attività professionali. Luglio 2001 a tutt'oggi. Dirigente medico presso Clinica Oculistica del Policlinico Universitario a Gestione Diretta, Università degli Studi di Udine. Responsabile del Servizio di Fluorangiografia e Tomografia Ottica a Radiazione Coerente (OCT)

Borse di studio. 1999-2000. Borsa di Studio dell'Università di Verona per la frequenza dell'ultimo anno della Scuola di specializzazione presso il Wilmer Eye Institute, Johns Hopkins University, Baltimore, USA

Riconoscimenti. Premio Merck Sharp & Dohme/S.I.L.O. 2001 per il lavoro "Valutazione dello spessore foveale con RTA e OCT". ARVO/S.I.L.O. 2001 Travel Fellowship Grant per il lavoro "Comparison between OCT and RTA for assessment of foveal thickness in patients with retinal disease"

Progetti di ricerca svolti o in corso. 1. Nuove metodiche di diagnostica per immagini di patologie retiniche. 2. Analisi quantitative dell'edema maculare con la Tomografia Ottica a Luce Coerente. 3. Efficacia di nuove strategie terapeutiche per il trattamento degli edemi maculari. 4. Nuovi trials clinici sull'impiego di farmaci ad azione antiangiogenica per il trattamento della neovascolarizzazione coroideale in corso di degenerazione maculare legata all'età.

Pubblicazioni. 1. Polito A. et al. - Bilateral Retinal Hemorrhages in a Preterm Infant with Retinopathy of Prematurity following Cardiopulmonary Resuscitation. Archives of Ophthalmology, 2001;119(6):913-4. 2. Polito A. et al. - Comparison between OCT and RTA for Assessment of Foveal Thickness in Patients with Macular Disease, Am J Ophthalmol 2002;134(2):240-51. 3. Polito A. et al. - Spontaneous resolution of a shallow detachment of the macula in a highly myopic eye. Am J Ophthalmol 2003;135:546-7. 4. Bandello F., Polito A. et al. - "Light" versus "Classic" Laser Treatment for Clinically Significant Diabetic Macular Edema. British Journal of Ophthalmology 2005;89(7):864-70. 5. Polito A. et al. - Repeatability and Reproducibility of Fast Macular Thickness Mapping with the Stratus OCT. Archives of Ophthalmology 2005;123(10):1330-7. 6. Polito A., Del Borrello M., Polini G., Furlan F., Isola M., Bandello F. - Diurnal variation in clinically significant diabetic macular edema measured by the Stratus OCT. Retina. 2006 Jan;26(1):14-20. 7. Polito A., Isola M., Gregori D., Lanzetta P., Bandello F. - The natural history of occult choroidal neovascularization associated with age related macular degeneration. A systematic review. Ann Acad Med Singapore. 2006 Mar;35(3):145-50. 8. Bandello F., Polito A., Pognuz D.R., Monaco P., Dimastrogiovanni A., Paissios J. - Triamcinolone as adjunctive treatment to laser panretinal photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy. Arch Ophthalmol. 2006 May;124(5):643-50. 9. Polito A., Napolitano M.C., Bandello F., Gortana, Chiodini R. - The role of optical coherence tomography (OCT) in the diagnosis and management of retinal angiomatous proliferation in patients with age related macular degeneration. Ann Acad Med Singapore. 2006;35:420-4. 10. Lanzetta P., Polito A., Del Borrello M., Narayanan R., Shah V.A., Frattolillo A., Bandello F. Idiopathic macular hole surgery with low-concentration intracranial green-assisted peeling of the internal limiting membrane. Am J Ophthalmol 2006, in press.

Presentazioni a congressi internazionali. 1. ARVO Annual Meeting, 29 April - 4 May 2001 - Ft Lauderdale - Florida, USA. Clinical Assessment of macular edema - Minisymposium. Comparison between OCT and RTA for assessment of foveal thickness in patients with retinal disease Paper. 2. EVER meeting, 30 Sept - 5 Oct 2002 - Alicante, Spain. Measurements of retinal thickness using OCT. 3. OCT Workshop, 31 Jan - 1 Feb 2003 - Paris, France. Reproducibility, comparison OCT/RTA. 4. ARVO Annual Meeting, May 2003 - Ft Lauderdale - Florida, USA. OCT vs. RTA: When to Choose? How to Choose?. 5. EVER meeting, 8- 11 Oct 2003 - Alicante, Spain Assessment and follow-up of DME by OCT. 6. 2nd International University Program on the Role of Ischemia in Eye Diseases -Cohimbra, Portugal, Feb. 14-15, 2004 Retinal thickness measurements. 7. ARVO Annual Meeting, 25-29 April 2004 - Ft Lauderdale - Florida, USA. Humor pharmacokinetics of levofloxacin after oral administration. 8. SOI - 3° Congresso Internazionale - 11-14 Maggio 2005, Firenze. La terapia antiangiogenica. 9. 16th Meeting of the European Association for the Study of Diabetic Eye Complications (EASDec), Arhus, 26-28 Maggio, 2006. Mechanism for diurnal variation in clinically significant diabetic macular edema. Case report



Charles P. Wilkinson

SOI Keynote Lecture

New frontiers in vitreo-retinal surgery

Dr. Wilkinson has served as the Chairman of the Department of Ophthalmology, Greater Baltimore Medical Center, since 1992, and he is Professor, Department of Ophthalmology, at The Johns Hopkins University. After obtaining his undergraduate degree at Stanford University, he received his MD from Johns Hopkins University and was an intern and resident at The Johns Hopkins Hospital. He then received fellowship training in vitreoretinal diseases at the University of Miami and subsequently joined the faculty at the University of Oklahoma, where he was a Clinical Professor of Ophthalmology for over 15 years.

Dr. Wilkinson became President-elect of the American Academy of Ophthalmology (AAO) in January 2006 and will serve as the President in 2007. He served as a Director of the American Board of Ophthalmology (ABO) from 1997 - 2004 and was Chairman of the organization during the last year. From 1998 through 2001 he was a member of the Board of Trustees of the AAO. He has served as a member and subsequent Chair of the FDA Ophthalmic Devices Panel

and continues to be a Consultant for that Agency. He served as Chairman of the Preferred Practice Patterns Retina Panel of the AAO for 10 years, and he is actively involved in several specialty and subspecialty societies. Dr. Wilkinson is Chairman of the Diabetes Section of the AAO's Eye Care America project, an effort to improve the diagnosis and treatment of Medicare patients with diabetes. In addition, he chaired the AAO's Global Diabetic Retinopathy Project, an effort to develop worldwide consensus regarding a simplified clinical disease severity scheme for diabetic retinopathy.

Dr. Wilkinson's research interests include retinal detachment, diabetic retinopathy, and macular degeneration. He has published extensively on a variety of vitreoretinal topics.



Paolo d'Agostino

SOI Keynote Lecture

Intravitreal injection: patient safeguard for the protection of the Ophthalmologist

Avvocato. Docente Universitario. Svolge esclusivamente attività di consulenza, prevalentemente in materia di responsabilità professionale medica in favore delle principali società medico-scientifiche di specialità, nonché di sindacati di categoria e di ordini professionali nazionali.



Rosario Brancato

SOI Keynote Lecture The Role of OCT in Modern Ophthalmology

Nato il 25 agosto 1934 a Chiasso - Svizzera

Laurea in Medicina e Chirurgia e Specializzazione in Clinica Oculistica presso l'Università degli Studi di Firenze.

Professore Ordinario di Oftalmologia. Direttore della Scuola di Specializzazione in Oftalmologia Università San Raffaele - Milano

Titoli accademici: Professore Associato presso la Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Firenze (1967-69); Professore Associato e Dirigente del Servizio di Angiologia Oculare presso la Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Firenze (1969-1974); Professore Incaricato e poi Ordinario e Direttore della Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Trieste (1974-1982); Professore Ordinario all'Università Statale di Milano (1982-2000) e Direttore del Dipartimento di Oftalmologia e Scienze della Visione dell'Ospedale San Raffaele (1982-2005); Professore Ordinario di Oftalmologia all'Università H San Raffaele di Milano (novembre 2000 a tutt'oggi).

Pubblicazioni scientifiche: 928 pubblicazioni su riviste internazionali e nazionali, 11 volumi monografici, 10 trattati.

Campo di attività prevalente: Diagnosi e trattamento delle malattie della retina e delle maculopatie in particolare. Applicazioni dell'energia laser in Oftalmologia. Oftalmologia generale. Pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari nel campo dell'Oftalmologia.

Contributi originali: Progetto introduttivo dell'angiografia a fluorescenza del segmento anteriore dell'occhio (1968-1969); Protocollo applicativo sulle indicazioni cliniche del laser a coloranti organici (dye laser) in Oftalmologia (1972); Proposta e primi studi sulle applicazioni del laser a diodi semiconduttori in Oftalmologia (1986); Primi studi originali e proposte sulle applicazioni cliniche della fotocoagulazione laser a contatto transclerale dei corpi ciliari e della retina con laser Nd: YAG CW e con il laser a diodi (1986); Numerose ricerche sulla fluorangiografia della corio-retina e dell'iride; Studi originali e messa a punto della correzione della miopia, dell'astigmatismo e dell'ipermetropia con laser ad eccimeri (1990). Primi studi sulle applicazioni cliniche della Tomografia Ottica a Coerenza (OCT) (1996). Primi studi in collaborazione con i genetisti per determinare le correlazioni esistenti tra genotipo e fenotipo indispensabili per la prognosi del paziente, la diagnosi prenatale e l'elaborazione di future terapie genetiche (2001). Studi e prime applicazioni cliniche dello Scanner Laser Ophthalmoscopy (SLO) (2005).

Organizzazioni Scientifiche a nomina elettiva: Membro dell'Accademia Ophthalmologica Internationalis (AOI) (Cattedra XVII); Presidente uscente di "EURETINA" - European Society of Retina Specialists; Membro del Consiglio Direttivo della Societas Ophthalmologica Europaea (SOE); Membro del Consiglio Direttivo dell'European Community University Professors of Ophthalmology (E.U.P.O.); Fondatore e Presidente della Società Italiana Laser in Oftalmologia (S.I.L.O.); Membro del Comitato Scientifico della Macula Foundation Inc. New York; Presidente del Comitato Scientifico dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità; Membro Onorario della Fondazione "G.B. Bietti".

Associazioni Scientifico-Professionali: Società Oftalmologica Italiana (SOI), American Academy of Ophthalmology (AAO); Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO); Fluorescein Angiography Club (Fan Club); Macula Society; International Society of Ocular Fluorophotometry (I.S.O.F.); Societas Ophthalmologica Mediterranea; Société Française d'Ophthalmologie; Pan-American Association of Ophthalmology (PAAO); Grupo Latino-Americano de Angiofluorografía ocular y Fotocoagulación; Società Italiana Laser Chirurgia in Medicina (SILCM); European Laser Association (ELA); Società Italiana di Oftalmologia Genetica (SIOG); Club Jules Gonin.

Attività Editoriale: Direttore Responsabile e Fondatore dell'European Journal of Ophthalmology; Co-Direttore di Lasers and Light in Ophthalmology; Co-Direttore di Highlights of Ophthalmology; Membro dell'Editorial Board di: Ophthalmologica, Aktuelle Augenheilkunde, Ophthalmic Surgery and Lasers, Ophthalmology Times, Ophthalmology World News.

Premi: Premio "Bergamotto d'Oro" (1991); Premio Internazionale "La Madonna" (1993); Paul Harris Medal (1995); Medaglia d'oro della Società Italiana Laser in Oftalmologia (1996); Arnall Patz Medal (1997) (per le originali ricerche nel campo delle vasculopatie retiniche); American Academy of Ophthalmology's Honor Award (1997); Medaglia d'oro della Società Oftalmologica Italiana al "Maestro dell'Oftalmologia Italiana" (1998); Premio Lettura "Società Oftalmologica Mediterranea" (2000); Premio "Civiltà del Mare 2000", Premio "Anassilaos 2002"; American Academy of Ophthalmology's Senior Achievement Award (2004); Medaglia d'oro Premio Brutium (2005).



Eduardo Rispoli

SOI Keynote Lecture Visual Acuity and Contrast Sensitivity?

Nato a Napoli il 12 dicembre 1939.

Ha conseguito la laurea in Ingegneria Elettronica nell'Università di Napoli nel 1966.

Vincitore di due Borse di Studio dell'Istituto Superiore di Sanità nel Laboratorio di Tecnologie Biomediche, nel 1967-68 e nel 1968-69, ha svolto ricerche in vari campi della medicina ed in particolare nella neurooftalmologia e nella cardiologia.

Nel 1970 Vincitore di concorso per "Tecnico Laureato" dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" presso l'Istituto di Oftalmologia diretto dal prof. G.B. Bietti, è entrato in servizio come Responsabile del Laboratorio di Tecnologie Biomediche.

Anche dopo l'assunzione presso l'Istituto di Oftalmologia ha continuato le collaborazioni e le ricerche in diversi campi della medicina e della bioingegneria. In seguito alla Divisione dell'Istituto di Oftalmologia in due Cattedre è entrato a far parte, nel 1979, della I Cattedra diretta dal Prof. Mario Rosario Pannarale.

Nel 1981 ha costituito, presso la Cattedra diretta dal prof. M.R. Pannarale, il Laboratorio di Elettrofisiologia della Visione.

Come Responsabile del Laboratorio di Elettrofisiologia ha sempre svolto attività assistenziale, didattica impartendo lezioni di Elettrofisiologia e di Semeiotica agli specializzandi in Clinica Oculistica, e di Ricerca in campo semeiologico e tecnologico.

Ha partecipato, come "Project manager" all'esperimento denominato IES028 eseguito durante il volo spaziale del primo Spacelab

(30 novembre - 9 dicembre 1983), in collaborazione con la NASA e con l'ESA (Agenzia Spaziale Europea).

Nel 1989 ha partecipato alla terza tornata dei giudizi di idoneità a professore di ruolo fascia degli associati.

Nel 1994 ha avuto l'idoneità a Professore Associato in Oftalmologia.

Dal 1996 Professore associato in Tecnologie Biomediche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza".

Dal 1999 Professore Associato Confermato in Tecnologie Biomediche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza".

Dall'ottobre 2000 Professore Associato di Fisiologia Umana presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza".

È stato Promotore del Dipartimento di Fisiologia Umana e Farmacologia dell'Università di Roma "La Sapienza".

È stato promotore del Dipartimento di Scienze Oftalmologiche dell'Università di Roma "La Sapienza".

Attualmente oltre all'insegnamento di "Fisiologia Umana" al secondo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è titolare di insegnamenti nella Scuola di Specializzazione in Oftalmologia, nei Corsi di Laurea Universitari in Professioni Sanitarie (CLUPS) di Ortottica e di Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria.

Medal Lecture



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



Gian Battista Bietti Medal Lecture 2006

"CONGENITAL GLAUCOMA MANAGEMENT"
Roberto Sampaolesi

SOI Award "A life spent serving ophthalmology" 2006



SOI Award "A life spent serving ophthalmology" 2006

Bruno Monfrini

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

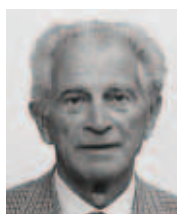


Giancarlo Falcinelli

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
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



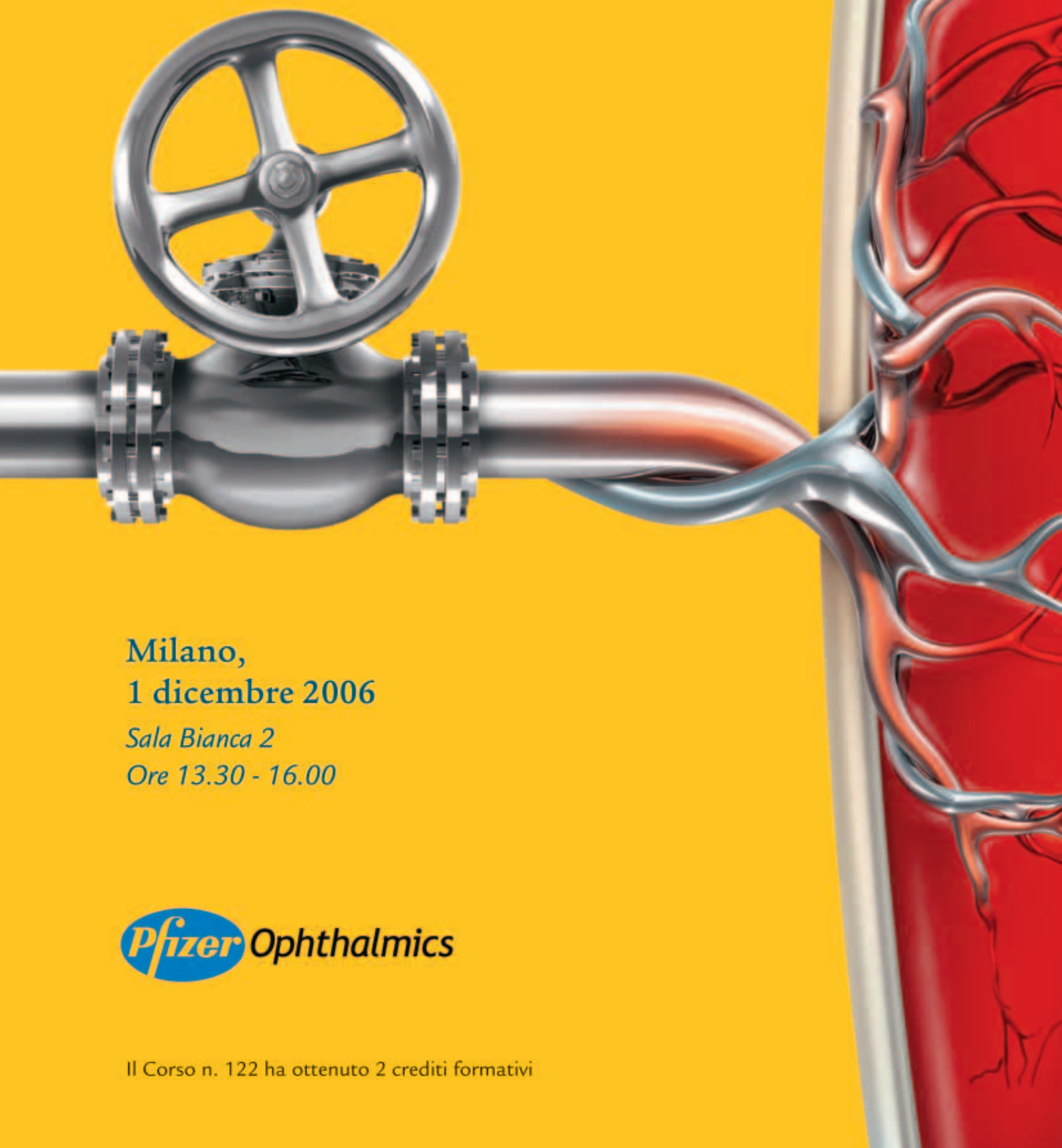
Roberto Guerra



Albino Rapizzi

Corso 122

AMD neovascolare: un approccio mirato a un problema globale



Milano,
1 dicembre 2006

Sala Bianca 2

Ore 13.30 - 16.00

Pfizer Ophthalmics

Il Corso n. 122 ha ottenuto 2 crediti formativi

aziende espositrici

AZIENDA	STAND
A.C. SERVICE S.r.l.	23
AGENZIA INT. PREVENZIONE CECITA'	1
ALCON ITALIA S.p.A.	28
ALFA INTES S.r.l.	37
ALFA WASSERMANN S.p.A.	41
ALLERGAN S.p.A.	15
AMO ITALY S.r.l.	12
ASSICURAZIONI - SOI	A
BAUSCH & LOMB IOM S.p.A.	48
BECTON & DICKINSON ITALIA S.p.A.	34
BIOMEDICA MANGONI S.n.c.	53
BRUSCHETTINI S.r.l.	44
C.B. MEDICAL S.r.l.	20
C.S.O. S.r.l.	73
CARL ZEISS S.p.A.	52
CERSONI S.p.A.	C
COMPAGNIA ITALIANA OFTALMOLOGICA S.c.a.r.l.	54-55
COOPERVISION ITALIA S.r.l.	32
D.I.P.O.	65
DELPHI MEDICA S.r.l.	47
E. JANACH S.r.l.	21
E.SA.MED S.r.l.	38
EOS OFTALMICA S.r.l.	8
ESPANSIONE MARKETING S.p.A.	43
ESSILOR ITALIA S.p.A.	69
EUPHARMED S.r.l.	63-64
EUROPROTESI di Angelo Del Grosso	51
F.A.S.S. S.r.l.	62
FABIANO S.r.l.	5
FARMETRURIA S.r.l.	49
FARMIGEA S.p.A.	45
FOGLIAZZA LIBRERIA	D
FRATEMA OPHTHALMICS S.r.l.	58-59
GENESIS 2005 S.r.l.	25
INNOVED S.r.l.	22

AZIENDA	STAND
INTERMED S.r.l.	19
LEICA MICROSYSTEMS S.p.A.	60-61
LIGI TECNOLOGIE MEDICALI S.p.A.	29
LUMENIS ITALY S.r.l.	66
MECCANOTTICA MAZZA S.r.l.	42
MEDICAL BOOKS	E
MERCK SHARP & DOHME S.p.A.	39
NEW TECH S.p.A.	17
NIDEK MEDICAL S.r.l.	35
NIKON INSTRUMENTS S.p.A.	67
NOVARTIS FARMA S.p.A.	11
OFTALMICA S.r.l.	68
OPTIKON 2000 S.p.A.	9-10
OS ENDOSKOPIE ITALIA S.r.l.	50
PICCIN NUOVA LIBRERIA	
PFIZER CONSUMER HEALTH CARE S.r.l.	B
PFIZER ITALIA S.r.l.	13
PIETRASANTA PHARMA S.p.A.	40
POLYOFTALMICA NEW S.r.l.	24
ROMANI INTERMEDICA S.r.l.	7
S.I.D.O. S.c.r.l.	70-71-72
S.I.F.I. S.p.A.	18
SALMOIRAGHI & VIGANO' S.p.A.	26
SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.r.l.	56
SIR OFTALMICA S.r.l.	53
TECNO PROTESI di Fabrizio Di Quarto	51
THEA S.p.A.	30-31
TOPCON	16
TRANSITIONS OPTICAL Ltd	33
TUBILUX PHARMA S.p.A.	27
VERDUCI EDITORE S.r.l.	2
VISION SERVICE GROUP S.p.A.	6
VISTA VISION S.r.l.	57
VISUFARMA S.p.A.	14

planimetria esposizione



SALE UBICATE AL PIANO SUPERIORE

AUDITORIUM 1200 pax	SALA BIANCA 1 150 pax	SALA BIANCA 2 150 pax	CENTRO PROVA PROIEZIONI
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

LEGENDA

3x2	3x3	4x2	4x3	4x4	5x2	5x3	5x3,2	5x4	5x5	6x3
6x5	7x4,7	7x5	8x3	8x4	8x5	8x6	10x6	10x7	14x5	14x6

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 epetetica 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 ai corticosteroidi 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 steroide 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. È 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.F.I. S.p.A. - Sede legale: Via Ercole Patti, 36 – 95020 Lavinio – Acì 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



7000355

Dep. AIFA 29-03-06



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

PROGRAMMA SCIENTIFICO

sintesi del programma scientifico

Mercoledì 29 novembre 2006	
Salone Auditorium	SESSIONE 1 JOINT MEETING SOI-G.I.V.Re CHIR. DISTACCO RETINA (I parte) p.30 SESSIONE 2 SYMPOSIUM "NEW HORIZONS IN OPHTHALMOLOGY" p.30 PREMIAZIONI
Sala Rossa 1	SESSIONE 1 JOINT MEETING SOI-G.I.V.Re CHIR. DISTACCO RETINA (II parte) p.30 SESSIONE 3 - CONGRESSO NAZIONALE O.P.I. ENDOTALMITI p.32
Sala Rossa 2	SESSIONE 4 - CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.O.P. AGGIORNAMENTI CHIRURGIA OTALMOPLASTICA p.32 SESSIONE 5 TAVOLA ROTONDA S.I.C.S.S.O. IL RIGETTO p.34
Sala Blu 1	SESSIONE 6 - CONGRESSO S.I.G.L.A. CHIRURGIA DEL GLAUCOMA p.35 SESSIONE 7 - SIMPOSIO G.I.F.T. AVASTIN-MANIA p.36
Sala Blu 2	SESSIONE 8 - SIMPOSIO R.O.P. RETINOPATIA DEL PRETERMINE p.38 SESSIONE 9 - SIMPOSIO G.A.T. EDEMA MACULARE p.37 SESSIONE 10 - COMUNICAZIONI SU RETINA CHIRURGICA p.38
Sala Gialla 1	CORSO 101 FLUORANGIOGRAFIA VS OCT p.38 CORSO 102 CONDUCTIVE KERATOPLASTY (CK) p.39
Sala Gialla 2	CORSO B CORNEA p.39 CORSO C ONCOLOGIA OCULARE p.39
Sala Gialla 3	CORSO 104 LA MIA PRIMA CATARATTA p.39 CORSO 105 CHIRURGIA EPISCLERALE p.39
Sala Bianca 1	CORSO D SEMEIOTICA OCULARE p.39 CORSO 106 CHIRURGIA CORNEALE p.39 CORSO E OTALMOPLASTICA p.39
Sala Bianca 2	SESSIONE 11 - COMUNICAZIONI SU RETINA MEDICA p.40 CORSO 109 - MULTIFOCALI REFRATTIVE E DIFFRATTIVE p.41
Sala K	PROIEZIONE VIDEO p.41

Giovedì 30 novembre 2006	
Salone Auditorium	SESSIONE 12 - RELAZIONE UFFICIALE SOI OCCHIO E CELLULE STAMINALI p.42 SESSIONE 14 - SIMPOSIO POST-OPERATORIO IN CHIRURGIA OTALMICA p.44
Sala Rossa 1	SESSIONE 15 - SIMPOSIO G.I.V. EDEMA MACULARE NON TRADIZIONALE p.44 SESSIONE 16 - CONGRESSO ANNUALE S.I.R. CHIRURGIA EPISCLERALE OGGI p.45 CORSO 110 L'OCULISTA IN OSPEDALE p.46
Sala Rossa 2	SESSIONE 17 - SIMPOSIO S.I.T.R.A.C. ASTIGMATISMO E CHERATOPLASTICA p.46 SESSIONE 18 - SIMPOSIO VITRECTOMIA MININVASIVA p.47
Sala Blu 1	SESSIONE 25 - SIMPOSIO FONDAZIONE PER LA MACULA MACULA UPDATE p.48 SESSIONE 26 - COMUNICAZIONI EPIDEMIOLOGIA, UVEITI, OTALMOL. PEDIATRICA, STRABISMO p.48 SESSIONE 19 - SIMPOSIO STIMA RISCHIO GLAUCOMA p.49
Sala Blu 2	SESSIONE 21 SIMPOSIO PER ASSISTENTI DI SALA OPERATORIA PROFILASSI ENDOTALMITI p.49 SESSIONE 22 - VIDEOSIMPOSIO SOI CHIRURGIA SEGMENTO ANTERIORE p.50
Sala Gialla 1	CORSO 112 EDEMA MACULARE DIABETICO p.51 CORSO 113 IOL BHMULTIFOCALI E D'ACCOMODATIVE p.51 CORSO 114 LA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO p.51
Sala Gialla 2	SESSIONE 23 - SIMPOSIO OCULISTI AMBULATORIALI E DMS p.51 CORSO 115 TRABECULOTOMIA p.51 SESSIONE 24 COMUNICAZIONI SU CATARATTA p.51
Sala Gialla 3	CORSO A CONTATTOLOGIA MEDICA p.53 SESSIONE 20 - SIMPOSIO CORREZIONE ABERROMETRICA PRESBIOPIA p.53 SESSIONE 27 - SIMPOSIO S.I.B.O. SICUREZZA CORNEE PER TRAPIANTO p.53
Sala Bianca 1	CORSO 116 DALC p.54 CORSO 117 TRAPIANTO DI LIMBUS p.54 CORSO 118 BASIS DI TOPOGRAFIA CORNEALE p.54
Sala Bianca 2	SESSIONE 28 - COMUNICAZIONI CHIRURGIA REFRATTIVA, CHIRURGIA VITREORETINICA p.54 CORSO 119 IPOVUSI INESPLICABILE p.55 CORSO 120 ANGIOGRAFIE RETINICHE p.55
Sala K	PROIEZIONE VIDEO p.55

PROGRAMMA SCIENTIFICO

sintesi del programma scientifico

Venerdì 1 dicembre 2006	
Salone Auditorium	SESSIONE 29 - SIMPOSIO AICCCER-SOI - I PARTE NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA REFRATTIVA p.56 PREMIAZIONI
Sala Rossa 1	SESSIONE 31 - SIMPOSIO DEGENERAZIONE MACULARE: MIGLIOR VISIONE p.58
Sala Rossa 2	CORSO 121 FDY E SWAP p.59
Sala Blu 1	SESSIONE 34 SIMPOSIO COMED IMAGING IN OTTALMOLOGIA p.60
Sala Blu 2	SESSIONE 38 SIMPOSIO S.I.O.L. CONSULENZA TECNICA IN OTTALMOLOGIA p.62
Sala Gialla 1	CORSO 123 CORNEA CLINIC INTERATTIVA p.66
Sala Gialla 2	CORSO 125 DIAGNOSI MORFO-FUNZIONALE p.67
Sala Gialla 3	CORSO 128 VISANTE OCT p.68
Sala Bianca 1	CORSO 131 CHIRURGIA VITREORETINICA p.68
Sala Bianca 2	CORSO 135 MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE p.69
Sala K	PROIEZIONE VIDEO p.69
	DISCUSSIONE SCIOPIERO
	SESSIONE 40 - SIMPOSIO GLAUCOMA: STRATEGIE TERAPEUT. p.59
	SESSIONE 33 - SIMPOSIO S.I.N.O. COMPRESIONE VIE OTTICHE ANTERIORI p.59
	SESSIONE 36 - SIMPOSIO FLUSSO EMATICO OCULARE E PRESSIONE DI PERFUSIONE p.61
	SESSIONE 43 SESSIONE POSTER p.63
	CORSO 130 - CHIRURGIA PALPEBRALE MINI-INVASIVA p.67
	CORSO 126 FACOMATOSI p.68
	CORSO 147 PSICOSOMATICA IN OTTALMOLOGIA p.68
	CORSO 133 TRAUMATOLOGIA ORBITARIA p.68
	CORSO 122 AMD NEOVASCOLARE p.69
	SESSIONE 30 - SIMPOSIO AICCCER-SOI - II PARTE NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA REFRATTIVA p.57
	SESSIONE 32 - SIMPOSIO TRATTAMENTO DMLE p.59
	SESSIONE 37 CONGRESSO NAZIONALE S.I.O.G. MALLATTIE OCULARI EREDITARIE p.66
	SESSIONE 41 SIMPOSIO G.I.N. NEUROPROTEZIONE p.67
	CORSO 124 GESTIONE POSTOPE- RATORIA GLAUCOMA p.67
	CORSO 127 BEVACIZUMAB (AVASTIN®) p.68
	CORSO 134 OTTALMOLOGIA PEDIATRICA p.68
	CORSO 137 RIABILITAZIONE VISIVA DOPO LUSSAZIONE DI NUCLEO O DI IOL p.69
	PROIEZIONE VIDEO p.69

Sabato 2 dicembre 2006	
Salone Auditorium	SESSIONE 44 - SIMPOSIO AICCCER-SOI CHIRURGIA DELLE LENTI FACHICHE E DEL TRAPIANTO DI ENDOTELIO p.70
Sala Rossa 1	SESSIONE 46 SIMPOSIO S.I.COM. INFEZIONI DA LENTI A CONTATTO p.72
Sala Rossa 2	SESSIONE 48 SIMPOSIO S.I.E.T.O. DANNI OCULARI IATROGENI p.73
Sala Blu 1	SESSIONE 50 SIMPOSIO A.I.S.G. TRATTAMENTO GLAUCOMI COMPLESSI p.74
Sala Blu 2	SESSIONE 51 COMUNICAZIONI SU GLAUCOMA p.74
Sala Gialla 1	CORSO 139 CAVITA ANOFTALMICA p.76
Sala Gialla 2	CORSO F RETINA p.76
Sala Gialla 3	CORSO 141 TRAUMATOLOGIA BULBARE p.76
Sala Bianca 1	CORSO 143 NISTAGMO p.77
Sala Bianca 2	SESSIONE 54 - COMUNICAZIONI CORNEA, SUPERFICIE OCULARE E MALLATTIE p.78
Sala K	PROIEZIONE VIDEO p.79
	SESSIONE 45 SIMPOSIO EUROPEO TRATTAMENTO DMLE p.71
	SESSIONE 47 SIMPOSIO G.I.M.R.E. OCCLUSIONI VASCOLARI RETINICHE p.72
	SESSIONE 49 SIMPOSIO L.V.A.-G.I.S.I.-R.R.R. RIABILITAZIONE VISIVA p.73
	CORSO 138 OCCLUSIONE VENA CENTRALE RETINA p.74
	SESSIONE 52 SIMPOSIO GIOCHI L'ARTICOLO SCIENTIFICO p.76
	CORSO 140 QUALE IOL PER QUALE PAZIENTE p.76
	CORSO G GESTIONE DEI GLAUCOMI p.76
	SESSIONE 53 COMUNIC. ORBITA E CHIR. PLASTICA p.77
	CORSO 144 TOSSINA BOTULINICA p.77
	CORSO 142 BLEFAROPLASTICA p.77
	CORSO 145 ECTOPIA LENTIS p.77
	CORSO 146 AMBLOPIA p.79
	PROIEZIONE VIDEO p.79



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

86° Congresso Nazionale SOI



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

SOI
Milano
2006

programma scientifico

tavole rotonde

congressi nazionali

simposi

corsi di istruzione

Auditorium

10.00-12.00 SESSIONE 1 - Joint Meeting SOI-G.I.V.Re Gruppo Italiano Chirurgia Vitreoretinica
13.00-15.00 SOI-Italian Vitreoretinal Surgery Group (SOI-G.I.V.Re) Joint Meeting

Chirurgia vitreo-retinica in differita / Non-live vitreoretinal surgery

CHIRURGIA DEL DISTACCO DI RETINA / RETINAL DETACHMENT SURGERY

Coordinatori/Coordinators: G. Tassinari, G. Lesnoni

- 10.00 **Il distacco di retina regmatogeno primario**
Primary rhegmatogenous retinal detachment
Moderatori/Moderators: P. Ratiglia, P. Rossi, G. Tassinari
10.05 *Chirurghi/Surgeons:* R. di Lauro, A. Morocutti, L. Mastropasqua
- 11.05 **Discussione / Discussion**
- 11.20 **Il distacco di retina con rottura gigante (I parte)**
Retinal detachment with giant tear (part 1)
Moderatori/Moderators: C. Azzolini, G. Carlevaro, S. Zenoni
11.25 *Chirurghi/Surgeons:* P. Fantaguzzi, C. Mariotti
- 12.00 **Fine della I parte / End of part 1**
- 13.00 **Il distacco di retina con rottura gigante (II parte)**
Retinal detachment with giant tear (part 2)
Chirurgo/Surgeon: T. Rossi
- 13.20 **Discussione / Discussion**
- 13.35 **Il distacco di retina con PVR**
Retinal detachment with PVR
Moderatori/Moderators: N. De Casa, V. De Molfetta, M. Zemella
13.40 *Chirurghi/Surgeons:* P. Arpa, S. Rizzo, L. Zeppa
- 14.40 **Discussione / Discussion**

Auditorium

15.45-19.00 SESSIONE 2 - Symposium "New Horizons in Ophthalmology"

Al termine della sessione seguirà un cocktail di benvenuto.

At the end of the session there will be a welcome cocktail.

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 2007

SOI Keynote Lectures

- 15.45 **Introduzione**
Introduction remarks
C. Balacco Gabrieli
- 15.50 **Introduzione alla SOI-SOE Lecture**
Introduction to SOI-SOE Lecture
R. Brancato
- 15.55 **SOI-SOE Lecture - "Terapia Antiangiogenica per le neovascolarizzazione coroidale: risultati preliminari di studi in corso"**
SOI-SOE Lecture - "Antiangiogenic therapy for choroidal neovascularization: preliminary results of ongoing trials"
A. Polito
- 16.12 **Conferimento Premio SOI-SIFI 2006**
SOI-SIFI Award 2006
M. Piovella
- 16.17 **Presentazione Premio SOI - Progetto di Ricerca Scientifica**
Presentation of SOI Award - Scientific Research Project
F. Camesasca, M. Busin

- 16.23 **Premio SOI - Progetto di Ricerca Scientifica 2005: Risultati Preliminari**
Studio immunohistochimico sulla patogenesi del fallimento del trapianto di cornea
SOI Award - Scientific Research Project 2005: Preliminary Report
Immunohistological analysis of the pathogenesis of corneal graft failure
D. Ponzin
- 16.27 **Premio SOI - Progetto di Ricerca Scientifica 2004: Risultati Finali**
SOI Award - Scientific Research Project 2004: Final Report
"Eye-Cross 2004" - Terapia medica del cheratocono attraverso cross-linking del collagene corneale con riboflavina UVA-indotta" (Studio di fase II)
"Eye-Cross 2004" - Medical treatment of keratoconus through riboflavin UVA-induced corneal collagen cross-linking" (Phase II study)
A. Caporossi
- 16.31 **Conferimento Premio SOI - Progetto di Ricerca Scientifica 2006**
Conferring of SOI Award - Scientific Research Project 2006
F. Camesasca, M. Busin
- 16.38 **Introduzione alla SOI Key Note Lecture**
Introducing SOI Keynote Lecture
M. Stirpe
- 16.48 **SOI Key Note Lecture: "Nuove frontiere nella chirurgia vitreoretinica"**
SOI Keynote Lecture "New frontiers in vitreo-retinal surgery"
C.P. Wilkinson - AAO President-Elect (USA)
- 17.05 **Progetto SOI-Pfizer Consumer Health Care**
SOI-Pfizer Consumer Health Care Project
M. Piovella, G. Masi
- 17.13 **Tavola Rotonda: "Certificazione della Qualità in Oftalmologia"**
Round Table "Quality Certification in Ophthalmology"
• La situazione in Francia / *The French state-of-art* - J.B. Rottier - Vice-President of the French Ophthalmologists Union (France)
• I compiti della CERSOI / *Tasks of CERSOI* - M. Piovella
• Sanità e certificazione di qualità / *National health and quality certification*
Sen. Antonio Gaglione - Sottosegretario Ministero della Salute / *Undersecretary Ministry of Health*
On.le Dario Stefánó - Presidente IV Commissione Regione Puglia / *President 4th Commission of Apulia Region*
- 17.43 **SOI Key Note Lecture - "Iniezioni intravitreali: tutela del paziente a tutela del medico oculista"**
SOI Keynote Lecture - "Intravitreal injection: patient safeguard for the protection of the Ophthalmologist"
P. d'Agostino
- 18.00 **Premio SOI Mario Gelsomino 2006**
Mario Gelsomino SOI Award 2006
A. Mocerlin
- 18.05 **SOI Key Note Lecture - "Il Ruolo dell'OCT nella oftalmologia moderna"**
SOI Keynote Lecture - "The role of OCT in modern ophthalmology"
R. Brancato
- 18.22 **SOI Key Note Lecture - "Acutezza visiva e sensibilità al contrasto?"**
SOI Keynote Lecture - "Visual acuity and contrast sensitivity?"
E. Rispoli
- 18.37 **Evento Speciale SOI "Dentro l'occhio: le fantastiche immagini del bulbo oculare nella migliore presentazione artistica del mondo". Nuova tecnologia digitale ad alta definizione**
Ophthalmic World Best Images Show: "Inside the Eye"
K. Brasse (Germany)
- 18.47 **Conclusioni**
Conclusions
M. Piovella
- 19.00 **Fine della sessione / End of session**

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

Al termine della sessione seguirà un cocktail di benvenuto.
At the end of the session there will be a welcome cocktail.

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 2007

Sala Rossa 1

09.30-12.30 SESSIONE 3 - Congresso Nazionale O.P.I. Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana

ENDOFTALMITI: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Presidenti: P. Vinciguerra, G. Lesnoni

Coordinatore: V. Orfeo

- 09.30 **Introduzione**
V. Orfeo
- 09.40 **Le cause**
Moderatore: V. Orfeo
- 09.40 **Epidemiologia**
F. Camesasca
- 09.50 **Fattori di rischio**
F. Cocco, A. Aiello
- 10.00 **Protocolli di prevenzione e diagnosi**
F. Toni, P. Teramo
- 10.10 **Le caratteristiche cliniche**
P. Giardini
- 10.20 **La terapia**
Moderatore: P. Vinciguerra
- 10.20 **La terapia: Il timing come fattore essenziale**
G. Sanfelici
- 10.30 **La terapia medica**
F. D'Arrigo
- 10.40 **La terapia parachirurgica**
G. Giannecchini
- 10.50 **La terapia chirurgica**
A. Morocutti
- 11.00 **Metanalisi della letteratura e risultati**
G. Lesnoni, L. Colecchia
- 11.10 **La responsabilità del medico e della struttura**
P. d'Agostino
- 11.30 **Discussione**
Moderatore: G. Lesnoni
Panel: V. Picardo, S. Zuccarini, L. Loffredo, E. Scerrati, A. Scala
- 12.00 **Free papers**

Sala Rossa 2

08.30-12.30 SESSIONE 4 - Congresso Nazionale S.I.C.O.P. Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

AGGIORNAMENTI DI CHIRURGIA OFTALMOPLASTICA

Presidente: G.B. Frongia

Coordinatore: F. Quaranta Leoni

- 08.30-08.40 **Apertura dei lavori**
G.B. Frongia
- 08.40-09.15 **I SESSIONE: CHIRURGIA ESTETICA DELLA REGIONE PERIOCULARE**
Moderatori: M. Puccioni, D. Surace
- TECNICA NON ABLATIVA TRAMITE RADIOFREQUENZA PER IL RINGIOVANIMENTO FACIALE: ESPERIENZA CON IL "PLASMA RF". VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLO STRUMENTO, DELLA RISPOSTA TISSUTALE E DEI PRIMI RISULTATI OTTENUTI DOPO TRE MESI DI TRATTAMENTO
C. Orione (Genova, Casale Monferrato)
- TRATTAMENTO NON INVASIVO DELLE RUGHE PERIOCULARI CON RADIOFREQUENZA (N.I.R.C.).
G. Davì, R. Tisbo, E. Stagni (Valdobbiadene, Milano)

RINGIOVANIMENTO DEL TERZO MEDIO DEL VISO E LIFTING DEL SOPRACCIGLIO CON TOSSINA BOTULINICA
C. Lucchini (Milano)

UTILIZZO DI INNESTI DERMO-ADIPOSI PER LA CORREZIONE DELL'ENOFTALMO E PER IL RIEMPIMENTO DEL SOLCO ORBITO-PALPEBRALE NELLA CAVITÀ ANOFTALMICA: VANTAGGI E LIMITI

P. Vassallo, F. Garziona, A. Modugno, M. Brinalli, M. Candino, V. Ciapparoni (Napoli, Roma)

Discussione

09.15- 10.20 **II SESSIONE: CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E FUNZIONALE PALPEBRALE**
Moderatori: C. de Conciliis, F. Mininni

SUTURE REGOLABILI NELLA CHIRURGIA DELLA PTOSI PALPEBRALE. RISULTATI A DISTANZA

G. Aimino, G. Actis, C. Gaido, L. Frantone (Ivrea, Torino)

ERISEPELA FACCIALE A COINVOLGIMENTO PALPEBRALE BILATERALE CON ESITI CICATRIZIALI

L. Bauchiero, G. Vadalà, G. Demarie, E. Savio (Ivrea)

GESTIONE CLINICA E CHIRURGICA DEL LAGOFTALMO NOTTURNO

A.L. Giacomini, E. Mantovani, A.M. Martini (Camposampiero, Modena)

CONSIDERAZIONI CLINICHE E CHIRURGICHE NELLA PATOLOGIA TRAUMATICA PALPEBRALE

P. Losavio (Ferrara)

TERAPIA FOTODINAMICA CON ACIDO 5 AMINOLEVULINICO (ALA) NEI CARCINOMI A CELLULE BASALI DELLE PALPEBRE: TRE ANNI DI FOLLOW-UP

M. Puccioni, F. Ucci (Firenze)

CARCINOMA DI MERKEL PALPEBRALE. PROTOCOLLI DI COMPORTAMENTO E DIFFICOLTÀ NELLA GESTIONE

G. Savino, A. Laborante, E. Balestrazzi (Roma)

EPITELIOMI PALPEBRALI: UN PERICOLO POTENZIALE SOTTOVALUTATO

A. Giordano Resti (Milano)

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA REGIONE PERIORBITARIA IN UN OSPEDALE DISTRETTUALE DI ATENE

M. Hounda, P. Georgiou, A. Skoufaras, N. Paterakis (Atene, Grecia)

Discussione

10.20-11.40 **III SESSIONE: CHIRURGIA DELL'ORBITA**
Moderatori: L. Baldeschi, G. Bonavolontà

CISTI DELL'OSSO FRONTALE AD INTERESSAMENTO OCULARE: DESCRIZIONE DI DUE CASI

P.N. Georgiou, A. Skoufaras, N. Paterakis, M. Hounda (Atene, Grecia)

UTILIZZO DEGLI ESPANSORI IDROFILICI NELL'ANOFTALMIA CONGENITA

A. Modugno, A. Bozzetti, D. Sozzi (Roma, Monza)

FATTORI GENETICI E MOLECOLARI RILEVANTI PER LA VALUTAZIONE PROGNOSTICA DEL MELANOMA ORBITARIO

F. Tranfa, D. Strianese, G. Uccello, G. Bonavolontà (Napoli)

L'EXENTERATIO NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI INFILTRANTI DELL'ORBITA

G. Uccello, A. Diplomatico, D. Strianese, G. Bonavolontà (Napoli)

LINFOMA ORBITARIO: IMPLICAZIONI CLINICHE E PROGNOSTICHE DELL'INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C (HCV)

D. Strianese, C. Pitrone, P. Magliozzi, G. Uccello, F. Tranfa, A. Iuliano, P. Bonavolontà (Napoli)

NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE PER I LINFOMI DELL'ORBITA E DEGLI ANNESSI

C. de Conciliis, A. Giordano Resti, A. Ferreri, M. Ponzoni, E. Pagliaro, M. Forti (Milano)

RISULTATI FUNZIONALI DELL'ASPORTAZIONE DI TUMORI ORBITARI EXTRA-LARGE

F.P. Bernardini (Genova, Torino)

EMANGIOMI CAVERNOSI DELL'ORBITA BILATERALI: SONO REALMENTE UNA ENTITÀ CLINICA RARA?

F. Quaranta Leoni, A. Paonessa, A. Mastromarino, A. Leonardi, D. Lorenzano, M. Gallucci (Roma)

NEUROPATIA OTTICA NEL PAZIENTE DISTIROIDEO. RISULTATI FUNZIONALI DOPO DECOMPRESSIONE A TRE PARETI
C. Graziani, G.E. Rose (Londra, Regno Unito)

COSA ASPETTARSI DALLA CHIRURGIA DECOMPRESSIVA A TRE PARETI IN CASO DI ORBITOPATIA DISTIROIDEA NON COMPLICATA DA DIPLOPIA PREOPERATORIA. UNO STUDIO RETROSPETTIVO SU 134 PAZIENTI
L. Baldeschi, N. Santoro, W.M. Wiersinga (Amsterdam, Olanda)

Discussione

11.40-12:30

IV SESSIONE: CHIRURGIA LACRIMALE

Moderatori: F. Bernardini, F. Trivella

CANALICULITE CRONICA DA ACTINOMYCES: UNA PATOLOGIA MISCONOSCIUTA
R. Migliardi, U. Cravedi, N. Bolla, L. Donati (Torino)

TRATTAMENTO DELLE LACERAZIONI DEI CANALINI LACRIMALI
G. Di Matteo (Vallo della Lucania (SA))

LA "QUADRATURA DEL CERCHIO". 1996-2006: DIECI ANNI DI ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI
F. Trivella (Pisa)

DCR ENDONASALE: ESPERIENZA PERSONALE
F. Trivella (Pisa)

L'ENDOSCOPIA NASALE NELLA CHIRURGIA LACRIMALE PEDIATRICA
S. Cavazza, G.L. Laffi, L. Lodi (Bologna)

CARUNCOLECTOMIA: UNA SEMPLICE PROCEDURA CHIRURGICA NELLA GESTIONE DI ALCUNE FORME DI EPIFORA
G. Vadalà, C. Zampaglione, U. Mignone, L. Bauchiero (Ivrea)

Discussione

Sala Rossa 2

13.30-15.30 SESSIONE 5 - Tavola Rotonda S.I.C.S.S.O. Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare

Presidente: V. Sarnicola

Coordinatore: L. Conti

Il rigetto: aspetti fisiopatologici, clinici e terapeutici

Argomenti

- IMMUNOBIOLOGIA, IMMUNOPRIVILEGIO CORNEALE E RIGETTO DEL TRAPIANTO DI CORNEA
- ASPETTI CLINICI DEL RIGETTO
- TRAPIANTO DI CORNEA AD ALTO RISCHIO DI RIGETTO
- ASPETTI CLINICI E TRATTAMENTO DEL RIGETTO STROMALE POST DALK
- UPDATE SULLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA NEL TRATTAMENTO DEL RIGETTO POST TRAPIANTO DI CORNEA
- RIGETTO E TRAPIANTO LIMBARE

Panel: A. Montericcio, L. Conti, V. Sarnicola, A. Mocellin, G. Caprioglio, P. Neri, M. Piovella, L. Fontana

Sala Blu 1

08.30-12.30 SESSIONE 6 - Congresso S.I.GLA. Società Italiana del Glaucoma

CHIRURGIA DEL GLAUCOMA: OPINIONI A CONFRONTO

Presidente: C. Sborgia

Moderatori: C. Bianchi, M. Piovella, A. Mocellin

08.30

Apertura dei lavori

C. Sborgia

Quando il farmaco, quando la chirurgia

08.40

QUANDO CONTINUARE CON LA TERAPIA FARMACOLOGICA

A. Reibaldi

08.50

QUANDO PASSARE ALLA TERAPIA CHIRURGICA

C. Sborgia

09.00

Tavola Rotonda sul tema

Moderatore: C. Bianchi

Partecipano: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Frezzotti, G.L. Laffi, T. Salgarello, A. Colotto, A. Marino, M. Uva, G.L. Manni, P. Montanari, B. Brogliatti, P. Brusini

Glaucoma scarsamente evolutivo

09.15

QUANDO E COME FARE UNA ALT

G. Ravalico

09.25

QUANDO E COME FARE UNA PNT

C. Balacco Gabrieli

09.35

QUANDO E COME FARE UNA ELT

F. Montrone

09.45

Tavola Rotonda sul tema

Moderatore: M. Piovella

Partecipano: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Frezzotti, G.L. Laffi, T. Salgarello, A. Colotto, A. Marino, M. Uva, G.L. Manni, P. Montanari, B. Brogliatti, P. Brusini

Glaucoma ad evoluzione rapida

10.00

QUANDO E COME FARE UNA TRABECULECTOMIA

A. Caporossi

10.10

QUANDO E COME FARE UNA SCLERECTOMIA

M. Nardi

10.20

QUANDO E COME IMPIANTARE UN T-EXPRESS

M. Vetrugno

10.30

Tavola Rotonda sul tema

Moderatore: A. Mocellin

Partecipano: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Frezzotti, G.L. Laffi, T. Salgarello, A. Colotto, A. Marino, M. Uva, G.L. Manni, P. Montanari, B. Brogliatti, P. Brusini

Glaucoma terminale

10.45

QUANDO E COME FARE UN REINTERVENTO

A. Rapisarda

10.55

QUANDO E COME IMPIANTARE UNA VALVOLA

L. Zeppa

11.05

QUANDO E COME PRATICARE UNA CICLOFOTOCOAGULAZIONE

P. Troiano

11.15

Tavola Rotonda sul tema

Moderatore: A. Mocellin

Partecipano: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Frezzotti, G.L. Laffi, T. Salgarello, A. Colotto, A. Marino, M. Uva, G.L. Manni, P. Montanari, B. Brogliatti, P. Brusini

Glaucoma congenito

11.30

QUANDO E COME PRATICARE UNA TRABECULOTOMIA

G. Tassinari

PROGRAMMA SCIENTIFICO
mercoledì 29 novembre

- 11.40 QUANDO E COME PRATICARE UNA TRABECULECTOMIA
G. Marchini
- 11.50 QUANDO E COME PRATICARE UNA GONIOTOMIA
L. Quaranta
- 12.00 **Tavola Rotonda sul tema**
Moderatore: A. Mocellin
Partecipano: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Frezzotti, G.L. Laffi, T. Salgarello, A. Colotto, A. Marino, M. Uva, G.L. Manni, P. Montanari, B. Brogliatti, P. Brusini
- 12.15 **Conclusioni**
C. Sborgia

Sala Blu 1

13.30-15.30 SESSIONE 7 - Simposio G.I.F.T. Gruppo Italiano Fotodinamica ed altre Terapie

- AVASTIN-MANIA. MODA O REALE UTILITÀ?
Presidente: A. Pece
Coordinatori: F. Boscia, S. Piermarocchi
- 13.30 **Aspetti pratici sull'angiogenesi**
V. Isola
- 13.45 **La AMD neovascolare: come-quando-con che cosa trattare?**
F. Boscia
- 14.00 **Il Bevacizumab/Avastin**
A. Pece
- 14.15 **Aspetti ed implicazioni medico legali**
S. Piermarocchi
- 14.30 **Casi clinici**
- 15.30 **Consegna ai partecipanti del volume "La RAP, dalla diagnosi alla terapia"**, a cura di A. Pece, F. Boscia, G. Staurenghi, F. Bottoni, A. Massacesi, F. Viola

Sala Blu 2

08.30-10.30 SESSIONE 8 - Simposio R.O.P Gruppo di Studio per la Retinopatia del Pretermine

- RETINOPATIA DEL PRETERMINE: QUANDO OPERARE?
Presidenti: V. Console, D. Spinelli
Moderatori: G. Anselmetti, P.E. Bianchi
- 08.30 **La nuova classificazione della ROP**
L. Tomazzoli
- 08.45 **Quando il laser, quando la crio**
P.E. Bianchi, E. Piozzi
- 09.05 **La chirurgia vitreale: stato dell'arte**
A. Reibaldi
- 09.20 **Il passaggio da malattia retinica a malattia vitreale**
G. Anselmetti
- 09.35 **La vitrectomia precoce: cosa si intende, quando farla, cosa è stato fatto**
P. Rossi, G. Anselmetti, F. Molle, M. Mazza
- 09.50 **La vitrectomia precoce: chirurgia sperimentale o chirurgia d'elezione?**
Problemi medico-legali
D. Spinelli, S. Gambaro
- 10.05 **Discussione**

Sala Blu 2

11.00-13.00 **SESSIONE 9 - Simposio G.A.T. Gruppo Angiografico Triveneto**

EDEMA MACULARE: QUALI TERAPIE?

Presidente: M. Battaglia Parodi

Coordinatore: S. Saviano

11.00

Introduzione

G. Boschi

11.05

Fisiopatologia dell'edema maculare

G. Lo Giudice

Edema maculare

11.10

DIAGNOSI STRUMENTALE

E. Pilotto

11.16

DIAGNOSI FUNZIONALE

S. Pignatto

Edema maculare diabetico

11.22

ASPETTI CLINICI

S. Saviano

11.27

TRATTAMENTI TRADIZIONALI: DAL CONTROLLO GLICEMICO ALLA FOTOCOAGULAZIONE LASER SOPRA E SOTTO SOGLIA

S. Saviano

11.35

NUOVE TERAPIE: DAGLI ANTI VEGF ALLA TERAPIA CHIRURGICA

G. Panozzo

Edema maculare nelle occlusioni venose

11.43

ASPETTI CLINICI

M. Battaglia Parodi

11.48

TRATTAMENTI TRADIZIONALI: DALLA TERAPIA MEDICA ALLA FOTOCOAGULAZIONE LASER SOPRA E SOTTOSOGLIA

M. Battaglia Parodi

11.56

NUOVE TERAPIE: LA TERAPIA CHIRURGICA

B. Parolini

Edema maculare infiammatorio

12.04

ASPETTI CLINICI

G. Lo Giudice

12.09

TERAPIA: I DRUG DELIVERY SYSTEMS

S. Piermarocchi

Edema maculare trazionale

12.14

ASPETTI CLINICI

G. Panozzo

12.19

TERAPIA

G. Scarpa

Sala Blu 2

13.30-15.30 SESSIONE 10 - Sessione di Comunicazioni su Retina Chirurgica

Moderatori: C. Santillo, G. Scorcia

- 13.30 **C01**
EFFICACIA E SICUREZZA DELL'UTILIZZO DI TRIAMCINOLONE NEL PEELING DI MEMBRANE EPIRETINICHE
L. Vannozzi, H.F. Fine, M. Engelbert, S. Chang, E. Rapizzi, U. Menchini (Firenze, New York-USA)
- 13.37 **C02**
INCIDENZA DI DIPLOPIA DOPO INTERVENTO DI TRASLOCAZIONE MACULARE
G. Stramare, A. Menegotti, G. Pertile (Negrar)
- 13.44 **C03**
EDEMA MACULARE DIABETICO DI INTERESSE CHIRURGICO
F. Viti, M. Paci, M. Pantanetti, S. Salvolini, C. Mariotti (Ancona)
- 13.51 **C04**
TOMOGRFIA A COERENZA OTTICA NEI SOLLEVAMENTI MACULARI PERSISTENTI DOPO CHIRURGIA EPISCLERALE
F. Faraldi, V. Belloli, M.M. Rabbione, C.M. Eandi, D. Battistello, E. Fornara, P. Vaona (Torino, Arona)
- 13.58 **C05**
RAPPORTO TRA TIPOLOGIA DEL DISTACCO RETINICO REGMATOGENO E TECNICA EPISCLERALE
G. Nuzzi, F.O. Avellis, N. Binetti, S. Rossi (Parma)
- 14.05 **C06**
RAPPORTO FRA ACUITÀ VISIVA, SOGLIA FOVEALE E IMMAGINE OCT NEL FOLLOW-UP POST-CHIRURGICO DEL DISTACCO DI RETINA
G. Nuzzi, S. Giugno, S. Rossi, M.G. Tardini (Parma)
- 14.12 **C07**
VITRECTOMIA PRECOCE IN CASO DI FALLIMENTO DEL TRATTAMENTO LASER PER LA ROP TIPO 1 e 2
F. Molle, D. Lepore, M. Pagliara, A. Baldascino, R. De Santis, G. D'Amico, C. Angora, L. Orazi, M. Laguardia, E. Balestrazzi (Roma)
- 14.19-15.30 **Discussione**

Sala Gialla 1

08.30-10.30 Corso 101

La diagnostica strumentale nelle patologie della regione maculare: fluorangiografia VS OCT

Direttore: G. Lo Giudice

Istruttori: E. Pilotto, M. Gismondi

11.00-13.00 Corso 102

Conductive Keratoplasty (CK)

Direttore: M. Iori

Istruttori: M. Piovella, A. Mocellin, G. Grieco

13.30-15.30 Corso 103

La retinopatia diabetica: up-date su cosa fare e quando

Direttore: R. Lattanzio

Istruttori: G. Maestranzi, M. Codenotti

PROGRAMMA SCIENTIFICO
mercoledì 29 novembre

Sala Gialla 2

11.00-13.00 Corso B

**Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente
organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU
Cornea**

Direttori: M. Busin, G. Marchini

Istruttori: A. Caporossi, L. Fontana, L. Mastropasqua, M. Nubile, D. Ponzin, P. Rama

14.00-16.00 Corso C

**Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente
Oncologia oculare**

Direttore: E. Midenà

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

Sala Gialla 3

08.30-10.30 Corso 104

La mia prima cataratta

Direttore: G.L. Manni

Istruttori: G. Cupo, F. Oddone, L. Toto, L. Agnifili, M. Centofanti

11.00-13.00 Corso 105

Chirurgia episclerale del distacco di retina regmatogeno nei casi particolari

Direttore: M. Nicoletti

Istruttori: R. De Fazio, S. Garuti, F. Lazzaroni, T. Rossi, G. Tassinari

13.30-15.30 Corso 106

La chirurgia corneale con laser a femtosecondi

Direttore: L. Mastropasqua

Istruttori: L. Buratto, G. Perone, M. Nubile

Sala Bianca 1

08.30-10.30 Corso D

**Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente
Semeiotica oculare**

Direttore: N. Rosa

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

11.00-13.00 Corso 107

OCT/SLO guida all'interpretazione di una nuova tecnica diagnostica retinica

Direttore: L. Pierro

Istruttori: S. Di Simplicio, L. Idone

14.00-16.00 Corso E

**Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente
Oftalmoplastica "Approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita"**

Direttore: G. Bonavolontà

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

Sala Bianca 2

08.30-10.30 SESSIONE 11 - Sessione di Comunicazioni su Retina Medica

Moderatori: F. Boscia, F. Camesasca, A. Pece, G. Scorcia

- 08.30 **C08**
IMAGING DELLA MALATTIA LEVENTINESE
G. Querques, C. Iaculli, F. Prascina, N. Leveziel, N. Delle Noci, G. Soubrane, E. Souied (Foggia, Parigi-Francia)
- 08.37 **C09**
ANGIOGRAFIA AL VERDE INDOCIANINA DELLA RETINOSCHISI GIOVANILE X-LINKED
G. Querques, V. Russo, V. Primavera, N. Leveziel, N. Delle Noci, G. Soubrane, E. Souied (Foggia, Parigi-Francia)
- 08.44 **C10**
REFRAZIONE E STRABISMO NEI PREMATURI AFFETTI O MENO DA RETINOPATIA DEL PRETERMINE
T. Cardelli, P. Chelazzi, P. Garavaglia, C. Azzolini (Varese)
- 08.51 **C11**
VALUTAZIONE DEL FONDO OCULARE NELLA MIOPIA ELEVATA CON L'OCT/SLO
R. Forte, G. De Crecchio, G.a Cennamo, F. Pascotto, V. Piccirillo, G. Cennamo (Napoli)
- 08.58 **C12**
VALUTAZIONE DELLO SPESSORE COROIDEALE NELL'EDEMA MACULARE DOPO INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE
R. Forte, G.a Cennamo, G. De Crecchio, G. Iaccarino, G. Cennamo (Napoli)
- 09.05 **C13**
CORRELAZIONE TRA DANNO FUNZIONALE RETINICO (COMPONENTE NEGATIVA DEL PERG) E DANNO STRUTTURALE RETINICO (STRATO DELLE FIBRE NERVOSE CON L'OCT) NEI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA
C. Bellusci, C. Schiavi (Bologna)
- 09.12 **C14**
PROGNOSI CITOGENETICA IN VIVO DEL MELANOMA UVEALE: MONOSOMIA 3
S. Vujosevic, E. Midenà, R. Parrozzani, L. Bonaldi, B. Boccassini (Padova, Roma)
- 09.19 **C15**
MACULOPATIE NEOVASCOLARI LEGATE ALL'ETÀ: TRATTAMENTO CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN[®]) E TERAPIA COMBINATA (AVASTIN E TERAPIA FOTODINAMICA). STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE
A. Scupola, B. Falsini, A.M. Minnella, M.C. Savastano, P. Sasso, L. Ziccardi, L. Montrone, G. Stifano, G. Zinzanella, E. Balestrazzi (Roma)
- 09.26 **C16**
MACULOPATIE MIOPICHE DOPO TRATTAMENTO CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN). STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE
M.C. Savastano, A. Scupola, P. Sasso, S. Petroni, D. Marangoni, B. Falsini, E. Balestrazzi (Roma)
- 09.33 **C17**
BEVACIZUMAB (AVASTIN) INTRAVITREALE NEI TRATTAMENTI DELL'EDEMA MACULARE: VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE. STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE
A.M. Minnella, L. Ziccardi, L. Montrone, G. Stifano, S. Petroni, G. Zinzanella, E. Balestrazzi (Roma)
- 09.40 **C17b**
BEVACIZUMAB (AVASTIN) NELLA TERAPIA DELLE NEOVASCOLARIZZAZIONI CORIORETINICHE: NOSTRA ESPERIENZA
R. di Lauro, F. Romano, G. Orefice, P. Giustiniani, P. De Ruggiero (Napoli)
- 09.47 **C18**
STUDIO SULLA SICUREZZA DI INIEZIONI INTRAVITREALI RIPETUTE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) IN PAZIENTI AFFETTI DA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ
F. Giansanti, A. Bini, G. Virgili, E. Rapizzi, G. Giacomelli, M.C. Donati, U. Menchini (Firenze)

PROGRAMMA SCIENTIFICO

mercoledì 29 novembre

- 09.54 **C19**
INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE E FOTOCOAGULAZIONE LASER VS FOTOCOAGULAZIONE LASER NEL TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE DIABETICO: VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE
P. Sasso, A. Scupola, S. Traina, R. Fasciani, B. Falsini, A.M. Minnella, E. Balestrazzi (Roma)
- 10.01 **C20**
INIBITORI DELLE FOSFODIESTERASI E OCCHIO: EFFETTO SUI VASI OCULARI E STUDIO IMMUNOISTOCHEMICO
L. Caretti, C. Foresta, A. Galan (Padova)
- 10.08 **C21**
TRATTAMENTO CON INIEZIONE DI TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE E CON LASER A DIODI MICROPULSATO IN DUE GRUPPI DI PAZIENTI AFFETTI DA EDEMA MACULARE DIABETICO
A. Lazzerini, A. Pupino, E. Martini, P. Ducange, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 10.15-10.30 **Discussione**

Sala Bianca 2

13.30-15.30 **Corso 109**

Nuove multifocali refrattive e diffrattive: come combinarle (Mix&Match), quale paziente per quale IOL?

Direttore: G. Ravalico

Istruttori: G. Alessio, G. Beltrame, G.M. Cavallini, S. Cillino, P. Giardini, N. Hauranieh, R. Mencucci, S. Rossi, P. Vinciguerra

Sala K

08.30-15.30 Proiezione Video

**09.55 ANNUNCIO SCIOPERO OCULISTI
11 DICEMBRE 2006**

10.00-12.40 SESSIONE 12 - Relazione Ufficiale SOI 2006 / SOI 2006 Official Report

OCCHIO E CELLULE STAMINALI / *STEM CELLS AND THE EYE*

Presidenti/Chairmen: V. Sarnicola, C. Balacco Gabrieli

Coordinatore/Coordinator: L. Conti

- 10.00 **Cellule staminali: basi teoriche, applicazioni nell'uomo, prospettive per le malattie retiniche**
Stem cells: theoretical background, human applications, future prospects for retinal diseases
C. Balacco Gabrieli, E. Pacella, R. Mollo, F. Pacella
Relatore/Speaker: C. Balacco Gabrieli
- 10.10 **Cellule staminali, anatomia e fisiopatologia della superficie oculare**
Stem cells, anatomy and pathophysiology of the ocular surface
R. Revoltella, S. Papini, A. Rosellini, M. Nardi, G. Pellegrini, M. De Luca, D. Ponzin, A. Galan
Relatore/Speaker: D. Ponzin
- 10.20 **Il film lacrimale**
The tear film
P. Aragona, F. Ferreri, R. Spinella
Relatore/Speaker: P. Aragona
- 10.30 **La sindrome dell'occhio secco**
Dry eye syndrome
D. Spinelli, S. Gambaro
Relatore/Speaker: D. Spinelli
- 10.40 **Le difese della superficie oculare e i meccanismi di riparazione tissutale**
Ocular surface defenses and tissue repair mechanisms
L. Conti, V. Sarnicola
Relatore/Speaker: L. Conti
- 10.50 **La cheratopatia neurotrofica**
Neurotrophic keratopathy
L. Fontana, G. Parente, G. Tassinari
Relatore/Speaker: L. Fontana
- 11.00 **Le malattie della superficie oculare**
Diseases of the ocular surface
L. Conti, A. Montericchio, G. Bricola, C.E. Traverso, G. Boccassini, B. Knopp, B. Boccassini,
A. Caporossi, C. Traversi, G. La Sorella, P. Sergio, P. Troiano, M. Bifani, D. Aureggi
Relatore/Speaker: A. Montericchio
- 11.10 **Le causticazioni corneo congiuntivali**
Corneo-conjunctival caustication
V. Sarnicola, L. Conti
Relatore/Speaker: L. Conti
- 11.20 **Il pemfigoide oculare**
Ocular pemphigoid
J. Orsoni, I. Pellistri, P. Rubino
Relatore/Speaker: J. Orsoni
- 11.30 **L'eritema multiforme**
Multiform erythema
U. Merlin, F. Merlin
Relatore/Speaker: U. Merlin
- 11.40 **La patologia iatrogena**
Iatrogenic disease
V. Sarnicola, L. Conti, P. Toro
Relatore/Speaker: G. Caprioglio
- 11.50 **Graft vs host disease**
Graft vs host disease
P. Rama, C. Insacco
Relatore/Speaker: P. Rama
- 12.00 **Diagnosi del deficit di cellule staminali limbari**
Diagnosis of Limbal stem cell deficiency
L. Mastropasqua, M. Nubile, M. Lanzini
Relatore/Speaker: L. Mastropasqua

- 12.10 **La ricostruzione della superficie oculare**
Ocular surface reconstruction
V. Sarnicola, L. Conti, A. Franch, F. Birattari, G. Caprioglio
Relatore/Speaker: V. Sarnicola
- 12.20 **La membrana amniotica**
Amniotic membrane
C.M. Villani, A. Pocobelli, R.Colabelli-Gisoldi, F. Baccini
Relatore/Speaker: C.M. Villani
- 12.30 **Immunologia, rigetto e terapia immunosoppressiva**
Immunology, rejection and immunosuppressive therapy
Relatore/Speaker: V. Sarnicola
- 12.40 **Fine della sessione / End of session**

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

Auditorium

14.15-15.45 SESSIONE 13 - Simposio / Symposium

GLAUCOMA: UPDATE SULLE NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE
GLAUCOMA: UPDATE ON NEW TREATMENT OPPORTUNITIES
Presidente: C. Balacco Gabrieli

- 14.15 **Introduzione**
Introduction
C. Balacco Gabrieli

I SESSIONE / *SESSION I*
CHI E QUANDO TRATTARE / *WHO AND WHEN TO TREAT*
Moderatore/Moderator: A. Mocellin

- 14.20 **Suggerimenti: i fattori di rischio**
Tricks and tips: risk factors
G.L. Manni

- 14.30 **Suggerimenti: la diagnostica**
Tricks and tips: diagnostics
P. Brusini

- 14.40 **Ipertesi Oculari e NTG**
Ocular hypertension and NTG
C.E. Traverso

- 14.55 **Discussione**
Discussion
L. Zeppa

II SESSIONE / *SESSION II*
PROCESSI TERAPEUTICI / *TREATMENT PROCESSES*
Moderatore/Moderator: A. Caporossi

- 15.00 **Valutazione efficacia: IOP media, target e curva pressoria**
Evaluation of efficacy: mean IOP, target and pressure curve
S. Gandolfi

- 15.15 **Monoterapia e terapia d'associazione**
Monotherapy and combination therapy
M. Vetrugno

- 15.35 **Discussione e conclusioni**
Discussion and conclusions
C. Bianchi

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

Auditorium

16.15-18.15 SESSIONE 14 - Simposio / Symposium

FASE POST-OPERATORIA IN CHIRURGIA OFTALMICA: QUALI PROSPETTIVE PER UNA SCELTA TERAPEUTICA RAZIONALE E CONDIVISA?

THE POST-OPERATIVE PHASE IN OPHTHALMIC SURGERY: WHAT PROSPECTS FOR A RATIONAL AND SHARED TREATMENT CHOICE?

Presidente/Chairman: A. Caporossi

Moderatori/Moderators: M. Piovella, A. Rapisarda

16.15

Follow up post-operatorio in chirurgia oftalmica: esigenze ed obiettivi terapeutici

Post-operative follow up in ophthalmic surgery: treatment requirements and aims

L. Spadea

16.30

Protocolli terapeutici e gestionali: quali prospettive per linee guida condivise?

Treatment and management protocols: what prospects for shared guidelines?

A. Caporossi

16.45

Profilassi e trattamento delle infezioni in chirurgia: punto di vista del microbiologo

Prophylaxis and treatment of infections in surgery: the microbiologist's viewpoint

S. Stefani

17.00

Terapie farmacologiche: il ruolo degli aspetti formulativi

Pharmacological treatments: the role of formulations

M.G. Mazzone

17.15

Discussione e conclusioni

Discussion and conclusions

17.30-18.15

Linee guida SOI-AAROI / SOI-AAROI Guidelines

IL RUOLO DELL'ANESTESISTA RIANIMATORE NELLA CHIRURGIA OFTALMICA

THE ROLE OF THE ANESTHESIOLOGIST-REANIMATOLOGIST DOCTOR IN OPHTHALMIC SURGERY

M. Piovella, V. Carpino, T. Rossi, V. Sarnicola, G. Ramella

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

Sala Rossa 1

08.00-10.00 SESSIONE 15 - Simposio G.I.V. Gruppo Italiano Vitreo

TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE NON TRAZIONALE

Moderatore: V. De Molfetta

Coordinatore: M. Azzolini

08.00

Eziopatogenesi

M. Sborgia

08.10

Diagnostica

M. Azzolini

08.20

Terapia laser

G. Staurenghi

Iniezioni intravitreali

08.30

TRIAMCINOLONE ACETONIDE

R. Cian

08.40

AVASTIN

A. Giovannini

Trattamento chirurgico

08.50

VITRECTOMIA

G. Tassinari

09.00

VITRECTOMIA E PEELING DI MEMBRANA LIMITANTE INTERNA

M. Coppola

09.10

Vitrectomia ed iniezione intravitreale di triamcinolone

G. Lesnoni

09.20

Discussione

Sala Rossa 1

**13.45-16.30 SESSIONE 16 - Congresso Annuale S.I.R. Società Italiana Retina
Italian Retina Society (S.I.R.) Annual Congress**

LE INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA EPISCLERALE OGGI. LA PROFILASSI DEL DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO
CURRENT INDICATIONS FOR EPISCLERAL SURGERY. PREVENTION OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

Presidente/Chairman: U. Menchini

Moderatori/Moderators: R. Brancato, E. Rinaldi, M. Stirpe

Coordinatore/Coordinator: M. Zemella

13.45

Simposio / Symposium

Le indicazioni alla chirurgia episclerale oggi

Current indications for episcleral surgery

Presentazione / Presentation

F. Bandello

13.50

Lettura / Lecture

Le indicazioni alla chirurgia episclerale oggi

Current indications for episcleral surgery

C.P. Wilkinson (USA) - *President Elect AAO President-Elect - Chief of Department of Ophthalmology, Greater Baltimore Medical Center (USA)*

14.15

Discussione / Discussion

Moderatore/Moderator: M. Stirpe

Casi clinici programmati:

Clinical case presentations:

Caso di D.R. conseguente a C.E.E. misconosciuto, trattato con chirurgia episclerale (T. Rossi)
Unrecognized diabetic retinopathy following extracapsular cataract extraction, treated by episcleral surgery

La profilassi del distacco di retina regmatogeno

Prevention of rhegmatogenous retinal detachment

14.30

I SESSIONE / SESSION I

Coordinatore/Coordinator: U. Menchini

Panel di esperti/Expert panel: P. Rossi, G. Ripandelli, G.B. Moschini

Casi clinici e discussione su:

Clinical cases and discussion on:

- Profilassi del distacco di retina e chirurgia della cataratta
Prevention of retinal detachment and cataract surgery
- Profilassi della rottura gigante
Prevention of giant retinal tears

Casi clinici programmati:

Clinical case presentations:

- Caso inerente la profilassi in occhio adelfo e chirurgia della cataratta (T. Avitabile)
Fellow eye prophylaxis and cataract surgery
- Caso di occhio controlaterale a rottura gigante (G. Scarpa)
Giant tear in contralateral eye
- Rottura Gigante: esemplificazione di patologia ripetitiva nell'occhio controlaterale profilatticamente trattato (G. Ripandelli)
Giant tear: example of recurrent disease in prophylactically treated contralateral eye

15.15

II SESSIONE / SESSION II

Coordinatore/Coordinator: R. Brancato

Panel di esperti/Expert panel: C. Azzolini, G. Lesnoni, M. Zemella

Casi clinici e discussione su:

Clinical cases and discussion on:

- Distacco posteriore di vitreo, degenerazione a graticciata e rotture retiniche: quale la corretta profilassi del distacco di retina?
Posterior vitreous detachment, lattice degeneration and retinal tears: what is the best prophylaxis for retinal tears?
- Abusi nella profilassi e possibili effetti collaterali
Abuse of prophylaxis and possible side effects

Casi clinici programmati:

Clinical case presentations:

- Rotture retiniche acute, di grandi dimensioni. Laser-profilassi o chirurgia? (F. Bottoni)
Large acute retinal tears. Laser prophylaxis or surgery?
- Caso di distacco posteriore di vitreo (D. Tognetto)
Posterior vitreous detachment

16.00

Discussione e conclusioni

Discussion and conclusions

16.15

Assemblea dei Soci S.I.R. / S.I.R. Annual General Meeting

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

Sala Rossa 1

16.45-18.45 Corso 110

L'oculista nell'azienda ospedaliera. Opinioni a confronto

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Bandello, S. Brusaferrò, P. Conti, G. Guarnaccia, M. Tosolini, P. Lanzetta, S. Macrì, G. Pirazzoli, G. Virgili

Si ringrazia NOVARTIS OPHTHALMICS

Sala Rossa 2

08.00-10.00 SESSIONE 17 - Simposio S.I.TRA.C. Società Italiana Trapianto di Cornea

ASTIGMATISMO E CHERATOPLASTICA

Moderatore: A. Rapizzi

Coordinatore: L. Spadea

08.00

Prevenzione dell'astigmatismo intraoperatorio

A. Caporossi

08.10

Discussione

Controrelatori: E. Dal Fiume, S. Fruscella, D. Ponzin

08.40

Correzione dell'astigmatismo in fase plastica

P. Rama

08.50

Discussione

Controrelatori: G. Marchini, M. Nardi, C. Traversi

09.20

Correzione dell'astigmatismo in fase consolidata

L. Spadea

09.30

Discussione

Controrelatori: L. Mosca, P. Bonci, M. Camellin

Sala Rossa 2

16.30-18.30 SESSIONE 18 - Simposio / Symposium

UP-DATE SULLE NUOVE TENDENZE IN VITRECTOMIA MINI-INVASIVA:
RAZIONALE DELLA SCELTA TRA 25G E 23G
*UP-DATE ON NEW TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE VITRECTOMY:
RATIONALE FOR CHOOSING BETWEEN 25G AND 23G*
Presidente/Chairman: V. De Molfetta
Coordinatore e Moderatore/Coordinator and Moderator: S. Rizzo

I SESSIONE. INDICAZIONI / *SESSION I. INDICATIONS*

- 16.30 **Indicazioni della vitrectomia 25G e 23G**
Indications for 25G versus 23G vitrectomy
V. De Molfetta
- 16.38 **Sovrapposizioni di target: cosa scegliere tra 23G e 25G?**
Overlapping targets: how to choose between 23G and 25G?
K. Packo (USA)
- 16.48 **Indicazioni non convenzionali del 25G**
Unconventional indications for 25G
S. Zenoni
- 16.56 **Perché mi sono convertito al 25G?**
Why I converted to 25G surgery?
G. Beltrame
- 17.04 **Discussione / Discussion**

II SESSIONE. TECNICHE E RISULTATI / *SESSION II. TECHNIQUES AND RESULTS*

- 17..32 **25G e 23G: la strumentazione a confronto**
25G and 23G surgery: comparing instrumentation
P. Arpa
- 17.40 **Up-date sulla tecnica 23G**
Up-date on the 23G technique
A. Capone (USA)
- 17.50 **Prevenzione e gestione delle complicanze**
Prevention and management of complications
F. Patelli
- 17.58 **Risultati clinici della vitrectomia mini-invasiva**
Clinical results of minimally invasive vitrectomy
C. Mariotti
- 18.06 **Discussione / Discussion**

Si ringrazia ALCON ITALIA / Thanks to ALCON ITALIA

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

Sala Blu 1

08.00-10.00 SESSIONE 25 - Simposio Fondazione per la Macula

MACULA UPDATE: TRATTAMENTO MEDICO E CHIRURGICO DI PATOLOGIE MACULARI
Presidenti/Moderatori: A. Giovannini, P. Rossi
Coordinatore Scientifico: F. Cardillo Piccolino

- 08.00 **La PDT oggi: stato dell'arte**
A. Pece
- 08.12 **AMD e PED vascolarizzato: cosa fare**
U. Introvini
- 08.24 **Esperienza Avastin**
A. Giovannini
- 08.36 **Esperienza Avastin**
G. Staurenghi
- 08.48 **Esperienza Avastin**
M. Nicolò
- 09.00 **Trattamento dei neovasi anteriori da occlusione venosa retinica**
M. Battaglia Parodi
- 09.12 **Gli steroidi come adiuvanti nel trattamento chirurgico delle maculopatie**
P. Rossi
- 09.24 **Spot clinici**
F. Cardillo Piccolino
- 09.36 **Discussione**

Sala Blu 1

14.00-16.00 SESSIONE 26 - Sessione di Comunicazioni su Epidemiologia, Uveiti, Oftalmologia pediatrica, Strabismo, Altro

Moderatori: M. Nardi, C. Santillo, S. Vergani

- 14.00 **C40**
MALATTIE RARE OCULARI: ESPERIENZA DEL REGISTRO MALATTIE RARE DEL VENETO
L. Pinello, M. Mazzucato, P. Maimone, M. Mazzarolo, M. Salmaso, P. Facchin (Padova)
- 14.07 **C41**
ESITI FUNZIONALI VISIVI NELLA SHAKEN BABY SYNDROME (SBS)
L. Pinello, A. Aprile, P. Maimone, M. Mazzarolo, M. Rosa Rizzotto, L. Visonà Dalla Pozza, P. Facchin (Padova)
- 14.14 **C42**
TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'ESO-IPOTROPIA RESTRITTIVA PROGRESSIVA DEL MIOPE ELEVATO CON LA TECNICA DI YOKOYAMA
C. Schiavi, C. Bellusci (Bologna)
- 14.21 **C43**
GLI OCCHI "NORMALI" DEI PAZIENTI AMBLIOPICI POSSONO ESSERE CONSIDERATI REALMENTE NORMALI?
R. Halfeld Furtado De Mendonca, S. Abbruzzese, B. Bagolini, F. Gagliardo, I. Nofroni, E. Rispoli (Roma)
- 14.28 **C44**
SVILUPPO E VALIDAZIONE DEL MAIMONE ACUITY CONTRAST-PREFERENTIAL LOOKING TEST: TEST PREFERENZIALE A COLORI PER LO STUDIO DELL'ACUITÀ VISIVA, DEL CONTRASTO E DELLA PERCEZIONE CROMATICA, NEI BAMBINI IN ETÀ PREVERBALE E NEGLI IPOVEDENTI
P. Maimone, L. Pinello, M. Mazzarolo, E. De Stefani, H. Ferrat, L. Nicotina (Padova)
- 14.35 **C45**
LA PERSISTENZA DEL VITREO IPERPLASTICO PRIMITIVO: RISULTATI CHIRURGICI
S. Garuti, M. Nicoletti, M. Napoli, G. Tassinari (Bologna)

PROGRAMMA SCIENTIFICO

giovedì 30 novembre

- 14.42 **C46**
COLOBOMI UVEALI ISOLATI ED ASSOCIATI A PATOLOGIE OCULARI E SISTEMICHE
T. Hadjistilianou, S. De Francesco, M. Vanni, A. Cerase, P. Galluzzi (Siena)
- 14.49 **C47**
COROIDITE SERPIGINOSA E MULTIFOCALITÀ DI NATURA TUBERCOLARE
M.S. Tognon, P. Mirabelli (Padova)
- 14.56 **C48**
LUCI E OMBRE DEI FARMACI BIOLOGICI NELLA MALATTIA DI BEHCET
G. Graziani, C. De Dominicis, M.S. Tognon (Padova)
- 15.03 **C49**
PREVALENZA DI DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ E POLIMORFISMO T1277C DEL GENE DEL FATTORE H DEL COMPLEMENTO IN UNA POPOLAZIONE ISOLATA DELLA SARDEGNA
M.C. Mallocci, G. Cappai, I. Zucca, M. Fossarello (Cagliari)
- 15.10-16.00 **Discussione**

Sala Blu 1

16.30-18.30 SESSIONE 19 - Simposio

LA STIMA INDIVIDUALE DEL RISCHIO DI GLAUCOMA

Presidente: L. Mastropasqua

Coordinatore e Moderatore: S. Miglior

- 16.30 **La storia naturale del glaucoma - Il Glaucoma Continuum**
G.L. Manni
- 16.50 **Discussione**
- 17.00 **La stima individuale del rischio di progressione nei pazienti con glaucoma**
R. Carassa
- 17.20 **Discussione**
- 17.30 **La stima individuale del rischio di glaucoma nei pazienti con ipertensione oculare**
S. Miglior
- 17.50 **Discussione**
- 18.00 **Tavola Rotonda**
Come interpretare nella pratica il valore del rischio individuale
Moderatore: S. Miglior
Panel: R. Carassa, G.L. Manni, L. Mastropasqua

Si ringrazia PFIZER ITALIA

Sala Blu 2

10.30-13.30 SESSIONE 21 - Simposio per Assistenti di Sala Operatoria

RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO IN TEMA DI PROFILASSI DELLE ENDOFTALMITI

Coordinatori: G. Pirazzoli, F. Vigasio

- 10.30 **Le Linee Guida Europee: cenni di metodologia**
F. Vigasio, L. Rosa
- 10.45 **Epidemiologia delle endoftalmiti postoperatorie**
M. Ziosi
- 11.00 **I germi responsabili delle endoftalmiti postoperatorie**
A. Pan
- 11.15 **Il percorso del paziente: ruolo dell'infermiere**
M. Vecchiadini

- 11.30 **Profilassi ambientale nei reparti e in sala operatoria**
R. Amadori
- 11.40 **La profilassi preoperatoria delle endoftalmiti**
M.L. Scatà
- 11.55 **La profilassi intraoperatoria e postoperatoria**
R. Acciarri
- 12.10 **Il percorso dei ferri per la preparazione del set strumentario chirurgico: disinfezione e sterilizzazione dello strumentario chirurgico e preparazione dell'ambiente operatorio**
A. Badinelli
- 12.25 **La responsabilità individuale**
D. Spinelli
- 12.40 **Riassunto delle raccomandazioni**
G. Pirazzoli
- 12.55 **Discussione**

Sala Blu 2

14.15-16.45 SESSIONE 22 - Videosimposio SOI

CASI DIFFICILI E COMPLICATI NELLA CHIRURGIA DEL SEGMENTO ANTERIORE

Presidente: G. Ravalico

Coordinatore: D. Tognetto

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

- 14.15 **Complicanze della chirurgia bimanuale della cataratta**
R. Bellucci
- 14.20 **Complicanze e difficoltà nella chirurgia del cristallino sublussato**
G. Beltrame
- 14.25 **Complicanze e difficoltà nella chirurgia della cataratta in pazienti con uveite**
L. Cappuccini
- 14.30 **Difficoltà durante la facoemulsificazione standard**
P.M. Fantaguzzi
- 14.35 **Complicanze nella chirurgia della cataratta traumatica**
A. Franchini
- 14.40 **Difficoltà nella chirurgia lamellare corneale**
A. Galan
- 14.45 **Rimozione di lenti intraoculari opache**
P. Giardini
- 14.50 **Casi complessi nella chirurgia perforante del glaucoma**
G. Marchini
- 14.55 **La gestione di IOL dislocate**
R. Mencucci
- 15.00 **Difficoltà e complicanze nell'impianto di IOL a fissazione iridea nell'afachico**
A. Mularoni
- 15.05 **Gestione di casi complessi nell'impianto di IOL fachiche**
V. Orfeo
- 15.10 **Casi complessi nella chirurgia refrattiva**
M. Piovella
- 15.15 **Complicanze della chirurgia antiglaucomatosa non perforante**
G. Pirazzoli
- 15.20 **Complicanze e difficoltà nell'impiego di anelli di tensione capsulare**
S. Rossi
- 15.25 **Complicanze nell'uso di iniettori**
D. Tognetto
- 15.30 **Discussione**

PROGRAMMA SCIENTIFICO

giovedì 30 novembre

Sala Gialla 1

08.00-10.00 Corso 112

Edema maculare diabetico: strategie terapeutiche

Direttore: E. Midena

Istruttori: F. Bandello, G. Pertile, E. Pilotto, S. Vujosevic

14.00-16.00 Corso 113

Stato dell'arte nell'impiego di IOL bi-multifocali ed accomodative: confronto tra esperti

Direttore: M. Fortunato

Istruttori: L. Mastropasqua, L. Toto, C. Lovisolo, F. Simona, P. Leuenberger, P. Vadalà

16.30-18.30 Corso 114

La chirurgia dello pterigio

Direttore: A. Montericcio

Istruttori: V. Sarnicola, L. Conti

Sala Gialla 2

08.00-10.00 SESSIONE 23 - Simposio

L'OCULISTA AMBULATORIALE E LA DMS: COME ORIENTARSI?

Presidente: C. Bianchi

Coordinatore: D. Mazzacane

08.00

Come diagnosticare la DMS?

S. Piermarocchi

08.20

Tavola Rotonda

Moderatore: C. Bianchi

Gli esperti: S. Piermarocchi, G. Vandelli

L'ambulatoriale: P. Sottotetti

08.45

Quale terapia?

A. Pece

09.05

Tavola Rotonda

Moderatore: C. Bianchi

Gli esperti: A. Pece, G. Manzi

L'ambulatoriale: D. Mazzacane

09.30

Analisi interattiva di casi clinici

P. Graziosi, S. Spasse, V. Isola

Sala Gialla 2

14.00-15.00 Corso 115

La trabeculectomia

Direttore: G. Ghirelli

Istruttore: A. Bardocci

Sala Gialla 2

15.30-18.30 SESSIONE 24 - Sessione di Comunicazioni su Cataratta

Moderatori: M. Busin, L. Cappuccini, A. Mularoni

15.30

C22

STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO E CONTROLLATO SULL'EFFICACIA CLINICA DELL'USO DI LENTI MULTIFOCALI REFRAATTIVE VERSUS DIFFRAATTIVE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

S. Cillino, F. Di Pace, A. Casuccio, R. Morreale Bubella, F. Bocchetta, F. Pillitteri, G. Cillino, G. Lodato Milio (Palermo)

- 15.37 **C23**
VALUTAZIONE CLINICA DELLA LENTE MULTIFOCAL REZOOM (AMO).
RISULTATI PRELIMINARI
A. Bonora, A. Malagoli, G. Marchini (Verona)
- 15.44 **C24**
VALUTAZIONE DI DUE NUOVE LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE: TECNIS ACRILICA
ZA9003 (AMO) E AKREOS AO (BAUSCH & LOMB)
G. Lupidi, M. Checcucci, L. Burattini, C. Pieri (Foligno)
- 15.51 **C25**
IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI MULTIFOCALI REZOOM (AMO)
G. Lupidi, M. Checcucci, L. Burattini, C. Pieri (Foligno)
- 15.58 **C26**
CONFRONTO TRA LENTI INTRAOCULARI SOFLEX E SOFPORT: ACUITÀ VISIVA AD ALTO E
BASSO CONTRASTO E SENSIBILITÀ AL CONTRASTO
A. Di Biase, A. Torreggiani, M. Fogli, G. Tassinari (S. Giovanni in Persiceto, Bologna)
- 16.05 **C27**
MODIFICAZIONI DI PRESSIONE OCULARE, PACHIMETRIA E MICROSCOPIA ENDOTELIALE
DOPO FACOEMULSIFICAZIONE UTILIZZANDO RHEXERHEXAL (CORNEAL) E VISCOAT +
PROVISC (ALCON)
A. Torreggiani, A. Di Biase, G. Tassinari (S. Giovanni in Persiceto, Bologna)
- 16.12 **C28**
EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA: SISTEMA TORSIONAL, AQUALASE E
ULTRASUONI A CONFRONTO
A. Caporossi, F. Casprini, F. Lepri, G. Martone, L. Ciompi (Siena)
- 16.19 **C29**
PERFORMANCE OTTICHE A LUNGO TERMINE DI 4 LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE
A. Caporossi, F. Casprini, G. Martone, F. Lepri, L. Rapisarda (Siena)
- 16.26 **C30**
ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO DOPO INTERVENTO DI CATARATTA ED
IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE ASFERICA
A. Palamara, A. Menegotti, G. Stramare, G. Pertile (Negrar)
- 16.33 **C31**
ACUITÀ VISIVA E QUALITÀ DELLA VISIONE DOPO CHIRURGIA DELLA CATARATTA CON
IMPIANTO DI IOL ALCON ReSTOR: VALUTAZIONE CLINICA. RISULTATI PRELIMINARI
A. Sbabo, E. Pedrotti, G.M. Bertoldo, G. Marchini (Verona)
- 16.40 **C32**
VALIDAZIONE INTRAOPERATORIA MEDIANTE AUTOREFRATTOMETRO PORTATILE DELLA
REFRAZIONE RESIDUA IN PAZIENTI AMETROPI ELEVATI OPERATI DI CATARATTA
G. Lofoco, A. Bardocci, P. Quercioli, D. Schiano Lomoriello, U. Sterpetti, C. De Gaetano (Roma)
- 16.47 **C33**
ASFERICITÀ DELLE LENTI INTRAOCULARI, ABERRAZIONI DI ORDINE ELEVATO E VISIONE
FUNZIONALE: RISULTATI DI UNO STUDIO COMPARATIVO MULTICENTRICO
G. Lofoco, A. Bardocci, P. Quercioli, C. De Gaetano (Roma)
- 16.54 **C34**
RISULTATI VISIVI DOPO CHIRURGIA DELLA CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTI
INTRAOCULARI ACCOMODATIVE, MULTIFOCALI REFRAATTIVE E MULTIFOCALI DIFRAATTIVE:
STUDIO CLINICO COMPARATIVO. RISULTATI PRELIMINARI
G.M. Bertoldo, E. Pedrotti, A. Bonora, A. Sbabo, A. Malagoli, G. Marchini (Verona)
- 17.01 **C35**
ACRYSOF RESTOR: RISULTATI RIFRAATTIVI, DIAMETRO PUPILLARE ED ABERRAZIONI
M. Gualdi, E. Scerrati (Roma)
- 17.08 **C36**
STUDIO PUPILLARE DI PAZIENTI IN TERAPIA CON TAMSULOSINA SOTTOPOSTI AD
INTERVENTO DI CATARATTA
L. Porsia, G.L. Laffi, A. Mularoni, N. Petretti, C. Di Crescenzo, G. Tassinari (Bologna)
- 17.15 **C37**
LENTE MULTIFOCAL AMO REZOOM: RISULTATI NEI PRIMI 50 CASI
D. Vitali (Milano)

PROGRAMMA SCIENTIFICO

giovedì 30 novembre

- 17.22 **C38**
ANALISI DELL'ABERRAZIONE SFERICA DOPO IMPIANTO DI 4 MODELLI DI LENTI
INTRAOCULARI IN OCCHI AFFETTI DA CATARATTA
P. Garimoldi, M. Rossi, M. Schmidt, A. Aondio (Busto Arsizio)
- 17.29 **C39**
I PAZIENTI PREFERISCONO LE LENTI ASFERICHE?
F. Ferentini, A. Negri (Cantù-Abbiategrasso)
- 17.36-18.30 **Discussione**

Sala Gialla 3

08.00-10.00 **Corso A**

Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente Contattologia Medica

Direttore: P. Troiano

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

Sala Gialla 3

14.00-16.00 **SESSIONE 20 - Simposio**

CORREZIONE ABERROMETRICA DELLA PRESBIOPIA. RISULTATI A LUNGO TERMINE
Presidenti: F. Bartoli, F. Grignolo, L. Mastropasqua
Coordinatore e Moderatore: M. Piovella

- 14.00 **Presentazione della tavola rotonda**
M. Piovella
- 14.05 **Presbiopia e fisiologia dell'accomodazione**
F.M. Grignolo, A.M. Fea
- 14.20 **Teoria della correzione aberrometrica della presbiopia**
F. Bartoli
- 14.40 **Analisi dei risultati a lungo termine**
M. Dal Vecchio
- 14.55 **Risultati a lungo termine e qualità della visione**
L. Mastropasqua, L. Toto
- 15.10 **Aberrazioni, accomodazione e presbiopia**
L. Toto
- 15.25 **Discussione**
- 15.40 **Conclusioni**

Si ringrazia CARL ZEISS

Sala Gialla 3

16.30-18.30 **SESSIONE 27 - Simposio S.I.B.O. Società Italiana Banche degli Occhi**

LA SICUREZZA DELLE CORNEE PER TRAPIANTO: LA TRASMISSIONE DEL VIRUS HSV
Moderatori: L. Fontana, E. Bohm
Coordinatore: M. Campanelli

- 16.30 **Epidemiologia dell'infezione da HSV**
L. Cerulli
- 16.50 **Fisiopatologia delle infezioni oculari da HSV**
D. Ponzin

PROGRAMMA SCIENTIFICO

giovedì 30 novembre

- 17.10 **La selezione delle cornee e le "barriere" antivirus delle banche degli occhi**
A. Pocobelli
- 17.30 **Discussione**
- 17.45 **Presentazione e discussione di casi clinici di infezione da HSV in trapianto di cornea**
Panel: P. Rama, R.A.M. Colabelli Gisoldi, L. Spadea, A. Franch

Sala Bianca 1

08.00-10.00 Corso 116

La cheratoplastica anteriore lamellare profonda descemetica e pre-descemetica (DALK)

Direttore: V. Sarnicola

Istruttori: L. Conti, L. Fontana, A. Montericcio

14.00-16.00 Corso 117

Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche

Direttore: L. Conti

Istruttore: V. Sarnicola

16.30-18.30 Corso 118

Basi di topografia corneale

Direttore: G.L. Possati

Istruttori: E. Cantera, G. Alessio, G. La Tegola, A. Mularoni

Sala Bianca 2

08.00-10.00 SESSIONE 28 - Sessione di Comunicazioni su Chirurgia refrattiva e Chirurgia vitreoretinica

Moderatori: G. Alessio, F. Camesasca

- 08.00 **C50**
IMPIANTO DI LENTI FACHICHE DA CAMERA ANTERIORE (GBR) IN CASO DI MIOPIA ELEVATA; NOSTRA ESPERIENZA DOPO 4 ANNI DI FOLLOW-UP
G. Perone, F. Incarbone (Saronno)
- 08.07 **C51**
IMPIANTO DI LENTI FACHICHE A FISSAZIONE IRIDEA: VALUTAZIONE DELL'ENDOTELIO A 5 ANNI
S. Benedetti, V. Casati (Ancona)
- 08.14 **C52**
STUDIO CLINICO DELLA CORREZIONE DEI VIZI REFRAATTIVI TRAMITE LASER ALLO STATO SOLIDO - TRE ANNI DI ESPERIENZA
M. Schmidt, M. Rossi, A. Cazzola, P.M.P. Garimoldi, P. Giorgi, R. Pinna, G. Villa (Busto Arsizio)
- 08.21 **C53**
CONFRONTO CLINICO TRA LASER ALLO STATO SOLIDO E LASER AD ECCIMERI PER LA CORREZIONE DELLA MIOPIA
G. Villa, M. Rossi, A. Cazzola, P.M.P. Garimoldi, P. Giorgi, R. Pinna, M. Schmidt (Busto Arsizio)
- 08.28 **C54**
MISURAZIONE DEL FLAP UTILIZZANDO IL MICROCHERATOMO ZYOPTIX XP
L. Spadea, A. Di Gregorio (L'Aquila)
- 08.35 **C55**
IOL TECNIS MULTIFOCALI: VALUTAZIONE DEI RISULTATI FUNZIONALI CON SLOWFAST
L. Spadea, A. Fiasca (L'Aquila)
- 08.42 **C56**
CHERATECTOMIA FOTOREFRAATTIVA (PRK) IN PAZIENTI PRESBITI IPERMETROPI: STUDIO CLINICO A 6 MESI DELL'ASFERICITÀ CORNEALE, DELL'ERRORE ABERROMETRICO E DELLA PERFORMANCE VISIVA
L. Toto, O. Costantino, G. Di Marzio, A. Aharrh-Gnama, M. Nubile, L. Mastropasqua (Chieti)
- 08.49 **C57**
CHERATECTOMIA FOTOREFRAATTIVA (PRK) ASFERICA ED ABERROMETRICA PER LA CORREZIONE DELLA PRESBIOPIA IN OCCHI MIOPI: STUDIO CLINICO A 6 MESI
L. Mastropasqua, L. Toto, O. Costantino, A. Aharrh-Gnama, A. Fanaro, P. Sulli (Chieti)

PROGRAMMA SCIENTIFICO

giovedì 30 novembre

- 08.56 **C58**
VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE DELLE MEMBRANE EPIRETINICHE DOPO VITRECTOMIA
G.M. Bertoldo, S. Borin, C. Mansoldo, G. Marchini (Verona)
- 09.03 **C59**
OCT-SLO VS STRATUS OCT NELLA PIANIFICAZIONE PREOPERATORIA DEI PUCKER
MACULARI: PRIMA ESPERIENZA
S. Savastano, V. Piccirillo, M.C. Savastano, R. Pasqua, L. Tamburrini, C. Riccardi
(Cassino, Roma)
- 09.10 **C60**
LA CHIRURGIA EPISCLERALE DEL DISTACCO DI RETINA DA ROTTURA GIGANTE
S. Garuti, M. Napoli, G. Petrucci, M. Nicoletti (Bologna)
- 09.17-10.00 **Discussione**

Sala Bianca 2

14.00-16.00 Corso 119

"Il mio paziente non ci vede... e non capisco perché!". Come determinare le cause di ipovisus apparentemente inesplicabile

Direttore: P. Vinciguerra

Istruttori: F. Camesasca, L. Mastropasqua

16.30-18.30 Corso 120

Angiografie retiniche

Organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttore: F. Spedale

Istruttori: G. Staurenghi, F. Bottoni, F. Viola

Il corso è riservato agli specializzandi ed è gratuito

Sala K

08.00-10.30 Proiezione Video

14.30-18.30 Proiezione Video

Auditorium

08.00-13.15 SESSIONE 29 - Simposio AICCER-SOI / AICCER-SOI Symposium

**NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA
NEW TECHNIQUES AND TECHNOLOGY IN CATARACT AND REFRACTIVE SURGERY**

Prima parte / Part 1

CHIRURGIA IN DIRETTA DALLE SALE OPERATORIE DELL'OSPEDALE NIGUARDA
CA' GRANDA DI MILANO

*LIVE SURGERY FROM THE OPERATING ROOMS OF THE NIGUARDA CA' GRANDA
HOSPITAL IN MILAN*

*Responsabile di Struttura Complessa Unità Operativa di Oculistica Adulti/Head of
the Adult Ophthalmology Operating Unit: G. Carlevaro*

Consulente Chirurgia Vitreoretinica/Vitreo-retinal Surgery Consultant: N. De Casa

Coordinatori Sala Operatoria/Operating Room Coordinators: S. Rossi, M. Piovella, L. Zeppa

Coordinatori Auditorium/Auditorium Coordinators: A. Mocellin, V. Orfeo, G. Perone

08.00

Chirurgia della cataratta in diretta

Live cataract surgery

M. Pisani (B & L), F. Camesasca (Alcon), V. Montaruli (AMO)

08.45

Tavola rotonda: Chirurgia refrattiva in età pediatrica

Panel discussion: Refractive surgery in the pediatric age group

Moderatore/Moderator: M. Fortunato

Relatori/Speakers: A. Magli, P. Nucci, A. Mularoni

09.15

Chirurgia della cataratta in casi complessi

Cataract surgery in complex cases

C. Salati (Optikon), G. Marcon (AMO)

09.45

**Linee guida SOI-AAROI: regolamentazione della presenza del medico anestesista
in chirurgia oftalmica**

*SOI-AAROI Guidelines: regulatory requirements concerning the presence
of the anesthesiologist in eye surgery*

T. Rossi

09.57

Chirurgia della cataratta in casi complessi

Cataract surgery in complex cases

R. Bellucci (B & L), M. Piovella (AMO)

10.25

Analisi dei risultati funzionali di ReStor lente difrattiva apodizzata

ReStor apodized diffractive IOLs: functional outcomes

G. Alessio

10.32

Torsional Ozil: nuovo gold standard nella chirurgia della cataratta

Torsional Ozil: a new gold standard in cataract surgery

A. Caporossi

10.40

Chirurgia della cataratta in casi complessi

Cataract surgery in complex cases

C. Carlevale (Optikon), M. Di Maita (Zeiss)

11.10

Intervallo / Coffee Break

Coordinatori Auditorium/Auditorium Coordinators: A. Caporossi, C. Carbonara, R. Dossi

11.25

Linee guida SOI: requisiti strutturali per l'effettuazione di iniezioni intravitreali

SOI Guidelines: structural requirements for performing intravitreal injections

G. Lesnoni, L. Colecchia

11.42

Chirurgia della cataratta in casi complessi

Cataract surgery in complex cases

G. Tassinari (Alcon), M. Gualdi (Alcon)

- 12.12 **Conferimento premi: "Medaglia d'oro SOI - Maestri dell'oftalmologia italiana"**
Assegnazione "Premio Maurizio Quintieri - Videoconcorso"
Awards ceremony: "SOI Gold Medal - Masters of Italian Ophthalmology"
"Maurizio Quintieri Prize - Video-competition"
Presidente/Chairman: C. Balacco Gabrieli
Coordinatori/Coordinators: A. Mocellin, A. Montericchio, A. Rapisarda
- 12.30 **Chirurgia della cataratta in casi complessi**
Cataract surgery in complex cases
V. Orfeo (Staar), S. Rizzo (B & L)
- 13.00 **Key Note Lecture: Femto-Laser up date**
Key Note Lecture: Femto-Laser up date
L. Mastropasqua
- 13.15 **Fine della sessione / End of session**

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

Auditorium

**13.45-14.45 DISCUSSIONE SCIOPERO OCULISTI
11 DICEMBRE 2006**

14.45-18.40 SESSIONE 30 - Simposio AICCER-SOI / AICCER-SOI Symposium

NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA
NEW TECHNIQUES AND TECHNOLOGY IN CATARACT AND REFRACTIVE SURGERY

Seconda parte / Part 2

CHIRURGIA IN DIRETTA DALLE SALE OPERATORIE DELL'OSPEDALE NIGUARDA
CA' GRANDA DI MILANO

*LIVE SURGERY FROM THE OPERATING ROOMS OF THE NIGUARDA CA' GRANDA
HOSPITAL IN MILAN*

*Responsabile di Struttura Complessa Unità Operativa di Oculistica Adulti/Head of
the Adult Ophthalmology Operating Unit: G. Carlevaro*

Consulente Chirurgia Vitreoretinica/Vitreo-retinal Surgery Consultant: N. De Casa

Coordinatori Sala Operatoria/Operating Room Coordinators: V. Orfeo, V. Picardo, M. Piovella

Coordinatori Auditorium/Auditorium Coordinators: A. Caporossi, P. Vinciguerra, G. Ravalico

- 14.45 **Chirurgia della cataratta in casi complessi**
Cataract surgery in complex cases
F. Toni (AMO), E. Bernasconi (B & L), G. Orefice (Alcon)
- 15.25 **Nuove tecnologie per ECM a distanza - Collegamento internazionale con la Spagna**
New technologies for distance learning and CME credits - Presentation broadcast from Spain
Lettura magistrale: Quale aberrazione sferica deve avere una IOL?
Key note Lecture: What spherical aberration should an IOL have?
Pablo Artal (Spain)
In collaborazione con GDS Elettronica / In conjunction with GDS Elettronica
- 15.39 **Nuovo sommario della cataratta**
Latest summary on cataract
P. Vinciguerra
- 15.46 **Chirurgia in diretta con Femto-Laser**
Femto-Laser Live Surgery
Centro Medico Chirurgico ALSO Saronno / *ALSO Surgery Center, Saronno*
LASIK e INTACS Intrastromali
Intrastromal LASIK and INTACS
G. Perone
- 16.15 **Chirurgia della cataratta in casi complessi**
Cataract surgery in complex cases
P. Bordin (Optikon), G. Beltrame (Alcon), L. Zeppa (Optikon), G. Alessio (AMO)

- 17.10 **Tavola rotonda: Custom Match**
Panel discussion: Custom Match
Moderatore/Moderator: S. Rossi
Relatori/Speakers: S. Cillino, P. Giardini, P. Vinciguerra
- 17.40 **Tavola rotonda: L'estrazione del cristallino trasparente a scopo refrattivo e la chirurgia non laser della presbiopia**
Panel discussion: Clear lens extraction for refractive purposes and non-laser surgery for presbyopia
Moderatore/Moderator: V. Orfeo
Relatori/Speakers: G. Lesnoni, M. Piovella, D. Tognetto, L. Zeppa
- 18.10 **Tavola rotonda: Discomfort oculare dopo chirurgia della cataratta**
Panel discussion: Ocular discomfort after cataract surgery
Moderatore/Moderator: G. Alessio
Relatori/Speakers: C. Traverso, V. Orfeo, M. Filippello
- 18.40 **Fine della sessione / End of session**

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

Sala Rossa 1

09.30-12.30 SESSIONE 31 - Simposio

MIGLIORARE LA VISIONE DELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ.
IL FUTURO DELLA TERAPIA
Presidenti: F. Bandello, U. Menchini
Coordinatori: P. Lanzetta, G. Virgili

- 09.30 **Introduzione**
U. Menchini
- 09.35 **Perché i farmaci antiangiogenici nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età**
C. Azzolini
- 09.50 **Ranibizumab in fase preclinica**
A. Pece
- 10.05 **Trattamento della neovascolarizzazione coroideale prevalentemente classica con Ranibizumab**
F.M. Bandello
- 10.20 **Trattamento con Ranibizumab della neovascolarizzazione coroideale minimamente classica e occulta**
U. Menchini
- 10.35 **Qualità della vita dei pazienti con degenerazione maculare legata all'età trattati con Ranibizumab**
G. Virgili
- 10.50 **Il razionale patogenetico per le terapie combinate**
P. Lanzetta
- 11.05 **Ranibizumab negli altri trials sulla degenerazione maculare legata all'età**
M. Varano
- 11.20 **Ranibizumab nel trattamento dell'edema maculare diabetico**
U. Intorini
- 11.35 **La qualità della visione: Quality of Vision Index**
S. Piermarocchi
- 11.50 **Dalla teoria alla pratica**
F. Boscia
- 12.00 **Discussione**
- 12.25 **Conclusioni**
F.M. Bandello

Si ringrazia NOVARTIS OPHTHALMICS

Sala Rossa 1

16.30-18.30 SESSIONE 32 - Simposio

NUOVE PROSPETTIVE PER IL TRATTAMENTO DELLA DMLE: RISULTATI STUDIO CARMIS

Presidente: U. Menchini

Moderatori: G. Boschi, S. Piermarocchi

- 16.30 **Studio CARMIS: razionale e disegno dello Studio**
S. Saviano
- 16.45 **Risultati Studio Main: test psicofisici**
S. Piermarocchi
- 17.00 **Risultati Studio Main: qualità della visione**
M. Sartore
- 17.15 **Risultati Studi Ancillari: Raman Spectroscopy e OCT**
G. Panozzo
- 17.30 **Risultati Studi Ancillari: M-ERG e Microperimetria**
M. Varano
- 17.45 **Discussione e conclusioni**

Si ringrazia SIFI

Sala Rossa 2

08.00-09.00 Corso 121

Perimetria non convenzionale: FDT e SWAP

Direttore: R. Altafini

Istruttori: G.L. Laffi, M. Iester, A. Perdicchi

Sala Rossa 2

14.00-16.00 SESSIONE 40 - Simposio

GLAUCOMA: STRATEGIE TERAPEUTICHE A CONFRONTO

Presidenti: C. Sborgia, L. Mastropasqua

Moderatore: G.L. Manni

- 14.00 **Introduzione**
G.L. Manni
- 14.10 **L'ipertensione oculare**
14.10 R. Carassa
14.22 L. Rossetti
- 14.34 **Il glaucoma primario ad angolo aperto**
14.34 P. Frezzotti
14.46 C.E. Traverso
- 14.58 **Il glaucoma avanzato**
14.58 S. Gandolfi
15.10 G. Marchini
- 15.22 **Terapia**
15.22 M. Vetrugno
15.34 M. Centofanti
- 15.46 **Discussione**

Si ringrazia ALLERGAN

Sala Rossa 2

16.45-18.45 SESSIONE 33 - Simposio S.I.N.O. Società Italiana di Neuroftalmologia

COMPRESSIONE DELLE VIE OTTICHE ANTERIORI:
DAL NEUROFTALMOLOGO AL NEUROCHIRURGO
Moderatori: A. Carta, A. de Negri, P. Mortini, F. Sadun
Coordinatore: S. Bianchi Marzoli

NEUROPATIA OTTICA COMPRESSIVA

16.45 **Anatomia e imaging vie ottiche anteriori**
F. Sadun

17.05 **Inquadramento clinico**
A. de Negri

PATOLOGIA COMPRESSIVA DELLA REGIONE SELLARE E PARASELLARE

17.25 **Inquadramento e approccio chirurgico**
P. Mortini

17.45 **Fattori prognostici e outcome visivo**
S. Bianchi Marzoli

PATOLOGIA COMPRESSIVA ORBITARIA

18.05 **Inquadramento clinico**
A. Carta

18.25 **Approccio chirurgico**
F. Bernardini

Sala Blu 1

08.00-10.00 SESSIONE 34 - Simposio COMED

IMAGING IN OFTALMOLOGIA
Presidente: R. Brancato
Coordinatore e Moderatore: C. Azzolini

08.00 **Presentazione**
C. Azzolini

08.02 **Come leggere un campo visivo**
P. Brusini

08.10 **Imaging della papilla ottica**
F. De Maria

08.18 **L'interpretazione dell'OCT**
G. Panozzo

08.26 **L'imaging nella angiografia retinica**
U. Menchini, F. Giansanti

08.34 **L'interpretazione della topografia corneale**
M. Borgia

08.42 **Gli esami di radiodiagnostica in oftalmologia**
A. Giordano Resti

08.50 **La corretta refertazione dell'imaging in oftalmologia**
S. Donati

08.58 **Aspetti medico-legali della refertazione**
L. Marino

09.06 **Reading Center OCT**
C. Azzolini

09.14 **Reading Center e Trial per la traslocazione maculare**
C. Mariotti

09.22 **Reading Center per la retinopatia diabetica nella regione Lazio**
F.M. Bandello, M. Varano, M. Stirpe

09.30 **Discussione**

Sala Blu 1

14.00-16.00 SESSIONE 36 - Simposio

FLUSSO EMATICO OCULARE E PRESSIONE DI PERFUSIONE NELLA PRATICA CLINICA:
PER UN APPROCCIO COMPLETO AL PAZIENTE GLAUCOMATOSO

Moderatore: S. Miglior

- 14.00 **Introduzione**
S. Miglior
- 14.10 **Effetto dei farmaci ipotensivi oculari su PIO circadiana, pressione sistemica e pressione di perfusione oculare diastolica oculare in pazienti con glaucoma**
L. Quaranta
- 14.30 **Caso clinico 1**
T. Rolle
- 14.45 **Caso clinico 2**
O. Vattovani
- 15.00 **Caso clinico 3**
M. Iester
- 15.15 **Caso clinico 4**
M. Ciancaglini
- 15.30 **Trattamento integrato del glaucoma: associazione fissa Dorzolamide/Timololo**
A. Perdicchi
- 15.50 **Conclusioni e discussione**
S. Miglior

Si ringrazia MERCK SHARP & DOHME ITALIA

Sala Blu 1

16.30-18.30 SESSIONE 37 - Congresso Nazionale S.I.O.G. Società Italiana di Oftalmologia Genetica

TERAPIA GENICA DELLE MALATTIE OCULARI EREDITARIE: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Presidente e Coordinatore: F. Simonelli

Moderatori: R. Brancato, U. Menchini, E. Rinaldi

- 16.30 **Introduzione alla terapia genica**
L. Pastore, F. Salvatore
- 16.45 **Lettura Magistrale: Terapia genica delle malattie oculari**
A. Auricchio
- 17.15 **Amaurosi congenita di Leber**
S. Banfi, F. Simonelli
- 17.35 **Inibizione dell'angiogenesi nella degenerazione maculare senile**
A. Sodi, F. Torricelli
- 17.55 **Terapia genica delle malattie corneali**
P. Rama, M.P. Manitto, M. Ferrari
- 18.15 **Discussione**

Sala Blu 2

08.00-10.00 SESSIONE 38 - Simposio S.I.O.L. Società Italiana di Oftalmologia Legale

LA CONSULENZA TECNICA IN OFTALMOLOGIA
Presidenti: D. Spinelli, C. Balacco Gabrieli
Coordinatori: F. Cruciani, S. Gambaro

- 08.00 **Introduzione**
D. Spinelli
- 08.10 **Il rapporto medico-paziente**
F. Ventura
- 08.25 **La consulenza tecnica d'ufficio: metodologia operativa e accertamento del danno**
L. Papi
- 08.40 **La consulenza tecnica d'ufficio: il parere dell'Avvocato**
R. Mantovani
- 08.55 **La consulenza tecnica di parte**
V. De Vitto
- 09.10 **La consulenza tecnica nel processo penale**
S. Fucci
- 09.25 **Discussione**

Sala Blu 2

10.30-12.30 SESSIONE 39 - Simposio IAPB Italia Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - Sezione Italia

LA PREVENZIONE DEL GLAUCOMA PRIMARIO DELL'ADULTO
Coordinatori: F. Cruciani, R. Frezzotti

- 10.30 **Epidemiologia della malattia glaucomatosa e della cecità da glaucoma**
L. Cerulli
- 10.50 **La prevenzione primaria (fase di latenza: cause e fattori di rischio)
Dati e spunti nella fase di latenza: la genetica e i fattori di rischio**
P. Frezzotti
- 11.10 **La prevenzione secondaria (diagnosi precoce e in fase preclinica)
Semeiologia avanzata del danno anatomico precoce**
S. Miglior
- 11.30 **Semeiologia avanzata del danno funzionale precoce**
P. Brusini
- 11.50 **Educazione sanitaria e operazioni di screening: fattibilità e loro costo beneficio**
F. Cruciani
- 12.10 **La prevenzione terziaria (contenimento dei danni e invalidità)
Dalla prevenzione alla protezione del danno glaucomatoso progrediente**
S. Gandolfi

Sala Blu 2

14.00-16.00 SESSIONE 43 - Sessione Poster su Cataratta, Chirurgia refrattiva e vitreoretinica, Cornea, Superficie oculare e Malattie degli annessi, Oftalmologia Pediatrica e Strabismo, Retina Chirurgica e Medica, Traumatologia oculare, Tumori Oculari, Uveiti, Altro

Moderatori: M. Buscemi, G. Dichiara, S. Vergani

- 14.00 **P01**
MANIFESTAZIONI OCULARI DELLA MALATTIA DI FABRY NEL FABRY OUTCOME SURVEY (FOS). RISULTATI PRELIMINARI CON NUOVO FILE DI RACCOLTA DATI OFTALMOLOGICI
A. Sodi, L. Vannozzi, A. Ioannidis, A. Mehta, S. Pitz, M. Beck, U. Menchini (Firenze, London-UK, Mainz-Germania)
- 14.03 **P02**
PROGETTO AFIA - LUCE PER L'AFRICA - PREVENZIONE DELLA CECITÀ. NELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO
K. Kyenge, L. Avoni, A. Fanti, A. Sartori, E. Conte, L. Cappuccini, L. Baldassarri, V.F.A. Distefano, F. Capotosto, G. Mazzini, C. Boni, T. Grispino, D. Grispino (Reggio Emilia)
- 14.06 **P03**
STUDIO PROSPETTICO COMPARATIVO FRA MICROFACOEMLSIFICAZIONE BIMANUALE E FACOEMLSIFICAZIONE MINICOASSIALE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
S. Pelloni, L. Campi, C. Masini, A. Pupino, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 14.09 **P04**
TECNICA PERSONALIZZATA DI RIMOZIONE DI LENTI INTRAOCULARI (IOL) OPACATE: AFFIDABILITÀ E SICUREZZA
V. Piccirillo, A. Di Nuzzo, R. Forte, G. De Crecchio (Maddaloni, Napoli)
- 14.12 **P05**
CORIORETINITE TOXOPLASMICA COMPLICATA DA MEMBRANA EPIRETINICA CARATTERISTICHE OCT-SLO
V. Piccirillo, M.C. Savastano, R. Pasqua, L. Tamburrini, C. Riccardi, R. Forte, G. De Crecchio, S. Savastano
- 14.15 **P06**
FACOEMLSIFICAZIONE COASSIALE: IMPIANTO DI IOL NON DEDICATE ATTRAVERSO UNA INCISIONE DI 2.4 MM
M. Chizzolini, G. Beltrame, G.B. Driussi, P. Busatto, F. Barosco, G. Di Giorgio (S. Donà di Piave)
- 14.18 **P07**
EPILASIK E PRK CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT-STUDIO COMPARATIVO - 12 MESI DI FOLLOW UP
M. Rossi, P.M.P. Garimoldi, M. Schmidt, A. Aondio (Busto Arsizio)
- 14.21 **P08**
CONFRONTO IN MICROSCOPIA CONFOCALE DI CORNEE SOTTOPOSTE A CHIRURGIA REFRAITIVA CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT CON TECNICA EPILASIK E PRK - 12 MESI DI FOLLOW UP
P.M.P. Garimoldi, M. Rossi, M. Schmidt, P. Giorgi (Busto Arsizio)
- 14.24 **P09**
STRATEGIA CHIRURGICA PER UN IMPIANTO FACILE E SICURO DELLA IOL FACHICA A FISSAZIONE IRIDEA VERISYSE
G.B. Driussi, G. Beltrame, M. Chizzolini, G. Di Giorgio, P. Busatto, F. Barosco (S. Donà di Piave)
- 14.27 **P10**
ENDOCHIRURGIA DEL DISTACCO DI RETINA IN UN PAZIENTE AFFETTO DA VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE
P.U. Mainardi, O. Beccaria, M.A. Rigamonti (Milano)
- 14.30 **P11**
ENDOCHIRURGIA DELLA OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA MEDIANTE INDUZIONE DI ANASTOMOSI RETINO-COROIDEALE
M. Delle Grottaglie, M.A. Rigamonti, G. Carlevaro (Milano)
- 14.33 **P12**
EMOVITREO ASSOCIATO A GRANULOMA OCULARE DA TOXOCARA CANIS E DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO, TRATTATO CON VITRECTOMIA VIA PAR PLANA, TAMPONAMENTO CON F6H8 ED ENDOLASER; CASE REPORT
P. Ferroni, S. Lippera, S. Morodei, M. Di Chiaro, A. Fiorani (Fabriano)

PROGRAMMA SCIENTIFICO
venerdì 1 dicembre

- 14.36 **P13**
TRATTAMENTO DI ULCERA CORNEALE PROFONDA CON MEMBRANA AMNIOTICA E COLLA DI FIBRINA
P. Sivelli, P. Chelazzi, L. Venco, C. Azzolini (Varese)
- 14.39 **P14**
INFLIXIMAB (ANTI-TNF) NEL TRATTAMENTO DI UN CASO DI ULCERA DI MOOREN
G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari (Bologna)
- 14.42 **P15**
CHERATITE ED ENDOFTALMITE FUNGINA DA FUSARIUM IN PORTATORI DI LENTI A CONTATTO MORBIDE: DIAGNOSI E NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO
F. Quagliano, A. Mularoni, P.F. Fiorini, A. Sincich, G. Tassinari (Bologna)
- 14.45 **P16**
TRATTAMENTO TOPICO CON MITOMICINA C NEGLI EPITELIOMI CONGIUNTIVALI
C.A. Zotti, O. Antonioni, L. Cimino, L. Cappuccini (Reggio Emilia)
- 14.48 **P17**
SINDROME DI POSNER-SCHLOSSMAN E DISTROFIA ENDOTELIALE GUTTATA: CASE REPORT
A.M. Martini, E. Martini, L. Campi, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 14.51 **P18**
CHERATOPLASTICA IN UN CASO DI ASCESSO CORNEALE DA FUSARIUM
M.A. Rigamonti, P. Regondi, O. Beccaria (Milano)
- 14.54 **P19**
LASER TRABECULOPLASTICA SELETTIVA NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA PSEUDOESFOLIATIVO
M. Cellini, P. Leonetti, E. Campos (Bologna)
- 14.57 **P20**
ANALISI DEI VALORI CHERATOMETRICI PREOPERATORI NELLA CATARATTA CONGENITA ED INFANTILE
P. Capozzi, P. Vadalà, M. Fortunato, F. Vadalà, C. Morini (Roma)
- 15.00 **P21**
DEGENERAZIONE MACULARE NEL BAMBINO: DUBBI DIAGNOSTICI
R. Migliorini, M. Vitiello, S. Abbruzzese, L. Grasso, R. Halfeld Furtado De Mendonca (Roma)
- 15.03 **P22**
IMPORTANZA DEGLI ESAMI OFTALMOLOGICI NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA TROMBOSI DEI SENI VENOSI INTRACRANICI DA MASTOIDITE
R. Migliorini, S. Abbruzzese, M. Vitiello, N. Iozzo, R. Halfeld Furtado De Mendonca (Roma)
- 15.06 **P23**
LACERAZIONE TRAUMATICA DEL MUSCOLO RETTO MEDIALE: CASO CLINICO
R. D'Angelo, C. Pitrone, F. Ferreri, G. Strano, G. Ferreri (Messina)
- 15.09 **P24** Poster ritirato
- 15.12 **P25**
VARICI ORBITARIE: QUALE APPROCCIO
L. Colangelo, D. Weil, J.P. Aldecoa, A. Heidenreich, E. Trotta, L. Guarracino (Battipaglia, Buenos Aires-Argentina)
- 15.15 **P26**
CELLULITE ORBITARIA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO
L. Colangelo, D. Weil, J.P. Aldecoa, G. Fridrich, E. Trotta, L. Guarracino (Battipaglia, Buenos Aires-Argentina)
- 15.18 **P27**
LA RETINOPATIA DA DECOMPRESSIONE: RUOLO DELL'OCT NEL TRATTAMENTO CON CHIRURGIA MACULARE IN UN CASO CLINICO
S. Donati, C. Azzolini (Varese)
- 15.21 **P28**
CHIRURGIA DEL FORO MACULARE IN PAZIENTE CON SINDROME DI USHER
M. Paci, M. Pantanetti, S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti (Ancona)

PROGRAMMA SCIENTIFICO venerdì 1 dicembre

- 15.24 **P29**
IL RUOLO DELLA CHIRURGIA EPIRETINICA MACULARE NELLE EREDODISTROFIE
G. Di Giorgio, G. Beltrame, M. Chizzolini (San Donà di Piave)
- 15.27 **P30**
INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) NEL TRATTAMENTO DELLA
RETINOPATIA DIABETICA
M. Imparato, A. Negri (Cantù-Abbiategrasso)
- 15.30 **P31**
UTILIZZO DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA NEOVASCOLARE
S. Salvolini, M. Pantanetti, F. Viti, C. Mariotti (Ancona)
- 15.33 **P32**
MACULOPATIA ATTINICA DA ECLISSI PARZIALE DI SOLE: STUDIO DI 3 CASI MEDIANTE OCT-3
G. Maini, A. Pupino, A. Lazzerini, L. Campi, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 15.36 **P33**
ASSOCIAZIONE INTERFERONE-RIBAVIRINA E TROMBOSI VENOSA RETINICA
E. Antoniazzi, S. Pezzotta, P.E. Bianchi (Pavia)
- 15.39 **P34**
TERAPIA DEL DISTACCO SIEROSO MACULARE NEL COLOBOMA DELLA PAPILLA:
RISULTATI A LUNGO TERMINE
M. Nicoletti, F. Quagliano, G. Tassinari (Bologna)
- 15.42 **P35**
CORRELAZIONE TRA TOMOGRAFIA RETINICA A COERENZA (OCT) E SENSIBILITÀ RETINICA
CENTRALE MEDIANTE MICROPERIMETRIA NIDEK NELL'EDEMA MACULARE PRE E POST IVT
E. Giacomotti, P.G. Limoli, L.M. D'Amato, E.M. Vingolo (Treviglio, Milano, Roma)
- 15.45 **P36**
SU DI UN RARO CASO DI EMANGIOMA CAPILLARE RETINICO A LOCALIZZAZIONE CENTRALE
O. Santinelli, G. Cennamo Gilda, R. Forte, V. La Rocca Vittoria, G. de Crecchio (Napoli)
- 15.48 **P37**
TRAUMATISMO ENDOTELIALE BILATERALE DA DISLOCAZIONE POST-INFIAMMATORIA DI
LENTE FACHICA RIFRATTIVA
D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini (Lugo)
- 15.51 **P38**
CORREZIONE DELL'ASTIGMATISMO POST CHERATOPLASTICA PERFORANTE E CATARATTA
ATTRAVERSO IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI CON OTTICA TORICA
D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini (Lugo)
- 15.54 **P39**
TRATTAMENTO DI DUE CASI DI METASTASI BILATERALE DA CARCINOMA DELLA
MAMMELLA CON CHEMIOTERAPIA
A. Lazzerini, S. Pelloni, G. Delvecchio, A. Pupino, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 15.57 **P40**
ARTERITE E RETINITE CORRELATA AD EPSTEIN BARR VIRUS
C. De Dominicis, G. Graziani, M.S. Tognon (Padova)

Sala Blu 2

16.30-18.30 SESSIONE 41 - Simposio G.I.N. Gruppo Italiano Neuroprotezione

NEUROPROTEZIONE: DALLA RICERCA DI BASE ALL'APPLICAZIONE CLINICA

Presidente: C. Balacco Gabrieli

Moderatori: L. Cerulli, G. Carella

- 16.30 **Neuroprotezione in oftalmologia: prospettive dalla farmacologia delle malattie degenerative del sistema nervoso centrale**
G. Bagetta
- 16.45 **La memantina, una nuova prospettiva per la terapia del glaucoma**
M. Vetrugno
- 17.00 **Modulazione molecolare dei fosfolipidi di membrana bilayer in tema di neuroprotezione**
G. Carella
- 17.15 **Modificazioni neurofunzionali nella malattia glaucomatosa: possibilità neuroprotettive e neuromodulatrici con citicolina**
V. Parisi
- 17.30 **Cannabinoidi e terapia del glaucoma**
C. Nucci
- 17.45 **Profilo scientifico dell'epigallocatechingallato: ruolo nella neuroprotezione retinica**
M. Lograno
- 18.00 **Evidenze sull'azione e sui meccanismi neuroprotettivi del co-enzima Q-10 nella retina**
A. Cerulli
- 18.15 **Discussione**

Sala Gialla 1

08.00-10.00 Corso 123

Cornea Clinic interattiva

Direttore: M. Busin

Sala Gialla 1

10.30-12.30 SESSIONE 35 - Simposio / Symposium

ALTERAZIONI DELLA UNITÀ FUNZIONALE COSTITUITA DA SUPERFICIE OCULARE E FILM LACRIMALE: NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO

CHANGES IN THE FUNCTIONAL UNIT COMPRISED OF THE OCULAR SURFACE AND THE TEAR FILM: A NEW THERAPEUTIC APPROACH

Presidente e Moderatori/Chairman and Moderators: A. Caporossi, A.S. Solomon (Israel)

Coordinatore/Coordinator: F. De Gregorio

- 10.30 **Benevenuto e presentazione del Simposio**
Welcome and introduction to the Symposium
A. Caporossi
- 10.35 **Anatomia e fisiopatologia dell'epitelio corneale e del film lacrimale**
Anatomy and Pathophysiology of corneal epithelium and tear film
A.S. Solomon (Israel)
- 10.55 **Una microemulsione a base di fosfolipidi per il trattamento dell'epitelio corneale danneggiato: studi biochimici e preclinici**
A phospholipids based microemulsion for the treatment of corneal epithelium damage-biochemical and preclinical studies
N. Savion (Israel)
- 11.15 **Efficacia e tollerabilità di LIPIMIX (TBX024) in pazienti sottoposti a PRK**
Efficacy and tolerability to LIPIMIX (TBX024) in PRK
C. Sforzi

- 11.45 **Efficacia e tollerabilità di LIPIMIX (TBX024) in pazienti affetti da dry eye**
Efficacy and tolerability to LIPIMIX (TBX024) in dry eye
P. Aragona
- 12.05 **Potenzialità e utilità clinica della microemulsione fosfolipidica**
Potential and clinical value of phospholipid-based microemulsions
A. Caporossi
- 12.15 **Discussione / Discussion**
- Si ringrazia TUBILUX PHARMA / Thanks to TUBILUX PHARMA*

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

Sala Gialla 1

14.00-16.00 **Corso 130**

Chirurgia palpebrale mini-Invasiva fatta facile

Direttore: F. Bernardini

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

16.30-17.30 **Corso 124**

Gestione postoperatoria degli interventi filtranti antiglaucomatosi

Direttore: G. Scuderi

Istruttori: F. Guglielmelli, A. Perdicchi

Sala Gialla 2

08.00-10.00 **Corso 125**

La diagnostica morfo-funzionale integrata nelle maculopatie

Direttore: E. Pilotto

Istruttori: E. Midena, M. Battaglia Parodi, C. Scassa, S. Vujosevic

Sala Gialla 2

10.30-12.30 **SESSIONE 42 - Simposio O.N.S.G. Gruppo di Studio del Nervo Ottico**

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE NEUROPATIE OTTICHE COMPRESSIVE

Presidente: F. Moro

Coordinatore: D. Doro

- 10.30 **Classificazione neuropatie ottiche compressive**
F. Moro
- 10.45 **Analisi del disco ottico**
S. Miglior
- 11.00 **TAC/RMN**
C. Carollo, P. Amistà
- 11.15 **Ecografia**
D. Doro
- 11.30 **Elettrofisiologia**
A.P. Tormene
- 11.45 **Ruolo del chirurgo orbitario**
G. Bonavolontà
- 12.00 **Ruolo del neurochirurgo**
R. Scienza, G. Pavesi
- 12.15 **Discussione**

PROGRAMMA SCIENTIFICO
venerdì 1 dicembre

Sala Gialla 2

14.00-16.00 Corso 126

Le facomatosi: diagnosi e gestione

Direttore: F. Simonelli

Istruttori: M.P. Manitto, R. Lattanzio, E. Martina, S. Bianchi Marzoli, A. Sodi

16.30-18.30 Corso 127

Bevacizumab (Avastin®) in oftalmologia

Direttore: A. Giovannini

Istruttori: P.G. Neri, S. Salvolini, F. Bandello, F. Cardillo Piccolino, C. Mariotti

Sala Gialla 3

08.00-10.00 Corso 128

Diagnostica per immagini del segmento anteriore con Visante OCT

Direttore: L. Mastropasqua

Istruttori: P. Carpineto, M. Ciancaglini, M. Nubile, L. Toto, L. Buratto

11.00-12.00 Corso 129

Impianti drenanti ex-press per il glaucoma primario ad angolo aperto

Direttore: C.E. Traverso

Istruttori: G. Marchini, F. De Feo

14.00-16.00 Corso 147

Corso di psicosomatica in oftalmologia

Direttore: M. Cusani

Sala Bianca 1

08.00-09.00 Corso 131

Tecniche di scambio dei fluidi e di tamponamento in chirurgia vitreoretinica

Direttore: M. Zemella

Istruttori: E. Cappello, L. Tollot

09.30-10.30 Corso 132

OCT3 e glaucoma: studio della papilla ottica

Direttore: T. Rolle

Istruttori: B. Brogliatti, B. Roagna, F. Tofani, V.M. Russo

14.00-16.00 Corso 133

Traumatologia orbitaria

Direttore: P.E. Gallenga

Istruttori: D. Weil, L. Colangelo, R. Ebner

16.30-18.30 Corso 134

Corso pratico di oftalmologia pediatrica

Direttore: M. Fortunato

Superesperti: P. Vadalà, P. Capozzi

Coordinatori: I. Memmi, R. Di Pietro, L. Specchia, G.F. Villani

Istruttori: R. Maggi, A. Menna, C. Massaro, A. De Pino, L. Gravina, E. Melina, S. Ignagni, G. Di Marzio

PROGRAMMA SCIENTIFICO
venerdì 1 dicembre

Sala Bianca 2

08.00-10.00 Corso 135

Cosa è e come si applica la medicina basata sulle evidenze?

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Bandello, F. Boscia, F. Giansanti, G. Virgili, G. Staurengi, P. Lanzetta

10.30-12.30 Corso 136

Uveiti: up-date clinico e terapeutico

Direttore: A. Giovannini

Istruttori: F. Cardillo Piccolino, P.G. Neri, L. Cimino, L. Fontana, L. Cappuccini, C. Mariotti, G. Tassinari

13.30-16.00 Corso 122

AMD neovascolare: un approccio mirato a un problema globale

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Boscia, U. Introini, M. Varano, G. Virgili, F. Bandello, P. Lanzetta

Si ringrazia PFIZER ITALIA

16.30-18.30 Corso 137

Trattamento chirurgico e riabilitazione visiva dopo lussazione di nucleo o di IOL in camera vitrea

Direttore: G. Carlevaro

Istruttori: C. Forlini, M. Borgioli

Sala K

08.30-12.30 Proiezione Video

14.30-18.30 Proiezione Video

Auditorium

08.00-11.00 SESSIONE 44 - Simposio AICCER-SOI / AICCER-SOI Symposium

CHIRURGIA DELLE LENTI FACHICHE E DEL TRAPIANTO DI ENDOTELIO
CHIRURGIA DELLO PTERIGIO
PHAKIC LENS AND ENDOTHELIAL TRANSPLANTATION SURGERY
PTERYGIUM SURGERY

Parte terza / *Part 3*

CHIRURGIA IN DIRETTA DALLE SALE OPERATORIE DELL'OSPEDALE NIGUARDA
CA' GRANDA DI MILANO
LIVE SURGERY FROM THE OPERATING ROOMS OF THE NIGUARDA CA' GRANDA
HOSPITAL IN MILAN
Responsabile di Struttura Complessa Unità Operativa di Oculistica Adulti/Head of
the Adult Ophthalmology Operating Unit: G. Carlevaro
Coordinatori Sala Operatoria/Operating Room Coordinators: M. Busin, A. Montericcio V. Sarnicola
Coordinatori Auditorium/Auditorium Coordinators: F. Dossi, V. Orfeo F. Spedale

- 08.00 **Tavola rotonda: IOL fachiche** (parte prima)
Panel discussion: Phakic IOLs (part 1)
Moderatore/Moderator: U. Merlin
Relatori/Speakers: G. Alessio, G. Caramello, M. Piovella S. Rossi
- 08.10 **Chirurgia in diretta di IOL fachiche**
Live surgery: Phakic IOLs
P. Boscolo Rizzo (GBR SIFI), F. Carones (AMO Veriflex)
- 08.35 **Tavola rotonda: IOL fachiche** (parte seconda)
Panel discussion: Phakic IOLs (part 2)
Moderatore/Moderator: U. Merlin
Relatori/Speakers: G. Alessio, G. Caramello, M. Piovella, S. Rossi
- 08.50 **Chirurgia in diretta di IOL fachiche**
Live surgery: Phakic IOLs
C. Lovisolo (Staar ICL), D. Dementiev (Ioltech-Zeiss PRL)
- 09.15 **Tavola rotonda: IOL fachiche. Conclusioni**
Panel discussion: Phakic IOLs. Conclusions
Moderatore/Moderator: U. Merlin
Relatori/Speakers: G. Alessio, G. Caramello, M. Piovella S. Rossi
- 09.25 **Chirurgia del trapianto di endotelio**
Endothelial transplantation surgery
Cheratoplastica lamellare posteriore/trapianto di endotelio: due interventi
Posterior lamellar keratoplasty/endothelial transplantation: two procedures
Chirurghi/Surgeons: M. Busin, V. Sarnicola
- Chirurgia in diretta dello pterigio**
Live pterygium surgery
A. Montericcio
- 10.50 **Conferimento Premio Miglior Poster presentato al Congresso**
Best Poster Award
- 11.00 **Fine sessione / End of session**

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

Auditorium

11.15-11.30 **Presentazione Protocollo AIEOP RB 05 per il Retinoblastoma**
Presentation of the AIEOP RB 05 Protocol for Retinoblastoma

Presidenti/Chairmen: R. Frezzotti, F. Locatelli
Moderatori/Moderators: P.E. Gallenga, G. Morgese

11.15 **Presentazione del protocollo**
Presentation of the protocol
A. Acquaviva, T. Hadjistilianou

11.25 **Pioneer Award SOI-AIEOP al prof. R. Frezzotti**
presentato dai Presidenti SOI e AIEOP C. Balacco Gabrieli e M. Aricò
Pioneer Award SOI-AIEOP to prof. R. Frezzotti
presented by the SOI and AIEOP Presidents C. Balacco Gabrieli and M. Aricò

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

Auditorium

11.30-13.10 **SESSIONE 45 - Simposio Europeo/European Symposium**

IL TRATTAMENTO MEDICO DELLA DMLE / *MEDICAL TREATMENT OF AMD*
Presidenti/Chairmen: P.E. Gallenga, J.-C. Hache (France)

11.30 **Strategie terapeutiche attuali nella DMLE essudativa (casi clinici)**
Current therapeutic strategies in exudative AMD (case report)
F. Coscas, G. Coscas, G. Soubrane (France)

11.40 **OCT nella DMLE**
OCT in AMD
D. Gaucher, B. Haouchine (France)

11.50 **Il trattamento medico della DMLE**
Medical treatment of AMD
F. Bandello

12.00 **Terapia farmacologica della DMLE**
Pharmacological therapy for AMD
N. Eter, C. Haritoglou (Germany)

12.10 **Proliferazione vascolare della retina: diagnosi e scelte terapeutiche**
RAP lesions: diagnosis and treatment options
T. Rossi, F. Di Porto

12.20 **Blocco degli eventi cellulari indotti dallo stress da ipossia/riossigenazione e dallo stress ossidativo: una terapia per la DMLE in fase iniziale?**
Blocking cellular events of hypoxia/reoxygenation and oxydative stress: a useful therapy of early age related macular degeneration?
A. Yu, U. Welge-Lüssen, A. Kampik (Germany)

12.30 **Terapia Anti-VEGF**
Anti-VEGF therapies in AMD
F. Coscas, V. Colasse-Marthelot (France)

12.40 **Il trapianto dell'epitelio pigmentato retinico come trattamento chirurgico della DMLE**
RPE transplantation as surgical treatment for AMD
N. Eter (Germany)

12.50 **Prevenzione della DMLE**
Prevention of AMD
V. Le Tien, W.M. Haddad (France)

13.00 **Discussione /Discussion**

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

Sala Rossa 1

08.30-10.30 SESSIONE 46 - Simposio S.I.CO.M. Società Italiana di Contattologia Medica

INFEZIONI OCULARI DA LENTI A CONTATTO

Presidenti: U. Merlin, L. Mannucci

Coordinatore: P. Troiano

- 08.30 **Le modificazioni della superficie oculare dovute alla lente a contatto**
P. Troiano
- 08.40 **Quali condizioni oculari possono favorire le infezioni da lenti a contatto**
M. Bifani
- 08.50 **Quali condizioni sistemiche possono favorire le infezioni da lenti a contatto**
L. Mannucci
- 09.00 **Infezioni batteriche e virali: epidemiologia, quadri clinici, diagnosi, terapia**
S. Palma, P. Troiano
- 09.25 **Infezioni micotiche e da amebe: epidemiologia, quadri clinici, diagnosi, terapia**
U. Merlin, E. Midenza
- 09.50 **L'occhio rosso nel portatore di lenti a contatto**
A. Manganotti
- 10.05 **Il ruolo della manutenzione**
E. Bonci
- 10.20 **Gestione del paziente con infezione da lenti a contatto**
P. Troiano

Sala Rossa 1

11.00-13.00 SESSIONE 47 - Simposio G.I.V.Re. Gruppo Italiano di Chirurgia Vitreoretinica

LE OCCLUSIONI VASCOLARI RETINICHE: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO E STATO DELL'ARTE DELLA TERAPIA CHIRURGICA

Presidente: S. Zenoni

Coordinatore: G. Lesnoni

- 11.00 **Inquadramento internistico e proposta di un protocollo diagnostico nelle occlusioni arteriose e venose retiniche**
D. Prisco
- 11.20 **Tattamento laser nelle occlusioni arteriose e venose retiniche. Quando e come farlo**
U. Menchini
- 11.30 **Terapia iniettiva intravitreale: quando e quali farmaci. Aspetti pratico-attuativi**
A. Giovannini
- 11.40 **Chirurgia dell'occlusione dell'arteria centrale della retina**
M. Sborgia
- 11.50 **Chirurgia dell'occlusione venosa di branca**
R. De Fazio
- 12.00 **Chirurgia dell'occlusione emisferica e della vena centrale**
S. Donati
- 12.10 **Tattamento delle complicanze precoci e tardive delle occlusioni vascolari retiniche**
G. Carlevaro
- 12.20 **Proposta di un protocollo terapeutico-farmacologico**
D. Tognetto
- 12.30 **Discussione**
Moderatori: E. Dal Fiume, V. De Molfetta, G. Tassinari
Panel: P. Arpa, C. Azzolini, A. Battistini, G. Beltrame, M. Borgioli, F. Boscia, G. Carlevaro, N. De Casa, R. Di Lauro, P. Fantaguzzi, C. Mariotti, T. Micelli, A. Morocutti, G. Nuzzi, A. Rapisarda, A. Reibaldi, S. Rizzo, P. Rossi, L. Zeppa

Sala Rossa 2

**08.30-10.30 SESSIONE 48 - Simposio S.I.E.T.O
Società Italiana Ergoftalmologia e Traumatologia Oculare**

DANNI OCULARI IATROGENI
Presidente: V. De Molfetta
Coordinatore: M. Borgioli
Moderatore: C. Azzolini

I SESSIONE

- 08.30 **Danni oculari da farmaci sistemici e topici**
L. Mastropasqua
- 08.40 **Danni oculari da anestesia loco-regionale**
G. Tassinari
- 08.50 **Danni oculari da radiazioni**
P. Chelazzi, C. Azzolini
- 09.00 **Danni da farmaci e sostanze intraoculari**
S. Donati, C. Azzolini
- 09.10 **Discussione**

II SESSIONE

- 09.25 **Danni iatrogeni alle strutture extraoculari nella chirurgia del distacco di retina**
S. Zenoni
- 09.35 **Danni iatrogeni corneali ed alle strutture angolari**
P. Melani, R. Volpe
- 09.45 **Danni iatrogeni al cristallino**
S. Zuccarini, G. Iacono
- 09.55 **Danni iatrogeni alla retina**
P. Arpa, V. De Molfetta
- 10.05 **Aspetti medico legali**
D. Spinelli
- 10.15 **Discussione**

Sala Rossa 2

**11.00-13.00 SESSIONE 49 - Simposio Congiunto L.V.A.-G.I.S.I.-R.R.R.
Low Vision Academy - Gruppo Italiano Studio Ipvisione - Retina, Research & Rehabilitation**

RIABILITAZIONE VISIVA ALLE SOGLIE DEL NUOVO MILLENNIO:
PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI
Presidenti e Moderatori: L. Cerulli, R.A. Meduri, A. Pece
Coordinatori: P. Iorio, S.Z. Scalinci, M. Schmid

- 11.00 **Ipvisione e patologie eredo degenerative: presentazione di casi clinici**
P. Limoli, L. Scorolli
- 11.12 **Ipvisione ed otticopatie: presentazione di casi clinici**
E.M. Vingolo
- 11.24 **Deprivazione visiva e miopia assile: presentazione di casi clinici**
L. Mannucci
- 11.36 **Glaucoma ed ipvisione: presentazione di casi clinici**
N. Pescosolido
- 11.48 **Trattamenti riabilitativi in pazienti in età scolare affetti da patologie eredo-degenerative retiniche**
M. Rapinese

PROGRAMMA SCIENTIFICO
sabato 2 dicembre

- 12.00 **Ipovisione e cellule staminali: presentazione di casi clinici**
R. Nuzzi
- 12.12 **Ipovisione e degenerazione maculare senile: presentazione di casi clinici**
G. Giacomelli
- 12.24 **Riabilitazione multidisciplinare del paziente ipovedente: linee guida**
M. Schmid, C. Martinoli
- 12.44 **Discussione**

Sala Blu 1

08.30-10.30 SESSIONE 50 - Simposio A.I.S.G. Associazione Italiana per lo Studio del Glaucoma

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEI GLAUCOMI COMPLESSI

Presidente: B. Boles Carenini

Coordinatore: C.E. Traverso

- 08.30 **Introduzione**
G. Manni
- 08.45 **Età pediatrica**
M.G. Uva
- 09.00 **Neovascolarizzazione iridea**
R. Carassa
- 09.15 **Dopo chirurgia vitreoretinica**
G. Marchini
- 09.30 **Dopo chirurgia del segmento anteriore**
S. Gandolfi
- 09.45 **Discussione**

Sala Blu 1

11.00-12.00 Corso 138

Occlusione della vena centrale della retina: fattori di rischio, diagnosi, trattamento

Direttore: R. Lattanzio

Istruttori: A. D'Angelo, G. Maestranzi, M. Codenotti

Sala Blu 2

08.00-10.30 SESSIONE 51 - Sessione di Comunicazioni su Glaucoma

Moderatori: P. Brusini, R. Carassa, G. Pirazzoli

- 08.00 **C61**
EFFICACIA E SICUREZZA DELL'IMPIANTO DRENANTE DI BAERVELDT
PER IL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA REFRAATTARIO
R. De Marco, P. Aurilia, A. Mele (Napoli)
- 08.07 **C62**
STUDIO ULTRABIOMICROSCOPICO NELLA CICLODIASASI
M. Modesti, M. Taloni, P. Colliardo, R. Santoro (Roma)
- 08.14 **C63**
DISFUNZIONE DEL NERVO OTTICO IN PAZIENTI CON SINDROME DA APNEA OSTRUTTIVA
NOTTURNA (OSA)
P. Valente, T. Salgarello, L. Montrone, G. Stifano, A. Colotto, B. Falsini, E. Balestrazzi (Roma)
- 08.21 **C64**
CONFRONTO TRA POLARIMETRIA A SCANSIONE LASER CON COMPENSATORE CORNEALE
VARIABILE (GDx VCC) E TOMOGRAFIA A RADIAZIONE COERENTE (STRATUS OCT)
NELLA DIAGNOSI PRECOCE DI GLAUCOMA
P. Brusini, M.L. Salvetat, C. Tosoni, L. Parisi (Udine)

PROGRAMMA SCIENTIFICO
sabato 2 dicembre

- 08.28 **C65**
LA PERIMETRIA PULSAR NEL GLAUCOMA INIZIALE E NELL'IPERTENSIONE OCULARE
P. Brusini, M.L. Salvetat, C. Tosoni, L. Parisi (Udine)
- 08.35 **C66**
LA RIPRODUCIBILITÀ INTERSEZIONE PER LO SPESSORE DEL RNFL PERIPAPILLARE
AL GDx-VCC IN SOGGETTI NORMALI E GLAUCOMATOSI
S. Da Pozzo, G. Di Stefano, P. Garavaglia (Trieste)
- 08.42 **C67**
CORRELAZIONE TRA ETÀ E SPESSORE DELLO STRATO DELLE FIBRE NERVOSE
CON LA POLARIMETRIA A SCANSIONE LASER
G. Di Stefano, S. Da Pozzo, L. Michelone, G. Ravalico (Trieste)
- 08.49 **C68**
STUDIO CLINICO DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO
TRAMITE SCLERECTOMIA PROFONDA CON IMPIANTO DRENANTE T-FLUX: VALUTAZIONE
A TRE ANNI
M. Rossi, A. Cazzola, P.M.P. Garimoldi, P. Giorgi, M. Schmidt (Busto Arsizio)
- 08.56 **C69**
LA STADIAZIONE DEL DIFETTO GLAUCOMATOSO: ESTERMAN SCORE MONOCULARE
SOPPESATO SULLA SOGLIA, READING EFFICIENCY INDEX E GLAUCOMA STAGING SYSTEM
A CONFRONTO
A. Brombin, G. Delvecchio, C. Zambelli, G.M. Cavallini (Modena-Reggio Emilia)
- 09.03 **C70**
LA NOSTRA ESPERIENZA NELL'UTILIZZO DELLA VALVOLA EX-PRESS NELLA CHIRURGIA
DEL GLAUCOMA
M. Pantanetti, M. Paci, S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti (Ancona)
- 09.10 **C71**
CONFRONTO TRA TONOMETRIA A RIMBALZO E TONOMETRIA AD APPLANAZIONE
DI GOLDMANN IN PAZIENTI GLAUCOMATOSI: LA NOSTRA ESPERIENZA CLINICA
M. Rechichi, M. Fratto, V. Scorcia, C. Catalano, F. Mesiani Mazzacuva, G. Pesce, G. Scorcia
(Catanzaro)
- 09.17 **C72**
SINDROME DA OCCHIO SECCO E GLAUCOMA: EFFETTI SULLA QUALITÀ DI VITA
G.C.M. Rossi, A. Clemente (Seriante, Novara)
- 09.24 **C73**
PSEUDOEXFOLIATIO CAPSULAE (PEX) E GLAUCOMA: CORRELAZIONI CLINICHE E DATI
EPIDEMIOLOGICI IN 160 PAZIENTI
D. Paoli, F. Pasutto, G.B. Marcon (Monfalcone, Erlangen-Germania)
- 09.31 **C74**
GLAUCOMA: PRESSIONE ENDOCULARE E SITUAZIONE CLINICA DOPO SCLERECTOMIA
PROFONDA CON IMPIANTO DI SK-GEL: FOLLOW-UP A SEI ANNI
S. Lippera, P. Ferroni, S. Morodei, M. Di Chiaro, A. Fiorani (Fabriano)
- 09.38 **C75**
EFFETTI DELL'EPIGALLOECATECHINGALLATO SULL'EMODINAMICA COROIDEALE
E SISTEMICA IN PAZIENTI GLAUCOMATOSI
A. Boles Carenini, E. Tempo, F. Catena, F. Vitale Brovarone (Orbassano)
- 09.45-10.30 **Discussione**

PROGRAMMA SCIENTIFICO

sabato 2 dicembre

Sala Blu 2

11.00-13.00 SESSIONE 52 - Simposio GI.O.CH.I. Giovani Oculisti Chirurghi Italiani

L'ARTICOLO SCIENTIFICO: L'ABC PER POTER PUBBLICARE
Presidenti e Moderatori: E. Pedrotti, A. De Gregorio
Coordinatore: M. Nubile

- 11.00 **Il progetto di ricerca**
A. Fasolo
- 11.15 **La ricerca in laboratorio**
P. Tirassa
- 11.30 **La ricerca bibliografica**
S. Babighian
- 11.45 **L'analisi statistica dei risultati**
G.P. Paliaga
- 12.00 **Stesura del manuscript**
M. Nubile
- 12.15 **La scelta della rivista, le norme per gli autori e la risposta ai referee**
M. Serafino
- 12.30 **Discussione**

Sala Gialla 1

08.30-10.30 Corso 139

La cavità anoftalmica: fisiopatologia e chirurgia
Direttore: F. Quaranta Leoni
Istruttori: T. Hadjistilianou, A. Modugno, D. Surace

11.00-13.00 Corso 140

Quale IOL per quale paziente
Direttore: A. Mularoni
Istruttori: G. Tassinari, L. Porsia, G. Pirazzoli, D. Tognetto, G. Alessio

Sala Gialla 2

08.00-10.00 Corso F - Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente

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

11.00-13.00 Corso G - Corso Istituzionale SOI di Aggiornamento Permanente

Gestione dei glaucomi con gravi danni anatomofunzionali: principi e pratica clinica
Organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU
Direttore: C.E. Traverso
Istruttori: S. Miglior R. Carassa, M. Vetrugno, G. Marchini, P. Brusini, G.L. Manni

Sala Gialla 3

08.00-10.00 Corso 141

Traumatologia bulbare
Direttore: C. Forlini
Istruttori: M. Borgioli, E. Dal Fiume, G. Vecchione, G.P. Gini, P. Rossini

PROGRAMMA SCIENTIFICO

sabato 2 dicembre

Sala Gialla 3

10.30-11.30 SESSIONE 53 - Sessione di Comunicazioni su Orbita e Chirurgia plastica

Moderatori: F. Quaranta Leoni, P. Vassallo

- 10.30 **C76**
STENOSI LACRIMALI PRESACCALI - CHIRURGIA TRADIZIONALE
ED ENDOSCOPICA A CONFRONTO
P. De Liberato (Schio)
- 10.37 **C77**
DIAGNOSI PRECOCE DELLA NEUROTICOPATIA COMPRESSIVA (NOC) IN PAZIENTI
AFFETTI DA OFTALMOPATIA AUTOIMMUNE TIROIDEA (TAO)
G. Carnovale Scalzo, A. Labonia, A. Paola, V. Scorcìa, D. Bruzzichessi, G.B. Scorcìa,
G. Costante, G. Scorcìa (Catanzaro)
- 10.44 **C78**
STUDIO PRELIMINARE NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE ALTERAZIONI DELLA MOTILITÀ
OCULARE NELLA OFTALMOPATIA TIROIDEA AUTOIMMUNE (TAO)
G. Carnovale Scalzo, V. Scorcìa, D. Bruzzichessi, G.B. Scorcìa, A. Paola, L. Varano,
V. Pendino, S. Parise, G. Scorcìa (Catanzaro)
- 10.51 **C79**
RADIOCHIRURGIA STEREOTASSICA FRAZIONATA CON CYBERKNIFE NEL TRATTAMENTO
DEI TUMORI DELL'ORBITA E PERIORBITARI
L. Fariselli, C. Merlotti, L. Bianchi, L. Brait, M. Possanzini, I. Milanese, S. Bianchi Marzoli,
M. Giò, G. Broggi (Milano)
- 10.58 **C80**
FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI 20 PAZIENTI
AFFETTI DA LINFOMA CONGIUNTIVALE PRIMITIVO
P. Pichierri, E. Polito, A. Loffredo, A. Moramarco (Siena)
- 11.05-11.30 **Discussione**

Sala Gialla 3

12.00-13.00 Corso 142

Blefaroplastica inferiore semplice ed allargata: accorgimenti e segreti per una perfetta riuscita

Direttore: G. Davì

Istruttori: G. Aimino, M. Santella

Sala Bianca 1

08.30-09.30 Corso 143

Capire il nistagmo

Direttore: P. Nucci

Istruttore: M. Serafino

Il corso è riservato agli specializzandi e agli ortottisti ed è gratuito

10.00-12.00 Corso 144

Trattamenti funzionali ed estetici con tossina botulinica

Direttore: A. Di Maria

Istruttori: E. Campos, M. Fresina, C. Redaelli, R. Ricci

12.30-13.30 Corso 145

L'Ectopia Lentis nell'età pediatrica: timing chirurgico e tecniche di impianto

Direttore: G. Tassinari

Istruttori: P.F. Fiorini, S. Garuti, M. Nicoletti

Sala Bianca 2

08.00-10.30 SESSIONE 54 - Sessione di Comunicazioni su Cornea, Superficie oculare, Malattie degli annessi

Moderatori: M. Busin, C. Cagini, L. Fontana, M. Nubile, D. Ponzin, P. Troiano

- 08.00 **C81**
MICROSCOPIA CONFOCALE CORNEALE CON "Z-RING ADAPTER" VS PACHIMETRIA ULTRASONICA NELLA DETERMINAZIONE DELLO SPESSORE CORNEALE CENTRALE
A. Ghirlando, C. Gambato, E. Brugin, E. Moretto, E. Midena (Padova)
- 08.07 **C82**
CHERATOPLASTICA PERFORANTE AUTOMATIZZATA SENZA TRAPIANTO ENDOTELIALE NEGLI STADI AVANZATI DI CHERATOCONO
V. Scordia, S. Matteoni, M. Busin (Catanzaro, Forlì)
- 08.14 **C83**
VALUTAZIONE DELL'ASPETTO ESTETICO DELLA CICATRICE DA DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCR) PER VIA ESTERNA
S. Cavazza, G.L. Laffi, L. Lodi, G.L. Possati, S. Primitivo, G. Tassinari (Bologna)
- 08.21 **C84**
DOVE È L'ASSE. CHERATOCONO E ASSE DEL CILINDRO: TOPOABERROMETRIA VS TOPOGRAFIA
S. Baiocchi, C. Mazzotta, C. Simi, C. Sforzi, A. Caporossi (Siena)
- 08.28 **C85**
CORRELAZIONE TRA SPESSORE CENTRALE DEL LETTO RICEVENTE CON SENSIBILITÀ AL CONTRASTO ED ACUITÀ VISIVA DOPO CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA: STUDIO PRELIMINARE
E. Pedrotti, M. Passilongo, A. Sbabo, R. Frisina, G. Marchini (Verona)
- 08.35 **C86**
LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA (DALK) VERSUS CHERATOPLASTICA PERFORANTE (PKP) NEL CHERATOCONO. VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE DELL'ACUITÀ VISIVA E DELLA SENSIBILITÀ RETINICA AL CONTRASTO
G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari, A. Sincich (Bologna)
- 08.42 **C87**
CHERATOPLASTICA LAMELLARE CON LASER A FEMTOSECONDI: NOSTRA ESPERIENZA NEL CHERATOCONO
G. Perone, F. Incarbone (Saronno)
- 08.49 **C88**
L'UTILIZZO DELLA COLLA DI FIBRINA NELL'AUTOTRAPIANTO DI CONGIUNTIVA NELLA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO
L. Conti, V. Sarnicola, S. Tarquini (Grosseto)
- 08.56 **C89**
CHERATOPLASTICA LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA VERSUS CHERATOPLASTICA PENETRANTE NEL CHERATOCONO
V. Sarnicola, L. Conti, D. Ballerini, D. Gentile (Grosseto)
- 09.03 **C90**
MANIFESTAZIONI CORNEALI E CONGIUNTIVALI NELLA MALATTIA DI FABRY: STUDIO MICROSCOPICO IN VIVO
M. Nubile, M. Lanzini, T. Liberali, O. Costantino, P. Barile, L. Mastropasqua (Chieti)
- 09.10 **C91**
IL RIGETTO NELLA CHERATOPLASTICA LAMELLARE: NOSTRA ESPERIENZA
C. Monterosso, A. Zampini, E. Bohm (Mestre)
- 09.17 **C92**
DAB (DOUBLE AIR BUBBLE) IN DALK. STANDARDIZZAZIONE DI UNA TECNICA MANUAL
C. Forlini, S. Dolce, A. Aversano, P. Rossini (Ravenna)

PROGRAMMA SCIENTIFICO
sabato 2 dicembre

- 09.24 **C93**
SALDATURA CORNEALE LASER-ASSISTITA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA
L. Menabuoni, I. Lenzetti, F. Rossi, R. Pini (Prato, Firenze)
- 09.31 **C94**
APICE DEL CHERATOCONO: INDAGINE CON TOPOGRAFIA A RIFLESSIONE CSO E CON
TOMOGRAFIA CORNEALE A SCANSIONE ORBSCAN II
M. Lazzarotto, S. Baiocchi, A. Paradiso, A. Caporossi (Siena)
- 09.38 **C95**
CHERATOPLASTICA A FUNGO CON MINIMO TRAPIANTO ENDOTELIALE PER IL
TRATTAMENTO DELLE OPACITÀ CORNEALI A TUTTO SPESSORE
S. Matteoni, V. Scorcìa, M. Busin (Forlì, Catanzaro)
- 09.45-10.30 **Discussione**

Sala Bianca 2

11.30-13.30 **Corso 146**

Ambliopia: dalla diagnosi alla terapia

Direttore: M. Pedrotti

Istruttori: F. Lanzafame, D. Drago, E. Pedrotti, A. De Gregorio, S. D'Amelio

Sala K

08.30-13.00 Proiezione Video

elenco corsi istituzionali

direttore/i	titolo	giorno	ora	n.
CORNEA				
M. Busin, G. Marchini	Cornea	29/11	11.00 - 13.00	B
TUMORI OCULARI				
E. Midena	Oncologia Oculare	29/11	14.00 - 16.00	C
MEZZI DIAGNOSTICI				
N. Rosa	Semeiotica oculare	29/11	08.30 - 10.30	D
ORBITA E CHIRURGIA PLASTICA				
G. Bonavolontà	Oftalmoplastica: approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita	29/11	14.00 - 16.00	E
CONTATTOLOGIA MEDICA				
P. Troiano	Contattologia Medica	30/11	08.00 - 10.00	A
RETINA				
F. Camesasca	Retina	02/12	08.00 - 10.00	F
GLAUCOMA				
C.E. Traverso	Gestione dei glaucomi con gravi danni anatomo funzionali: principi e pratica clinica	02/12	11.00 - 13.00	G

CORSO A

Contattologia medica

Direttore: P. Troiano

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

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

CORSO B

Cornea

Organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttori: M. Busin, G. Marchini

Istruttori: A. Caporossi, L. Fontana, L. Mastropasqua, M. Nubile, D. Ponzin, P. Rama

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

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

CORSO C

Oncologia oculare

Direttore: E. Midena

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 D

Semeiotica oculare

Direttore: N. Rosa

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

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

CORSO E

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.

riassunti corsi istituzionali

Trattandosi, inoltre, di una branca di confine viene sottolineata l'importanza della collaborazione con gli specialisti affini: neurochirurgo, oncologo, radiologo e radioterapista, anatomo-patologo, che personalmente illustreranno il loro ruolo fondamentale nella costituzione di una equipe multidisciplinare di patologia orbitaria.

CORSO F

Retina

Direttore: F. Camesasca

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

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

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

CORSO G

Glaucoma

Gestione dei glaucomi con gravi danni anatomo funzionali: principi e pratica clinica

Organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttore: C.E. Traverso

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

Il tono oculare è l'unico fattore di rischio che nel glaucoma può essere ridotto dalla terapia. È però assodato che non tutti i pazienti sono egualmente sensibili allo stesso livello di tono, specialmente nei casi con gravi danni.




Verranno discussi i metodi di valutazione per impostare una gestione personalizzata nei casi con danni glaucomatosi particolarmente avanzati.



Angio-occlusione: Cambiare il decorso dell'AMD umida

IL MONDO E' BELLO > DA VEDERE

Visudyne®: trattamento di riferimento per una patologia con diverse componenti

Regressione della CNV con Visudyne®		
Azione selettiva	Angio-occlusione	Regressione della CNV
		
<ul style="list-style-type: none"> • Visudyne® si accumula selettivamente all'interno dei neovasi 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia con Visudyne® comporta l'occlusione selettiva della CNV, preservando il tessuto retinico sottostante 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia con Visudyne® e la conseguente occlusione della CNV aiuta a rallentare la progressione della patologia^{1,2}

Visudyne® rimodella la struttura della CNV mediante una selettiva e duratura angio-occlusione dei neovasi

Bibliografia: 1. Treatment of Age-Related Macular Degeneration With Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfin: two-year results of 2 randomized clinical trials—TAP report 2. Arch Ophthalmol. 2001;119:198-207. 2. Bressler NM, Arnold J, Benhaboune M, et al, for the Treatment of Age-Related Macular Degeneration With Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. Verteporfin therapy of subfoveal choroidal neovascularization in patients with age-related macular degeneration: additional information regarding baseline lesion composition's impact on vision outcomes—TAP report No. 3. Arch Ophthalmol. 2002;120:1443-1454.

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO. 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. Visudyn[®] 15 mg polvere per soluzione per infusione. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ciascun flaconcino contiene 15 mg di verteporfina. Dopo la ricostituzione, 1 ml contiene 2 mg di verteporfina. 7,5 ml di soluzione ricostituita contengono 15 mg di verteporfina. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Polvere per soluzione per infusione. Polvere di colore da verde scuro a nero. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche.** Visudyn[®] è indicato per il trattamento di pazienti affetti da degenerazione maculare senile con neovascolarizzazione coroideale subfoveale prevalentemente classica o con neovascolarizzazione coroideale subfoveale occulta con evidenza di recente o progressiva patologia (vedere paragrafo 5.1), o per pazienti affetti da neovascolarizzazione coroideale subfoveale (CNV) secondaria a miopia patologica. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Visudyn[®] deve essere usato solo da oculisti esperti nella gestione di pazienti affetti da degenerazione maculare senile o da miopia patologica. Adulti e anziani: La terapia con Visudyn[®] è un processo che si svolge in due fasi: La prima fase consiste in un'infusione endovenosa di Visudyn[®] della durata di 10 minuti alla dose di 6 mg/m² di superficie corporea, diluito in 30 ml di soluzione per infusione (vedere paragrafo 6.6). La seconda fase prevede l'attivazione di Visudyn[®] 15 minuti dopo l'inizio dell'infusione. Attraverso la luce rossa non termica (con lunghezza d'onda di 689 nm \pm 3 nm) generata da un laser a diodi attraverso un dispositivo a fibre ottiche montato su una lampada a fessura e una lente a contatto appropriata da applicare sulla superficie oculare. Si raccomanda un'intensità della luce pari a 600 mW/cm², per un periodo di 83 secondi per l'erogazione di una quantità di luce pari a 50 J/cm². La dimensione lineare massima della lesione neovascolare coroideale viene stimata effettuando un'angiografia con fluoresceina e una fotografia del fondo oculare. Si raccomanda un ingrandimento del fondus camera entro un range di 2,4-2,6X. La neovascolarizzazione, il sangue e/o l'area di blocco della fluorescenza dovrebbero essere coperte dallo "spot". Per assicurare il trattamento di lesioni con i bordi scarsamente delineati, dovrebbe essere considerato un margine di 500 μ m intorno alla lesione visibile. Il margine nasale dello "spot" deve essere situato ad almeno 200 μ m dal margine temporale del disco ottico. Le dimensioni massime dello "spot" utilizzato per il primo trattamento negli studi clinici erano di 6400 μ m. Per il trattamento delle lesioni di dimensioni superiori a quelle della massima copertura dello "spot", si raccomanda di illuminare l'area piu' estesa possibile della lesione attiva. E' importante seguire le suddette raccomandazioni per ottenere un risultato ottimale dal trattamento. I pazienti devono essere riesaminati ogni 3 mesi. Nell'eventualità di una CNV ricorrente, la terapia può essere ripetuta fino a 4 volte l'anno. **4.3 Controindicazioni.** Visudyn[®] è controindicato in pazienti affetti da porfiria o con ipersensibilità nota nei confronti della verteporfina o di uno o più eccipienti contenuti nel medicinale e in pazienti con grave insufficienza epatica. **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** La cute dei pazienti cui viene somministrato Visudyn[®] diventa fotosensibile durante le 48 ore successive al trattamento. Durante questo periodo, i pazienti devono evitare l'esposizione della cute non protetta, degli occhi o di altri organi dalla luce solare diretta o dalla luce artificiale intensa come quella delle lampade abbronzanti, delle lampade alogene, o delle lampade ad alta potenza delle sale operatorie o degli studi dentistici. L'esposizione prolungata alla luce emessa da dispositivi medici ad esempio gli ossimetri deve essere evitata per 48 ore dopo il trattamento con Visudyn[®]. Se i pazienti devono uscire alla luce del giorno nelle prime 48 ore successive al trattamento, devono proteggere la loro cute e i loro occhi indossando abiti protettivi e occhiali scuri. I filtri solari UV non sono efficaci nel proteggere dalle reazioni di fotosensibilità. La normale illuminazione da interni non crea alcun rischio. I pazienti non dovrebbero rimanere al buio, ma devono essere incoraggiati ad esporre la loro pelle alla luce da interni, poiché la stessa favorisce la rapida eliminazione del farmaco attraverso la pelle grazie ad un processo chiamato "fotoscolorimento". Il prodotto non dovrebbe essere somministrato in pazienti con disfunzione epatica moderata o ostruzione biliare, visto che non esistono sufficienti esperienze cliniche sull'uso del prodotto in questi pazienti. I pazienti che accusano questa riduzione dell'acuità visiva (intorno alle 4 linee o più) entro una settimana dal trattamento non dovrebbero più essere ritrattati, almeno finché la loro l'acuità visiva non torni al livello basale ed il medico abbia attentamente considerato i potenziali rischi e benefici derivanti da un ulteriore trattamento. Un eventuale stravasato di Visudyn[®], specialmente se l'area interessata è esposta alla luce, può provocare forte dolore, infiammazione, gonfiore, formazione di vesciche e una modificazione della pigmentazione cutanea a livello del sito d'iniezione. Il dolore può richiedere un trattamento analgesico. Se si dovesse verificare uno stravasato durante l'infusione è opportuno interrompere immediatamente il trattamento; proteggere completamente l'area interessata dalla luce diretta fintanto che la modificazione della pigmentazione cutanea ed il gonfiore scompaiono ed applicare un impacco freddo a livello del sito d'iniezione. Per evitare possibili stravasi, si deve istituire una linea EV assicurandosi che sia pervia prima di iniziare l'infusione con Visudyn[®] e tale linea va tenuta sotto controllo. Per l'infusione si deve scegliere la vena più grande del braccio, preferibilmente la vena anticubitale, evitando invece le vene piccole del dorso della mano. Sono state riportate reazioni di ipersensibilità, reazioni vaso-vagali che in rare occasioni possono essere gravi e dolore al petto. Le reazioni vaso-vagali e di ipersensibilità sono associate con sintomi generali, come sincope, sudorazione, vertigini, rash cutaneo, dispnea, rossore, variazioni della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca. I pazienti dovrebbero essere tenuti sotto controllo medico durante l'infusione. Non ci sono dati clinici sull'uso di Visudyn[®] in pazienti anestetizzati. Nei maiali anestetizzati o sedati, cui era stata somministrata una quantità di verteporfina per iniezione endovenosa veloce (bolo) ad una concentrazione significativamente superiore a quella raccomandata nei pazienti, si sono osservate gravi reazioni avverse emodinamiche compresa la morte, probabilmente causate dall'attivazione del complemento. Un pre-trattamento con difenidramina ha provocato una diminuzione di questi effetti suggerendo che l'istamina potrebbe avere un ruolo in questo processo. Questi effetti non sono stati osservati in maiali non sedati o in altre specie incluso l'uomo. La verteporfina ad una concentrazione plasmatica 5 volte superiore a quella massima prevista nei pazienti trattati, ha causato un abbassamento del livello di attivazione del complemento nel sangue umano in vitro. In studi clinici è stata riportata un'attivazione del complemento clinicamente non rilevante ma il rischio di reazioni anafilattiche dovute all'attivazione del complemento non può essere escluso. Durante l'infusione di Visudyn[®] i pazienti dovrebbero essere monitorati ed è opportuno prendere delle precauzioni se il trattamento con il Visudyn[®] richiedesse un'anestesia generale. Non sono disponibili studi clinici a supporto del trattamento contemporaneo dei 2 occhi. Nel caso in cui si ritenesse assolutamente necessario il trattamento del secondo occhio, il trattamento laser non dovrebbe essere effettuato oltre i 20 minuti dall'inizio dell'infusione. Non vi sono esperienze cliniche in pazienti affetti da malattia cardiaca instabile (classe III o IV) in pazienti affetti da ipertensione arteriosa incontrollata. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione.** Non sono stati condotti studi specifici sulle interazioni di farmaci nell'uomo. L'uso concomitante di altri agenti fotosensibilizzanti (ad es. tetracicline, sulfonammidi, fenotiazine, sulfonilurea, agenti ipoglicemizzanti, diuretici tiazidici e griseofulvina) potrebbe aumentare la reazione di fotosensibilizzazione. **4.6 Gravidanza ed allattamento.** Gravidanza. Non sono disponibili dati adeguati provenienti dall'uso della verteporfina in donne in gravidanza. L'uso della verteporfina ha mostrato effetti teratogenici in una specie (ratti)(vedere paragrafo 5.3). Il rischio potenziale per gli esseri umani non è noto. Visudyn[®] non deve essere usato durante la gravidanza, se non in caso di assoluta necessità (solo se il beneficio giustifica il potenziale rischio per il feto). Allattamento. S'ignora se la verteporfina venga escreta nel latte materno, se ne sconsiglia perciò l'uso durante l'allattamento, oppure l'allattamento deve essere interrotto per le 48 ore successive alla somministrazione. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchine.** In seguito al trattamento con Visudyn[®], i pazienti potrebbero manifestare dei disturbi visivi come una visione anormale, una riduzione dell'acuità visiva, o dei difetti al campo visivo che potrebbero interferire con la loro abilità a guidare veicoli o ad usare macchine. I pazienti non devono guidare veicoli né usare macchine per tutto il tempo per cui il sintomo persiste. **4.8 Effetti indesiderati.** Negli studi clinici, i seguenti eventi avversi sono stati considerati potenzialmente correlati alla terapia con Visudyn[®]. Effetti sull'occhio: Effetti comuni (1-10%): visione anormale quali offuscamento, annebbiamento, visione sfuocata o lampi di luce, riduzione dell'acuità visiva, difetti nel campo visivo quali aloni grigi o scuri, scotoma, macchie nere. In studi clinici di fase III controllati con placebo è stata riportata una grave diminuzione della visione, pari a 4 linee o più, entro 7 giorni dal trattamento, nel 2,1% dei pazienti trattati con verteporfina e in meno dell'1% in studi clinici non controllati. L'evento si è verificato principalmente in pazienti con CNV occulte (4,9%) o minimamente classiche in pazienti con AMD, mentre non è stato osservato nei pazienti trattati con placebo. Un recupero parziale della vista è stato osservato in alcuni pazienti. Effetti non comuni (0,1-1%): distacco della retina (non-rhegmatogeno), emorragie sottoretiniche/retiniche, emorragia vitreale. Effetti nel sito d'iniezione: Effetti comuni (1-10%): dolore, edema, infiammazione, stravasato. Effetti non comuni (0,1-1%): emorragia, modificazione pigmentazione cutanea e ipersensibilità. Effetti sistemici: Effetti comuni (1-10%): dolore alla schiena che si presenta durante l'infusione, nausea, reazione di fotosensibilità, astenia e ipercolesterolemia. Le reazioni di fotosensibilizzazione (nel 2,2% dei pazienti reclutati durante le sperimentazioni ed in meno dell'1% di quelli trattati con Visudyn[®]) si sono manifestate in forma di scottature solari dopo esposizione al sole entro le 24 ore dal trattamento. Tali reazioni possono essere evitate seguendo le istruzioni per la protezione dalla fotosensibilizzazione riportate nel paragrafo 4.4. L'alta incidenza del dolore alla schiena durante l'infusione osservata nel gruppo del Visudyn[®] non è stata associata ad emolisi o a reazione allergica e di solito questo dolore scompare alla fine dell'infusione. Effetti non comuni (0,1-1%): dolore, ipertensione, iperestesia, febbre. Rari effetti indesiderati sono stati riportati durante gli studi clinici (< 0,1%) o nel periodo post-marketing: Effetti sull'occhio: mancanza di perfusione nei vasi retinici o coroideali. Effetti sul sito di iniezione: formazione di vesciche. Effetti sistemici: sono stati riportati reazioni vaso-vagali e reazioni di ipersensibilità che in alcune occasioni possono essere gravi. I sintomi generali includono mal di testa, senso di malessere, sincope, sudorazione, vertigini, rash cutaneo, orticaria, prurito, dispnea, variazioni della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca. Correlati all'infusione: dolore alla schiena e al petto ma che può anche irradiarsi ad altre zone come la pelvi, le scapole o il torace. La maggior parte delle reazioni avverse è di lieve o moderata intensità e di natura transitoria. Le reazioni avverse indesiderate riportate nei pazienti con miopia patologica sono simili a quelle riportate per i pazienti affetti da AMD. **4.9 Sovradosaggio.** Non sono stati riportati casi di sovradosaggio. Il sovradosaggio di farmaco e/o d'irradiazione luminosa può provocare una perfusione non selettiva dei normali vasi retinici e può comportare una grave riduzione della vista. Un sovradosaggio può comportare un prolungamento del periodo durante il quale il paziente rimane fotosensibile. In questi casi il paziente dovrebbe prolungare il periodo durante il quale deve proteggere cute ed occhi dalla luce solare diretta e da quella in casa, per un periodo proporzionale all'entità del sovradosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria Farmacoterapeutica: agenti usati in terapia fotodinamica; ATC code L01 XD 02. La verteporfina, o monoacidi derivati della benzoporfirina (BPD-MA), consiste in una miscela 1:1 di regioisomeri BPD-MA_C e BPD-MA_D ugualmente attivi. Viene usata come farmaco attivato dalla luce (agente fotosensibilizzante). Di per sé la dose clinica consigliata di verteporfina non è citotossica. Essa produce agenti citotossici unicamente quando viene attivata dalla luce in presenza di ossigeno. Quando l'energia assorbita dalla porfirina viene trasferita all'ossigeno, si genera un ossigeno singoletto molto reattivo, seppur di breve durata. L'ossigeno singoletto può reagire direttamente con le proteine, i lipidi e gli acidi nucleici, creando prodotti che possono successivamente dare inizio alla produzione di radicali liberi che, a loro volta, portano all'auto-ossidazione e ad ulteriore danno cellulare. La selettività della terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina si basa, oltre che sull'esposizione localizzata alla luce, sull'uptake rapido e selettivo e sulla ritenzione della verteporfina da parte delle cellule endoteliali a rapida proliferazione della neovascolarizzazione coroideale. Degenerazione maculare senile con lesioni subfoveali prevalentemente classiche. Visudyn[®] è stato studiato in due studi multicentrici controllati, randomizzati, in doppio cieco verso placebo (BPD OCR 002 A e B). Negli studi sono stati arruolati in totale 609 pazienti (402 Visudyn[®] 207 placebo).

Scopo dello studio era di dimostrare l'efficacia a lungo termine e la sicurezza della terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina nel limitare la diminuzione di acuità visiva in pazienti con neovascolarizzazione subfoveale coroideale (CNV) dovuta a degenerazione maculare correlata all'età. La variabile primaria di efficacia era rappresentata dalla percentuale di responder, definita come la proporzione di pazienti che avevano perso meno di 15 lettere (pari a 3 linee) di acuità visiva (misurata con tavole ETDRS, rispetto ai valori iniziali, a 12 mesi dal trattamento. Per il trattamento si sono presi in considerazione i seguenti criteri di inclusione: pazienti sopra i 50 anni, presenza di CNV secondaria a degenerazione maculare senile, presenza delle componenti di lesione della CNV (definite come aree ben delimitate nel fluorangiogramma), zona di CNV classica e occulta $\geq 50\%$ della superficie totale della lesione, dimensione lineare massima dell'intera lesione ≤ 9 aree del disco secondo quanto definito dal macular photocoagulation study (MPS) ed un'acuità visiva al meglio della correzione compresa tra 34 e 73 lettere (ca. 20/40 e 20/200) nell'occhio trattato. Era ammessa la presenza di lesioni CNV occulte (fluorescenza non ben demarcata nell'angiogramma). I risultati indicano che, dopo 12 mesi, Visudyne® era statisticamente più efficace rispetto al placebo in termini di proporzione di pazienti che rispondeva al trattamento. Gli studi hanno dimostrato una differenza del 15% tra i gruppi di trattamento (61% per i pazienti trattati con Visudyne® rispetto al 46% dei pazienti trattati col placebo, $p < 0,001$). Tale effetto è stato confermato dall'osservazione effettuata a 24 mesi (53% Visudyne® contro il 38% del placebo, $p < 0,001$). Il sottogruppo di pazienti affetti da CNV prevalentemente classiche (No. = 243; Visudyne® 159, placebo 84) era quello che presentava un maggior beneficio dal trattamento. Dopo 12 mesi questi pazienti presentavano una differenza del 28% tra i gruppi di trattamento (67% per i pazienti che erano stati trattati con Visudyne® rispetto al 39% dei pazienti trattati con placebo, $p < 0,001$); i benefici sono stati mantenuti fino al controllo dei 24 mesi (59% contro 31%, $p < 0,001$). Esperienza dell'estensione dello studio TAP: In pazienti seguiti per oltre 24 mesi e trattati con Visudyne®, senza controllo, in aperto, quando necessario, i dati dell'estensione a lungo termine hanno dimostrato che la visione al 24° mese veniva mantenuta fino a 60 mesi. Nello studio TAP per tutti i tipi di lesione, la media dei trattamenti effettuati per anno è stata di 3,5 nel primo anno dopo la diagnosi e di 2,4 nel secondo nella fase randomizzata e controllata con placebo e di 1,3 nel terzo, 0,4 nel quarto e 0,1 nel quinto anno nella fase di estensione in aperto. Non si sono avuti ulteriori dati di sicurezza. Degenerazione maculare senile con lesioni occulte senza componente classica. Un altro studio randomizzato, controllato con placebo, in doppio cieco, multicentrico, della durata di 24 mesi (BPD OCR 003 AMD) è stato condotto in pazienti affetti da AMD con CNV subfoveale occulta senza componente classica, con un'acuità visiva >50 lettere 820/100) o con CNV con componente classica e un'acuità visiva >70 lettere (20/40). Lesioni con CNV subfoveali occulte senza componente classica mostravano presenza di sangue o una progressione della patologia nei 3 mesi precedenti alla randomizzazione. La progressione della patologia viene definita come una diminuzione documentabile di 6 o più lettere dell'acuità visiva corretta (tavole ETDRS) o un aumento di almeno il 10% della dimensione lineare massima della lesione documentata con fluorangiografia. In questo studio sono stati arruolati 339 pazienti (225 trattati con verteporfina, 114 con placebo). I parametri per l'efficacia sono stati gli stessi di quelli considerati nello studio BPD OCR 002 (vedere sopra). Dopo 12 mesi, non si è osservato alcun risultato statisticamente significativo per la variabile primaria di efficacia (percentuale di responder 49,3% verso il 45,6% $p = 0,517$). Dopo 24 mesi, è stata osservata una differenza significativa del 12,9% (46,2% versus 33,3%, $p = 0,023$) a favore del Visudyne®, rispetto al placebo. Un gruppo di pazienti affetti da lesioni occulte senza componente classica ($n = 258$), ha manifestato una differenza significativa del 13,7% a favore di Visudyne® rispetto al placebo (45,2% versus 31,53%, $p = 0,032$). Miopia patologica. È stato effettuato uno studio clinico (BPD OCR 003 PM) randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, controllato con placebo, in pazienti affetti da neovascolarizzazione coroideale subfoveale causata da miopia patologica. Sono stati arruolati 120 pazienti (81 trattati con Visudyne®, 39 con placebo). La posologia e i ritrattamenti sono stati gli stessi dei pazienti affetti da degenerazione maculare senile. Dopo 12 mesi di trattamento, per l'end-point di efficacia primaria (percentuale di pazienti che avevano perso meno di 3 linee di acuità visiva) c'è stato osservato un risultato migliore per il Visudyne® -86% rispetto al -67% del placebo, $p = 0,011$. La percentuale di pazienti che avevano perso meno di 1,5 linee era pari al 72% di quelli trattati con Visudyne® rispetto al 44% trattato con placebo ($p = 0,003$). Dopo 24 mesi, il 79% dei pazienti trattati con Visudyne® avevano perso meno di 3 linee di acuità visiva rispetto al 72% di quelli trattati con placebo ($p = 0,38$). La percentuale di pazienti che avevano perso meno di 1,5 linee era pari al 64% di quelli trattati con Visudyne® rispetto al 49% trattato con placebo ($p = 0,106$). Questo dato indica che l'efficacia clinica potrebbe diminuire nel tempo. Esperienza dell'estensione dello studio VIP-PM: In pazienti seguiti per oltre 24 mesi e trattati con Visudyne® senza controllo, in aperto quando necessario, i dati dell'estensione a lungo termine hanno dimostrato che la visione al 24° mese veniva mantenuta fino a 60 mesi. Nell'estensione dello studio VIP-PM per la miopia patologica, la media dei trattamenti effettuati per anno è stata di 3,5 nel primo anno dopo la diagnosi e di 1,8 nel secondo nella fase randomizzata e controllata con placebo e di 0,4 nel terzo, di 0,2 nel quarto e 0,1 nel quinto anno nella fase di estensione in aperto. Non si sono avuti ulteriori dati di sicurezza. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** Distribuzione. Il valore di C_{max} dopo un'infusione di 10 minuti di 6 e 12 mg/m² di superficie corporea nella popolazione campione è approssimativamente rispettivamente pari a 1,5 e 3,5 µg/ml. Questi valori sono un po' più elevati (26% per la dose proposta di 6 mg/m²) di quelli osservati in giovani volontari sani e possono portare ad un'esposizione maggiore. La rilevanza clinica di questa differenza legata all'età è scarsa, dato che la valutazione del rischio/beneficio determinata nella popolazione campione è favorevole. Per ogni dose di verteporfina somministrata, si è riscontrata una variazione massima della concentrazione plasmatica tra individui, a C_{max} (immediatamente dopo il termine dell'infusione) e al momento dell'irraggiamento luminoso, pari a 2 volte. I valori di C_{max} e dell'AUC di entrambi i regioisomeri risultavano proporzionali alla dose. I valori di C_{max} ottenuti al termine dell'infusione erano superiori per il regioisomero BPD-MA_D che non per BPD-MA_C. Il volume di distribuzione era pari a 0,5 l/kg. Legami con le proteine. Nel sangue umano, il 90% della verteporfina si lega con il plasma e il 10% con le cellule ematiche, di cui solo una piccola frazione si associa alle membrane. Nel plasma umano, il 90% della verteporfina è associata alle frazioni lipoproteiche plasmatiche e circa il 6% è associato all'albumina. Le cellule tumorali di topo e gli splenociti normali di topo incubati con verteporfina, presentavano una ritenzione del farmaco del 20-30%. Metabolismo. Il gruppo estere della verteporfina viene idrolizzato tramite il plasma e le esterasi epatiche con la conseguente formazione di derivato biacido di benzoporfirina (BPD-DA). Anche BPD-DA è fotosensibilizzante, tuttavia la sua esposizione sistemica è bassa (5-10% dell'esposizione della verteporfina, il che fa pensare che la maggior parte del farmaco venga eliminato immodificato). Studi in vitro non hanno dimostrato alcun significativo interessamento del metabolismo ossidativo da parte degli enzimi del citocromo P450. Eliminazione. I valori medi dell'emivita plasmatica erano di circa 5-6 ore per la verteporfina. I valori medi sottesi alla curva (AUC) per i soggetti con lieve insufficienza epatica erano fino a 1,4 volte superiori a quelli dei soggetti con funzione epatica normale. Questa differenza non ha significatività clinica e non richiede alcun adeguamento della dose nei pazienti con insufficienza epatica lieve. L'escrezione combinata di verteporfina e BPD-DA nell'urina umana era inferiore all'1%, indicando la presenza di escrezione biliare. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** In studi con dosi ripetute eseguito sui ratti e sui cani (una volta al dì senza luce per un periodo fino a 4 settimane), si sono osservate lievi emolisi extravascolari e risposte ematopoietiche con dosi superiori a circa 70 volte (nei ratti) e 32 volte (nei cani) rispetto (in base all'AUC) alla dose umana raccomandata. La somministrazione rapida di una dose pari 2,0 mg/kg di verteporfina alla velocità di 7 ml/minuto in maiali anestetizzati ha portato ad anomalie emodinamiche e, talvolta, a rapida morte verificatasi entro 2 minuti dalla somministrazione del farmaco. Simili effetti sono stati osservati in maiali sedati. Un pre-dosaggio con difenidramina ha ridotto questi effetti suggerendo che l'istamina possa avere un ruolo in questo processo. Questi parametri di dosaggio non avevano effetto sugli animali in stato di veglia. Non si sono rilevate variazioni né nei cani in stato di veglia né in quelli anestetizzati a dosi di verteporfina fino a 20 mg/kg alla velocità di circa 5 ml/minuto. Gli effetti potrebbero risultare da un'attivazione del complemento. La verteporfina ad una concentrazione plasmatica 5 volte superiore a quella massima attesa nei pazienti trattati, ha causato un abbassamento del livello di attivazione del complemento nel sangue umano in vitro. I livelli di tossicità oculare in conigli e scimmie normali, in particolare a livello della retina e della coroida, risultavano correlati alla dose del farmaco, della luce e alla durata dell'irraggiamento luminoso. Uno studio sulla tossicità retinica condotto su cani normali con la somministrazione endovenosa di verteporfina e con luce ambientale sull'occhio, non ha rilevato alcuna tossicità oculare trattamento-dipendente. In uno studio di embriotossicità feti di ratte gravide a cui erano state somministrate dosi all'incirca 67 volte superiori alla dose umana consigliata (basata sull'AUC) presentavano una maggiore incidenza di anoftalmia/microftalmia, costole ondulate ed alterazioni fetali. Non si riscontrava teratogenicità nei feti nati da femmine di coniglio che avevano ricevuto 67 volte la dose umana raccomandata. Nei test genotossici di routine, la verteporfina non risultava genotossica né in assenza né in presenza di luce. Si sono osservati effetti immunomodulatori nei topi. La fotoattivazione a livello dell'intero corpo nelle tre ore successive alla somministrazione della verteporfina, modificava in senso benefico il corso di diverse condizioni patologiche immunologicamente mediate e faceva diminuire le risposte immunitarie della pelle normale senza causare reattività cutanea o un'immunosoppressione aspecifica generalizzata. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Lattosio monoidrato, Fosfatidilglicerolo d'uovo, Dimiristoil fosfatidilcolina, Ascorbil palpitato, Idrossitoluene butilato (E321). **6.2 Incompatibilità.** Visudyne® precipita nelle soluzioni saline. Non utilizzare le comuni soluzioni saline o parenterali. In assenza di studi di incompatibilità, il medicinale non deve essere miscelato con altri prodotti eccetto quelli menzionati nel paragrafo 6.6. **6.3 Periodo di validità.** Periodo di validità in flaconcino sigillato: 4 anni. Periodo di validità del farmaco ricostituito e diluito: durante l'uso è stata dimostrata la stabilità chimico-fisica per 4 ore a 25°C. Da un punto di vista microbiologico il prodotto dovrebbe essere usato immediatamente. In caso contrario il tempo e le condizioni di conservazione prima dell'uso, sono sotto la responsabilità dell'operatore che dovrebbe normalmente usarlo al massimo entro 4 ore, tenendolo al di sotto dei 25°C ed al buio. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare a temperature non superiori ai 25°C. Conservare il flacone nella scatola per proteggerlo dalla luce. Dopo la ricostituzione e la diluizione: vedere paragrafo 6.3. **6.5 Natura e contenuto della confezione.** Polvere in flaconcino di vetro (tipo I), sigillato con tappo di gomma butile e capsula di chiusura in alluminio. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Ricostituire Visudyne® in 7,0 ml d'acqua per preparazioni iniettabili al fine di preparare 7,5 ml di una soluzione 2,0 mg/ml. Dopo la ricostituzione la soluzione di Visudyne® è opaca e di colore verde scuro. Si raccomanda di controllare visivamente la soluzione prima della somministrazione per evidenziare la presenza di eventuali residui o scolorimento. Diluire la quantità richiesta di soluzione di Visudyne® in glucosio per preparazioni iniettabili al 5% fino a raggiungere un volume finale di 30 ml per ottenere una dose di 6 mg/m² di superficie corporea (vedere paragrafo 4.2). Non usare una soluzione salina (vedere paragrafo 6.2). Si raccomanda l'impiego di un normale filtro da linea di infusione con membrana idrofila (per esempio polietilene) con un diametro dei pori non inferiore a 1,2 µm. Dopo l'uso la fiala e la rimanente soluzione ricostituita devono essere gettate. Nell'eventualità venga versato del preparato, raccoglierlo ed asciugare i residui con un panno umido. Evitare il contatto con gli occhi e con la pelle. Si raccomanda l'uso di guanti di gomma e di protezioni oculari. Tutti i materiali vanno smaltiti in modo adeguato. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Regno Unito. **8. NUMERO DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO COMUNITARIO DEI MEDICINALI.** EU/1/00/140/001. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Data della prima autorizzazione: 27 luglio 2000. Data del primo rinnovo: 04 luglio 2005. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** 04 Luglio 2005.

Prezzo massimo di cessione al SSN €. 1662,27
Classe H - OSP 1

elenco dei corsi monotematici

direttore	livello	titolo	giorno	ora	n.
CATARATTA					
G.L. Manni	base	La mia prima cataratta	29/11	08.30 - 10.30	104
G. Ravalico	avanzato	Nuove multifocali refrattive e diffrattive: come combinarle (MIX&MATCH), quale paziente per quale IOL?	29/11	13.30 - 15.30	109
A. Mularoni	base	Quale IOL per quale paziente	2/12	11.00 - 13.00	140
CHIRURGIA REFRAATTIVA					
M. Iori	intermedio	Conductive Keratoplasty (CK)	29/11	11.00 - 13.00	102
CHIRURGIA VITREORETINICA					
M. Nicoletti	intermedio	Chirurgia episclerale del distacco di retina regmatogeno nei casi particolari	29/11	11.00 - 13.00	105
M. Zemella	intermedio	Tecniche di scambio dei fluidi e di tamponamento in chirurgia vitreoretinica	1/12	08.00 - 09.00	131
G. Carlevaro	intermedio	Trattamento chirurgico e riabilitazione visiva dopo lussazione di nucleo o di IOL in camera vitrea	1/12	16.30 - 18.30	137
CORNEA, SUPERFICIE OCULARE, MALATTIE DEGLI ANNESSI					
L. Mastropasqua	intermedio	La chirurgia corneale con laser a femtosecondi	29/11	13.30 - 15.30	106
V. Sarnicola	avanzato	La cheratoplastica anteriore lamellare profonda descemetica e pre-descemetica (DALK)	30/11	08.00 - 10.00	116
L. Conti	base	Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche	30/11	14.00 - 16.00	117
M. Busin	base	Cornea Clinic Interattiva	1/12	08.00 - 10.00	123
GLAUCOMA					
G. Ghirelli	intermedio	La trabeculectomia	30/11	14.00 - 15.00	115
R. Altafini	base	Perimetria non convenzionale: FDT e SWAP	1/12	08.00 - 09.00	121
T. Rolle	base	OCT3 e glaucoma: studio della papilla ottica	1/12	09.30 - 10.30	132
C.E. Traverso	base	Impianti drenanti Ex-press per il glaucoma primario ad angolo aperto	1/12	11.00 - 12.00	129
G.L. Scuderi	base	Gestione postoperatoria degli interventi filtranti antiglaucomatosi	1/12	16.30 - 17.30	124
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA, STRABISMO					
M. Fortunato	base	Corso pratico di oftalmologia pediatrica	1/12	16.30 - 18.30	134
M. Pedrotti	base	Ambliopia: dalla diagnosi alla terapia	2/12	11.30 - 13.30	146
G. Tassinari	intermedio	L'Ectopia Lentis nell'età pediatrica: timing chirurgico e tecniche di impianto	2/12	12.30 - 13.30	145
ORBITA, CHIRURGIA PLASTICA					
F. Bernardini	base	Chirurgia palpebrale mini-invasiva fatta facile	1/12	14.00 - 16.00	130
F. Quaranta Leoni	intermedio	La cavità anoftalmica: fisiopatologia e chirurgia	2/12	08.30 - 10.30	139

elenco dei corsi monotematici

direttore	livello	titolo	giorno	ora	n.
P. Nucci	base	Capire il nistagmo	2/12	08.30 - 09.30	143
G. Davì	base	Blefaroplastica inferiore semplice ed allargata: accorgimenti e segreti per una perfetta riuscita	2/12	12.00 - 13.00	142

RETINA MEDICA

G. Lo Giudice	base	La diagnostica strumentale nelle patologie della regione maculare: fluorangiografia VS OCT	29/11	08.30 - 10.30	101
L. Pierro	base	OCT/SLO guida all'interpretazione di una nuova tecnica diagnostica retinica	29/11	11.00 - 13.00	107
R. Lattanzio	intermedio	La retinopatia diabetica: up-date su cosa fare e quando	29/11	13.30 - 15.30	103
E. Midena	avanzato	Edema maculare diabetico: strategie terapeutiche	30/11	08.00 - 10.00	112
F. Spedale	base	Angiografie retiniche	30/11	16.30 - 18.30	120
U. Menchini	avanzato	L'oculista nell'azienda ospedaliera. Opinioni a confronto	30/11	16.45 - 18.45	110
E. Pilotto	avanzato	La diagnostica morfo-funzionale integrata nelle maculopatie	1/12	08.00 - 10.00	125
U. Menchini	base	AMD neovascolare: un approccio mirato a un problema globale	1/12	13.30 - 16.00	122
A. Giovannini	avanzato	Bevacizumab (Avastin®) in oftalmologia	1/12	16.30 - 18.30	127
R. Lattanzio	intermedio	Occlusione della vena centrale della retina: fattori di rischio, diagnosi e trattamento	2/12	11.00 - 12.00	138

TRAUMATOLOGIA OCULARE

P.E. Gallenga	intermedio	Traumatologia orbitaria	1/12	14.00 - 16.00	133
C. Forlini	intermedio	Traumatologia bulbare	2/12	08.00 - 10.00	141

UVEITI

A. Giovannini	avanzato	Uveiti: up-date clinico e terapeutico	1/12	10.30 - 12.30	136
---------------	----------	--	------	---------------	------------

ALTRO

M. Fortunato	base	Stato dell'arte nell'impiego di IOL bi-multifocali ed accomodative: confronto tra esperti	30/11	14.00 - 16.00	113
P. Vinciguerra	base	Il mio paziente non ci vede... non capisco perché! Come determinare le cause di ipovisione apparentemente inesplicabile	30/11	14.00 - 16.00	119
A. Montericcio	base	La chirurgia dello pteriglio	30/11	16.30 - 18.30	114
G.L. Possati	base	Basi di topografia corneale	30/11	16.30 - 18.30	118
L. Mastropasqua	intermedio	Diagnostica per immagini del segmento anteriore con Visante OCT	1/12	08.00 - 10.00	128
U. Menchini	base	Cosa è e come si applica la medicina basata sulle evidenze?	1/12	08.00 - 10.00	135
F. Simonelli	base	Le facomatosi: diagnosi e gestione	1/12	14.00 - 16.00	126
M. Cusani	base	Corso di psicosomatica in oftalmologia	1/12	14.00 - 16.00	147
A. Di Maria	intermedio	Trattamenti funzionali ed estetici con tossina botulinica	2/12	10.00 - 12.00	144

Systemane[®]



UNICO EFFETTO COLLATERALE: AMNESIA

**RICORDA
SYSTEMANE
DIMENTICA
L'OCCHIO SECCO**



Alcon[®]
ITALIA

riassunti dei corsi monotematici

CORSO 101

La diagnostica strumentale nelle patologie della regione maculare: fluorangiografia VS OCT

Direttore: G. Lo Giudice

Istruttori: E. Pilotto, M. Gismondi

Sinossi: Classificazione, descrizione e interpretazione dell'esame angiografico patologico. Interpretazione e corretto inquadramento clinico delle patologie maculari mediante OCT. Utilizzo e confronto dell'esame angiografico VS OCT nella gestione del follow-up post-trattamento.

Obiettivo: Fornire le conoscenze per l'interpretazione dell'esame angiografico patologico della regione maculare e correlazione clinica con OCT.

CORSO 102

Conductive Keratoplasty (CK)

Direttore: M. Iori

Istruttori: M. Piovella, A. Mocellin, G. Grieco

Sinossi: Dopo una breve presentazione della metodica, verranno presentati ai colleghi i dati della letteratura in merito all'esperienza internazionale con la CK, quindi verranno esposti i dati dell'esperienza diretta degli istruttori. Si passerà a esporre e discutere singoli casi clinici con simulazioni ed esercizi a gruppi coordinati dagli istruttori.

Obiettivo: Fornire ai colleghi nozioni importanti per iniziare la metodica e consigli per affinare la propria tecnica. Il corso vuole anche essere un'occasione di confronto tra esperienze diverse.

CORSO 103

La retinopatia diabetica: up-date su cosa fare e quando

Direttore: R. Lattanzio

Istruttori: G. Maestranzi, M. Codenotti

Sinossi: Schemi, iconografia e video riguardanti casi clinici di retinopatia diabetica.

Obiettivo: Messa a punto di linee guida per gestire il paziente affetto da retinopatia diabetica, individuando le tecniche diagnostiche corrette a cui sottoporre il paziente, la successiva interpretazione degli esami eseguiti e il corretto timing dei trattamenti da consigliare.

CORSO 104

La mia prima cataratta

Direttore: G.L. Manni

Istruttori: G. Cupo, F. Oddone, L. Toto, L. Agnifili, M. Centofanti

Sinossi: Verranno presentate e discusse le più comuni difficoltà unitamente alle complicanze e le tecniche di prevenzione/gestione che caratterizzano i primi interventi di facoemulsificazione corredati da materiale video/fotografico.

Obiettivo: Fornire una panoramica delle più frequenti difficoltà e complicanze delle varie fasi operatorie tipiche dei primi interventi di facoemulsificazione e suggerire le tecniche più appropriate per la loro gestione.

CORSO 105

Chirurgia episclerale del distacco di retina regmatogeno nei casi particolari

Direttore: M. Nicoletti

Istruttori: R. De Fazio, S. Garuti, F. Lazzaroni, T. Rossi, G. Tassinari

Sinossi: Si propone l'analisi della gestione chirurgica episclerale del distacco di retina regmatogeno in casi clinici particolari, con ampia documentazione fotografica.

Obiettivo: I partecipanti acquisiranno capacità di valutazione e gestione del paziente con distacco di retina regmatogeno nei casi complessi.

CORSO 106

La chirurgia corneale con laser a femtosecondi

Direttore: L. Mastropasqua

Istruttori: L. Buratto, G. Perone, M. Nubile

Sinossi: Il corso prevede la presentazione, basata sulla evidence-based medicine, delle principali indicazioni, delle tecniche operatorie, delle differenze rispetto alla chirurgia tradizionale e dei potenziali vantaggi derivati dalla chirurgia corneale mediante laser a femtosecondi.

Obiettivo: I partecipanti potranno acquisire le principali nozioni relative alla chirurgia con laser a femtosecondi nel campo della chirurgia refrattiva (LASIK), chirurgia con ICR (Intracorneal Ring Segments), Incisioni arcuate, cheratoplastica lamellare profonda (DLKP), cheratoplastica lamellare endoteliale (DLEK), cheratoplastica perforante (PK).

CORSO 107 OCT/SLO guida all'interpretazione di una nuova tecnica diagnostica retinica

Direttore: L. Pierro

Istruttori: S. Di Simplicio, L. Idone

Sinossi: L'OCT/SLO, nuova tecnica diagnostica, combina immagini confocali SLO con sezioni OCT, con una corrispondenza pixel to pixel. Esegue inoltre scansioni coronali (C-Scan) e longitudinali (B-scan) della regione maculare.

Obiettivo: Illustrare l'utilizzo dell'OCT/SLO, guidare all'interpretazione delle immagini di retina normale e patologica.

CORSO 109 Nuove multifocali refrattive e diffrattive: come combinarle (MIX&MATCH), quale paziente per quale IOL?

Direttore: G. Ravalico

Istruttori: G. Alessio, G. Beltrame, G.M. Cavallini, S. Cillino, P. Giardini, N. Hauranieh, R. Mencucci, S. Rossi, P. Vinciguerra

Sinossi: Il corso tratterà le novità sulle lenti multifocali soprattutto riguardo la scelta della IOL appropriata per ogni paziente.

Obiettivo: Fornire le caratteristiche tecniche delle nuove IOL multifocali refrattive e diffrattive, il loro principio di funzionamento e la scelta delle lenti opportune in base a: esigenze lavorative e di vita quotidiana, pupilla, vizio refrattivo preesistente. Fornire principi e suggerimenti per la combinazione di IOL diverse.

CORSO 110 L'oculista nell'azienda ospedaliera. Opinioni a confronto

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Bandello, S. Brusaferrò, P. Conti, G. Guarnaccia, M. Tosolini, P. Lanzetta, S. Macrì, G. Pirazzoli, G. Virgili

La prestazione sanitaria, intesa come atto diagnostico o terapeutico rivolto al paziente che vede coinvolti gli operatori sanitari, si inserisce in un sistema complesso che coinvolge numerosi attori e portatori di diversi interessi. La presa di coscienza da parte della classe medica oftalmologica che questo sistema condiziona la qualità dell'assistenza è parziale. Il corso si propone di informare su alcuni aspetti generali e su specifiche problematiche tecniche relative al management sanitario.

CORSO 112 Edema maculare diabetico: strategie terapeutiche

Direttore: E. Midena

Istruttori: F. Bandello, G. Pertile, E. Pilotto, S. Vujosevic

Sinossi: Trattamenti laser a minor impatto funzionale, nuovi farmaci e sviluppo di tecniche chirurgiche hanno determinato una vasta scelta di possibilità e strategie terapeutiche nella gestione dell'edema maculare diabetico.

Obiettivo: Attraverso una dettagliata conoscenza della clinica e dei risultati terapeutici finora ottenuti sarà più corretto scegliere il miglior trattamento dell'edema maculare diabetico.

CORSO 113 Stato dell'arte nell'impiego di IOL bi-multifocali ed accomodative: confronto tra esperti

Direttore: M. Fortunato

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

Sinossi: Il corso è utile per confrontare le varie esperienze italiane ed internazionali su IOL bi-multifocali e IOL accomodative.

Obiettivo: L'uso di IOL bi-multifocali di II generazione ha ridotto gli inconvenienti dovuti alla mancanza di accomodazione secondaria all'estrazione della cataratta e migliorata la qualità della vita dei pazienti. Gli Autori illustrano l'impiego di tutte le IOL bi-multifocali impiantate in vari centri internazionali, oltre 1000, con un follow up da 5 a 17 anni. Le qualità delle nuove IOL vengono confrontate con le altre IOL già esistenti. Vengono, inoltre, presentate le esperienze riguardanti l'uso di IOL accomodative e confrontate con le IOL bi-multifocali di ultima generazione.

riassunti dei corsi monotematici

CORSO 114 **La chirurgia dello pterigio**

Direttore: A. Montericcio
Istruttori: V. Sarnicola, L. Conti

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

CORSO 115 **La trabeculectomia**

Direttore: G. Ghirelli
Istruttore: A. Bardocci

Sinossi: Il corso esporrà la corretta gestione delle fasi cliniche e chirurgiche inerenti la trabeculectomia (dall'indicazione chirurgica alla gestione delle complicanze).
Obiettivo: Nel corso della esposizione delle varie fasi che compongono il percorso da seguire per un corretto approccio alla trabeculectomia i partecipanti potranno approfondire e confrontare le loro esperienze cliniche e chirurgiche. Saranno inoltre proiettati dei video per analizzare i vantaggi delle modifiche apportate alla tecnica chirurgica tradizionale.

CORSO 116 **La cheratoplastica anteriore lamellare profonda descemetica e pre-descemetica (DALK)**

Direttore: V. Sarnicola
Istruttori: L. Conti, L. Fontana, A. Montericcio

Sinossi: Illustrare le tecniche chirurgiche (dissezione manuale, idrodissezione, viscodissezione, tecnica big-bubble) di cheratoplastica lamellare anteriore profonda, i trucchi, i risultati comparati con la chirurgia penetrante.
Obiettivo: Incoraggiare i chirurghi ad utilizzare questa tecnica, verificandone i vantaggi ed i risultati.

CORSO 117 **Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche**

Direttore: L. Conti
Istruttore: V. Sarnicola

Sinossi: Illustrare le tecniche chirurgiche di autotrapianto limbare, di allo trapianto nonché le problematiche connesse alla selezione del paziente, alla selezione del donatore, alla gestione di eventuali complicanze e alla terapia post-operatoria.
Obiettivo: Avvicinare i medici oculisti che già possiedono chiaramente i concetti base di fisiopatologia della superficie oculare alla chirurgia limbare.

CORSO 118 **Basi di topografia corneale**

Direttore: G.L. Possati
Istruttori: E. Cantera, G. Alessio, G. La Tegola, A. Mularoni

Sinossi: Si propone l'analisi della cornea e delle sue patologie attraverso l'utilizzo degli attuali topografi corneali.
Obiettivo: Con la partecipazione attiva nel percorso logico che porta alla diagnosi dei casi clinici presentati, i partecipanti acquisiranno nozioni necessarie all'inquadramento generale delle patologie corneali studiabili con tale metodologia.

CORSO 119 **Il mio paziente non ci vede... e non capisco perché! Come determinare le cause di ipovisus apparentemente inesplicabile**

Direttore: P. Vinciguerra
Istruttori: F. Camesasca, L. Mastropasqua

Sinossi: Il corso presenterà un approccio sistematizzato, anatomico e patofisiologico, alle cause di ipovisus misconosciute, multiple o di difficile identificazione.
Obiettivo: Fornire ai partecipanti uno schema logico da adottare durante la visita e la scelta degli esami strumentali nei pazienti con ipovisus con eziologia di apparente difficile determinazione.

CORSO 120 Angiografie retiniche

Organizzato in collaborazione e con il patrocinio della SOU

Direttore: F. Spedale

Istruttori: G. Staurenghi, F. Bottoni, F. Viola

Il corso ha lo scopo di dare le basi per l'esecuzione e l'interpretazione delle angiografie retiniche. Si dividerà in due parti: una parte teorica della durata di 30 minuti con lezioni sulle retinografie aneritre, sulle retinografie con luce infrarossa, le immagini autofluorescenti e le angiografie con fluoresceina sodica e verde di indocianina. La seconda parte, che durerà 90 minuti, consisterà in una simulazione pratica di una seduta angiografica. Tre gruppi di specializzandi esamineranno una serie di casi angiografici con il docente. Sarà richiesto durante la discussione dei singoli casi l'intervento diretto degli specializzandi.

CORSO 121 Perimetria non convenzionale: FDT e SWAP

Direttore: R. Altafini

Istruttori: G.L. Laffi, M. Iester, A. Perdicchi

Sinossi: Il corso spiegherà modalità di funzionamento della perimetria non convenzionale con particolare riguardo a FDT e suo confronto con SAP e SWAP.
Obiettivo: Lo scopo del corso è di dare conoscenze teoriche e pratiche sull'utilizzo di questa modalità di perimetria non convenzionale nell'otticopatologia glaucomatosa con ampio ricorso ad esempi clinici e confronto con perimetria WW (SAP) e perimetria B-Y (SWAP).

CORSO 122 AMD neovascolare: un approccio mirato a un problema globale

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Bandello, F. Boscia, U. Intorini, M. Varano, G. Virgili, P. Lanzetta

Il corso si pone l'obiettivo di fornire un aggiornamento sulla fisiopatologia, le moderne tecniche di diagnostica e le novità terapeutiche dell'AMD Neovascolare. Sebbene i meccanismi che sottendono la patogenesi della neovascolarizzazione coroideale (CNV) non siano ancora completamente noti, vi sono sufficienti evidenze scientifiche che individuano nello sbilanciamento tra gli svariati fattori di crescita lo stimolo iniziale per la crescita dei neovasi coroideali ed è ormai certo che l'aumentata espressione del VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) costituisce lo stimolo più importante per la neoangiogenesi.

CORSO 123 Cornea Clinic interattiva

Direttore: M. Busin

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

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

CORSO 124 Gestione postoperatoria degli interventi filtranti antiglaucomatosi

Direttore: G. Scuderi

Istruttori: F. Guglielmelli, A. Perdicchi

Sinossi: Relazioni corredate da immagini fotografiche di quadri clinici e videoregistrazioni delle tecniche illustrate.

Obiettivo: Scopo del corso è preparare l'oftalmologo non chirurgo alla gestione del decorso postoperatorio di pazienti glaucomatosi sottoposti ad intervento filtrante. Vengono presentati gli esami diagnostici necessari cui sottoporre i pazienti e le eventuali manovre e tecniche semeiologiche da effettuare ed il loro timing. Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di gestire autonomamente il paziente loro affidato ed eventualmente rinviarlo in modo tempestivo al chirurgo qualora le condizioni cliniche lo richiedano. Tale obiettivo potrà essere valutato attraverso la compilazione di un questionario a scelte multiple a fine corso.

riassunti dei corsi monotematici

CORSO 125 La diagnostica morfo-funzionale integrata nelle maculopatie

Direttore: E. Pilotto

Istruttori: E. Midena, M. Battaglia Parodi, C. Scassa, S. Vujosevic

L'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche che permettono una valutazione accurata della morfologia ed una dettagliata analisi funzionale della regione maculare ha consentito una nuova ed interessante valutazione semeiologica della regione maculare. Scopo del corso è quello di analizzare un nuovo approccio integrato morfo-funzionale nelle maculopatie.

CORSO 126 Le facomatosi: diagnosi e gestione

Direttore: F. Simonelli

Istruttori: M.P. Manitto, R. Lattanzio, E. Martina, S. Bianchi Marzoli, A. Sodi

Sinossi: Nel corso verranno trattati gli aspetti clinici (sistemici e oftalmologici) e le possibilità terapeutiche delle facomatosi.

Obiettivo: Preparare i partecipanti alla valutazione ed all'inquadramento multidisciplinare ed alla gestione delle facomatosi che possono presentarsi all'attenzione dell'oculista.

CORSO 127 Bevacizumab (Avastin®) in oftalmologia

Direttore: A. Giovannini

Istruttori: P.G. Neri, S. Salvolini, F. Bandello, F. Cardillo Piccolino, C. Mariotti

Sinossi: Il corso mira a trattare le indicazioni di principale valore nell'utilizzo del bevacizumab per via intravitreale.

Obiettivo: Fornire sia concetti di base, quali preparazione del farmaco e caratteristiche immuno-chimiche, sia temi avanzati, quali le patologie dove esso possa maggiormente garantire risultati soddisfacenti e potenzialità per future estensioni di indicazione.

CORSO 128 Diagnostica per immagini del segmento anteriore con Visante OCT

Direttore: L. Mastropasqua

Istruttori: P. Carpineto, M. Ciancaglini, M. Nubile, L. Toto, L. Buratto

Sinossi: Il corso prevede la presentazione, basata sulla evidence-based medicine, delle principali applicazioni cliniche della diagnostica per immagini mediante OCT Visante del segmento anteriore nel campo delle patologie corneali, dell'angolo irido-corneale, dell'impianto di IOL fache, della chirurgia della cornea, del glaucoma e vitreo-retinica.

Obiettivo: I partecipanti potranno acquisire le principali nozioni relative alle indicazioni cliniche, all'interpretazione diagnostica, ed all'utilità nella gestione clinica dei pazienti sottoposti ad esame con tomografia a coerenza ottica del segmento anteriore, nelle varie patologie e nel follow-up delle principali tecniche chirurgiche.

CORSO 129 Impianti drenanti Ex-press per il glaucoma primario ad angolo aperto

Direttore: C.E. Traverso

Istruttori: G. Marchini, F. De Feo

Obiettivo del corso è illustrare le tecniche e i risultati ottenibili con l'utilizzo degli impianti drenanti miniaturizzati tipo Ex-press per la chirurgia filtrante del glaucoma primario ad angolo aperto. Verranno discussi premesse teoriche, evidenza scientifica pubblicata, indicazioni tecniche, complicazioni e risultati, utilizzando anche brevi filmati.

Il corso è destinato ad oftalmologi con buon addestramento microchirurgico, interessati ad applicare queste tecniche.

CORSO 130 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 131 Tecniche di scambio dei fluidi e di tamponamento in chirurgia vitreoretinica

Direttore: M. Zemella

Istruttori: E. Cappello, L. Tollot

Sinossi: Il corso tratterà delle tecniche di chirurgia vitreoretinica, con particolare riferimento all'endodrenaggio, agli scambi di fluidi e al tamponamento interno.

Obiettivo: Attraverso premesse teoriche e con ausili audiovisivi i partecipanti verranno attivamente coinvolti nella pianificazione preoperatoria e nella gestione intraoperatoria di casi di chirurgia vitreoretinica. Particolare attenzione verrà posta sulle recenti innovazioni tecnologiche quali i sistemi panoramici e l'infusione illuminata.

CORSO 132 OCT3 e glaucoma: studio della papilla ottica

Direttore: T. Rolle

Istruttori: B. Brogliatti, B. Roagna, F. Tofani, V.M. Russo

Sinossi: Il corso si propone di illustrare il programma di studio della papilla ottica fornito dall'OCT3 evidenziandone le caratteristiche tecniche anche in confronto con altre metodiche.

Obiettivo: Fornire ai partecipanti informazioni adeguate per l'interpretazione dei dati OCT e per un corretto utilizzo dell'esame nella loro pratica clinica.

CORSO 133 Traumatologia orbitaria

Direttore: P.E. Gallenga

Istruttori: D. Weil, L. Colangelo, R. Ebner

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 134 Corso pratico di oftalmologia pediatrica

Direttore: M. Fortunato

Supersperti: P. Vadalà, P. Capozzi

Istruttori: R. Maggi, A. Menna, C. Massaro, A. De Pino, L. Gravina, E. Melina, S. Ignagni, G. Di Marzio

Coordinatori: I. Memmi, R. Di Pietro, L. Specchia, G.F. Villani

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

Obiettivo: Gli AA. propongono una serie di nozioni pratiche per permettere ad un oculista di approcciare nel modo più semplice un paziente pediatrico ed i relativi genitori.

Il corso si propone di chiarire in maniera interattiva alcuni argomenti

frequentemente presenti nella gestione di un paziente pediatrico. Ad esempio:

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

CORSO 135 Cosa è e come si applica la medicina basata sulle evidenze?

Direttore: U. Menchini

Istruttori: F. Bandello, F. Boscia, F. Giansanti, G. Virgili, G. Staurenghi, P. Lanzetta

Sinossi: Il corso introduce gli strumenti fondamentali necessari alla ricerca e alla valutazione critica della letteratura medica. L'insegnamento della medicina basata sulle evidenze assume importanza crescente nella formazione medica, allo scopo di orientare la pratica clinica. Il corso adotta lo schema didattico proposto da un noto test introduttivo alla EBM, per avvicinare i partecipanti ai quesiti fondamentali da porsi di fronte ad articoli scientifici sui principali problemi di decisione medica, inclusa non solo la terapia, ma anche la prognosi, la diagnosi ed altri aspetti.

Obiettivo: La struttura didattica è basata su un testo introduttivo alla EBM.

CORSO 136 Uveiti: up-date clinico e terapeutico

Direttore: A. Giovannini

Istruttori: F. Cardillo Piccolino, P.G. Neri, L. Cimino, L. Fontana, L. Cappuccini, C. Mariotti, G. Tassinari

Sinossi: Il corso mira ad approfondire problematiche di maggior rilievo nella gestione della patologia uveitica attraverso relazioni su tema preordinato.

Obiettivo: Fornire le basi per una miglior comprensione e gestione sia delle procedure diagnostiche, sia delle metodiche terapeutiche più innovative nei confronti delle uveiti infettive e non infettive.

CORSO 137 Trattamento chirurgico e riabilitazione visiva dopo lussazione di nucleo o di IOL in camera vitrea

Direttore: G. Carlevaro

Istruttori: C. Forlini, M. Borgioli

Sinossi: Il corso illustrerà le principali tecniche chirurgiche utilizzate in caso di lussazione di nucleo catarattoso o di lente intraoculare in camera vitrea mediante la presentazione di filmati.

Obiettivo: Fornire ai partecipanti gli strumenti per poter gestire in autonomia le problematiche legate alla lussazione in camera vitrea di nucleo o IOL.

CORSO 138 Occlusione della vena centrale della retina: fattori di rischio, diagnosi, trattamento

Direttore: R. Lattanzio

Istruttori: A. D'Angelo, G. Maestranzi, M. Codenotti

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

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

CORSO 139 La cavità anoftalmica: fisiopatologia e chirurgia

Direttore: F. Quaranta Leoni

Istruttori: T. Hadjistilianou, A. Modugno, D. Surace

Sinossi: Scopo del corso è quello di illustrare le novità in tema di fisiopatologia e chirurgia della cavità anoftalmica. La post enucleation socket syndrome è il risultato di una modificazione della cavità orbitaria a seguito di un intervento di enucleazione, che si osserva più frequentemente nei pazienti in cui non viene impiantata una endoprotesi al momento dell'intervento di enucleazione.

Obiettivo: Attraverso il percorso logico che parte dalla descrizione della patogenesi della sindrome e l'illustrazione dei principi chirurgici per la correzione del deficit volumetrico e delle malposizioni palpebrali nei pazienti portatori di protesi, i partecipanti saranno in grado alla fine del corso di programmare l'approccio terapeutico più idoneo in un paziente anoftalmico.

CORSO 140 Quale IOL per quale paziente

Direttore: A. Mularoni

Istruttori: G. Tassinari, L. Porsia, G. Pirazzoli, D. Tognetto, G. Alessio

Sinossi: Il corso presenterà le caratteristiche del paziente e/o dell'occhio da impiantare dopo facoemulsificazione, che rendono indicata la scelta di una IOL per il suo materiale, disegno o altra proprietà.

Obiettivo: Fornire indicazioni sulla scelta delle IOL da impiantare sulla base delle caratteristiche dell'occhio e/o del paziente operando di cataratta.

CORSO 141 Traumatologia bulbare

Direttore: C. Forlini

Istruttori: M. Borgioli, E. Dal Fiume, G. Vecchione, G.P. Gini, P. Rossini

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

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

CORSO 142 **Blefaroplastica inferiore semplice ed allargata: accorgimenti e segreti per una perfetta riuscita**

Direttore: G. Davì

Istruttori: G. Aimino, M. Santella

Sinossi: Il corso tratterà della chirurgia delle blefaroplastiche inferiori mediante tecniche tradizionali (transcongiuntivale e transcutanea) e casi di blefaroplastica inferiore allargata che coinvolge anche la regione malare.

Obiettivo: Il corso si propone di illustrare le tecniche innovative della chirurgia della blefaroplastica inferiore che mira a interessare una larga parte del volto al fine di migliorare il risultato estetico finale e prevenire eventuali complicanze.

CORSO 143 **Capire il nistagmo**

Direttore: P. Nucci

Istruttore: M. Serafino

Sinossi: Il corso si propone di offrire informazioni aggiornate sulle teorie patogenetiche del nistagmo, e indicare gli elementi facilmente ottenibili attraverso la semplice indagine ispettiva del paziente con nistagmo.

Obiettivo: Consentire all'oftalmologo di ottenere elementi essenziali che consentano l'inquadramento diagnostico di alcune peculiari forme di interesse oculistico.

CORSO 144 **Trattamenti funzionali ed estetici con tossina botulinica**

Direttore: A. Di Maria

Istruttori: E. Campos, M. Fresina, C. Redaelli, R. Ricci

Sinossi: Il corso presenta l'uso della tossina botulinica, che ha trovato sempre più ampio utilizzo in oftalmologia sia come trattamento funzionale che estetico. Per entrambi i trattamenti vengono illustrate le indicazioni, le applicazioni, il trattamento delle patologie neuromuscolari e neurologiche, i dosaggi, la ripetizione dei trattamenti, la prevenzione e la gestione delle complicanze, il follow-up.

Obiettivo: I partecipanti al corso saranno in grado di porre indicazione all'uso della tossina e di potere effettuare i trattamenti dei casi clinici che più frequentemente si presentano.

CORSO 145 **L'Ectopia Lentis nell'età pediatrica: timing chirurgico e tecniche di impianto**

Direttore: G. Tassinari

Istruttori: P.F. Fiorini, S. Garuti, M. Nicoletti

Sinossi: Si propone l'analisi clinica dell'ectopia lentis in età pediatrica con diversi approcci chirurgici.

Obiettivo: Fornire criteri di valutazione diagnostica, timing chirurgico, tecniche chirurgiche e follow up del paziente pediatrico affetto da ectopia lentis.

CORSO 146 **Ambliopia: dalla diagnosi alla terapia**

Direttore: M. Pedrotti

Istruttori: F. Lanzafame, D. Drago, E. Pedrotti, A. De Gregorio, S. D'Amelio

Sinossi: Eziopatogenesi dell'ambliopia. Semeiotica dell'ambliopia. Terapia dell'ambliopia a seconda dell'età del paziente. Obiettivi possibili della terapia a seconda dell'età di presa in carico del paziente. Criteri di guarigione.

Obiettivo: Il corso si prefigge di dare ai discenti i criteri per individuare precocemente l'ambliopia strabica che rappresenta ancora oggi la maggiore causa di ipovisione nell'età infantile e fare acquisire le più moderne linee guida della terapia dell'ambliopia.

CORSO 147 **Corso di psicosomatica in oftalmologia**

Direttore: M. Cusani

Si tracciano i concetti fondamentali di psicosomatica in campo oftalmologico per erudire i partecipanti sulla fondamentale utilità di mantenere vivo un rapporto umano e globale anche con il paziente oculistico e si danno utili consigli su come affrontare in pratica tale argomento anche tramite la tecnica dell'enneagramma.

abstract symposium “New Horizons in Ophthalmology”

ANTIANGIOGENIC THERAPY FOR CHOROIDAL NEOVASCULARIZATION: PRELIMINARY RESULTS OF ONGOING TRIALS

A. Polito

A new era in the management of choroidal neovascularization (CNV) initiated in 2000 with the advent of photodynamic therapy (PDT). However, PDT does not suppress the angiogenic stimuli and recurrent neovascularization is extremely common, resulting in further visual loss. The vascular endothelial growth factor (VEGF) is a key stimulator of CNV and its pharmacological inhibition has been recently used to treat CNV in large randomized controlled trials. Pegaptanib, an aptamer that targets only one isoform of VEGF, had a modest, but statistically significant benefit over usual care in all CNV subtypes in patients with age-related macular degeneration (VISION trial). Ranibizumab, an antibody fragment targeting all isoforms of VEGF, was the first to significantly improve vision in patients with minimally classic and occult CNV (MARINA trial). Moreover, it was also found to be superior to PDT for predominantly classic CNV (ANCHOR trial). Bevacizumab (Avastin, Genentech), a full-length antibody labeled for cancer treatment, has been recently used “off-label” for neovascular AMD and pathologic myopia with favorable short-term results. These positive results indicate the beginning of pharmacotherapy for CNV.

NEW FRONTIERS IN VITREORETINAL SURGERY

C. P. Wilkinson, USA

Over the past century, the field of vitreoretinal surgery has grown from a non-existent subspecialty to one that encompasses a gigantic range of procedures for managing an ever growing number of indications. In general, progress has evolved from relatively rudimentary mechanical techniques through more sophisticated surgical manipulations to a contemporary state in which biochemical adjuncts are assuming increasingly important roles in the treatment of significant vitreoretinal disorders.

This presentation will concentrate on new frontiers in the management of the 2 most common entities currently managed with vitreoretinal surgical techniques: retinal detachment and proliferative diabetic retinopathy. Brief histories of the past and present day management of these conditions will be followed by discussions of more novel management techniques that may become available in the future.

INIEZIONI INTRAVITREALI: TUTELA DEL PAZIENTE A TUTELA DEL MEDICO OCULISTA

P. d'Agostino

Per una corretta analisi del problema relativo alle iniezioni intravitreali è indispensabile svolgere alcune considerazioni di carattere generale in merito all'uso off-label di farmaci in oftalmologia. Solo in questo modo sarà possibile affrontare lo specifico problema della legittimità dell'uso off-label di farmaci quali il Triancinolone e l'Avastin.

Si definisce off-label 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). Si tratta 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).

Date le premesse, risulta evidente che l'impiego di farmaci off-label richiede attenzione e cautela, sia da un punto di

vista normativo che per i problemi che potrebbero derivare per il paziente relativamente alla efficacia e alla sicurezza del trattamento ricevuto. L'attualità e l'importanza dell'argomento è testimoniata, ad esempio, dai numerosi chiarimenti e raccomandazioni sulla prescrizione dei farmaci off-label che sono stati presentati negli ultimi anni.

La scelta di usare un farmaco off-label spetta al medico curante, che, sulla base di documentazione scientifica pubblicata su riviste qualificate e indicizzate, sotto la sua diretta responsabilità, dopo avere informato il paziente e averne ottenuto il consenso, può decidere di trattare il proprio assistito con un medicinale prodotto per una indicazione terapeutica o modalità di somministrazione diverse da quelle registrate. In questo caso, deve essere accertato che per il paziente non esistevano cure alternative autorizzate.

In Italia, la prescrizione off-label è disciplinata dall'art. 3 del Decreto Legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, nella Legge 8 aprile 1998, n. 94 (Gazzetta Ufficiale n. 86 del 14 aprile 1998). In particolare, il comma 1 dell'art. 3 vieta la prescrizione di specialità medicinali al di fuori delle indicazioni contenute nella scheda tecnica o nella Autorizzazione all'Immissione in Commercio. Il comma 2 dello stesso articolo consente, tuttavia, di derogare a tale divieto quando il medico prescrittore abbia informato il paziente di tale deroga, ne abbia raccolto il consenso e sia in possesso di dati documentabili in letteratura suffraganti la previsione che il paziente possa trarre vantaggio da tale prescrizione.

Pertanto, il comma 2 dell'art. 3 della legge 94/1998 delinea chiaramente l'ambito entro il quale può collocarsi legittimamente la cosiddetta prescrizione off-label dei farmaci, individuando le condizioni alle quali deve essere subordinata la sua attuazione. Infine, il comma 4 dell'art. 3 della legge 94/1998 precisa che in nessun caso la prescrizione off-label può costituire riconoscimento del diritto del paziente all'erogazione dei medicinali a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Per quanto attiene la “Prescrizione e trattamento terapeutico. Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici”, il codice deontologico dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Titolo II, Capo IV) prevede all'art. 12: “La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata o, quantomeno, ad un fondato sospetto diagnostico. Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarli e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso. Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente (...).”

“La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti. È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico”.

La prescrizione di farmaci off-label è dunque consentita e disciplinata da un punto di vista normativo e rappresenta un'importante opportunità che può portare a progressi significativi nella conoscenza e nella terapia di alcune patologie, come documentato dalla letteratura

D'altra parte, l'uso di farmaci off-label espone il paziente a rischi potenziali, considerato che l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci sono state valutate in popolazioni diverse da quelle oggetto della prescrizione off-label oltre il rischio di eventi avversi correlati alla modalità di somministrazione.

È necessario, pertanto, che il medico spieghi al paziente il

abstract symposium "New Horizons in Ophthalmology"

razionale della terapia, il rischio di possibili eventi avversi, e quali dati di efficacia sono effettivamente disponibili nell'uso off-label del farmaco che si intende somministrare.

Per una corretta informazione (tanto più necessaria quanto maggiori sono i rischi connessi all'assunzione del farmaco), anche a protezione del medico prescrittore, dovrebbe essere predisposto un testo di informazione, e il consenso al trattamento dovrebbe sempre essere acquisito per scritto. Sul punto occorre richiamare quanto si è già avuto modo di esporre in merito al problema relativo al Consenso informato e alla importanza di definire modelli uniformi da adottare all'interno della SOI fra i soci iscritti. Il consenso informato, infatti, è passato nel corso degli ultimi anni dal semplice modulino rilasciato alla accettazione della struttura ospedaliera ad un vero regolamento di attività e complicità estremamente complesso. L'incremento (e la differenziazione) della modulistica non è derivato da una specifica modifica legislativa, ma dall'evoluzione giurisprudenziale (penale e civile) che, nel tempo, ne ha individuato i connotati essenziali. Ma, come sovente accade nei casi di carenza di intervento legislativo, l'informazione connessa al consenso ha assunto margini incerti, rendendo impossibile - anche ai colleghi più sensibili all'argomento e più protesi ad un corretto rapporto medico-paziente - la possibilità di dotarsi di uno strumento formale oggettivamente (e giuridicamente) "inattaccabile" ed "indiscutibile".

A fronte di tale incertezza la SOI, mediante il Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità in oftalmologia, può fronteggiare il problema in modo serio e costruttivo con un lavoro diretto ad una maggiore sensibilizzazione dei soci al significato giuridico dei loro comportamenti, nonché alla definizione di strategie di difesa e di collaborazione attuabili in materia di responsabilità professionale. In questa prospettiva, la finalità perseguita è sempre stata duplice: da un lato, fornire un "sistema" di informazione uniforme e giuridicamente corretto; dall'altro, qualora tutti i colleghi rilevino l'importanza dell'iniziativa, attribuire a questo strumento una diversa rilevanza processuale.

Qualora un collega fosse chiamato in giudizio per difetto di consenso informato relativo all'uso di un farmaco off-label, infatti, l'adozione diffusa dei medesimi modelli gli consente di eccepire che i moduli sono stati realizzati da esperti nel settore, individuati dalla società oftalmologia italiana, i quali, se necessario, possono essere sentiti per approfondire ogni aspetto oggetto di contestazione. Inoltre, può far rilevare al magistrato che tali moduli di consenso sono usati da tutti gli specialisti oftalmologi italiani. Non è poco!

Fuori da tale sistema, l'adozione di moduli di consenso informato "personali" (del medico, dell'ospedale, dell'azienda di riferimento) non esauriscono gli adempimenti richiesti dalla giurisprudenza e, in particolare, con riferimento al requisito di "specificità" richiesta.

Al fine di uniformare (e regolamentare) comportamenti in un'area incerta quale può essere l'utilizzo di farmaci off-label, la SOI deve definire linee guida precise e dettagliate che devono altresì trovare eco nella nota informativa utilizzata per condividere con il paziente l'atto terapeutico che si intende realizzare presupposto indispensabile per il rilascio di un corretto consenso da parte di quest'ultimo.

Da quanto sin qui esposto emergono con estrema chiarezza alcuni punti che si ritengono fondamentali per un corretto approccio al fenomeno relativo all'uso dei farmaci off-label in area oftalmologica:

- quanto alla sicurezza per il paziente, l'uso di un modulo uniforme di consenso informato poggiante su una nota informativa studiata da una apposita commissione di esperti di area oftalmologica (e condivisa con l'area sotto-specialistica di riferimento) diviene uno strumento indispensabile per garantire oggettivamente la miglior (e la più autorevole) informazione. I pazienti, infatti, hanno il diritto di essere informati con cura dei pro e dei contro relativi a un possibile trattamento off-label e devono esprimere un consenso

scritto non solo consapevole, ma anche partecipato. Informazione e consenso che divengono ancora più complessi se si considerano le specificità dell'area oftalmologica e delle potenziali responsabilità del medico

- quanto alla sicurezza del medico oftalmologo, solo attraverso la realizzazione di modelli uniformi si può superare l'em-passe derivante dalla evidenziata carenza - in Italia - di linee guida specifiche all'uso dei farmaci off-label che ne regolino l'impiego e che definiscano un piano per la valutazione dei rischi per il paziente. Così operando, si può evitare che lo stesso medico venga lasciato solo, in termini di responsabilità, nella decisione di usare farmaci off-label, rendendo più difficoltoso l'accesso a trattamenti che hanno dimostrato di essere in grado di costituire un'opzione terapeutica efficace per patologie gravi nei pazienti che non rispondono alle terapie correnti.

THE ROLE OF OCT IN MODERN OPHTHALMOLOGY

R. Brancato

Optical Coherence Tomography (OCT) is rapidly emerging as an important imaging modality for evaluating macular diseases.

Whereas fluorescein angiography (FA) and indocyanine green angiography (ICGA) allow visualization of the retinal and choroidal vessels, OCT allows visualization of cross-section of the retina, thereby enabling diagnosis and follow-up in many retinal pathological conditions. The resolution available allows images to be obtained for layer of the retina, the retinal pigment epithelium (RPE) and the choriocapillaris.

The execution of the scan is fast, easy and the images can be reproduced for several times.

Though fluorangiography remains the gold-standard examination for the diagnosis and classification of macular diseases, OCT revealed to be an essential tool to establish the treatment and, if necessary, the re-treatment in some retinal pathologies. Moreover, OCT supplies morphological information essential also for all vitreoretinal pathologies. In fact OCT images allow to single out in details the presence of epiretinal membranes and to evaluate the vitreo-retinal traction. It is always thanks to OCT that it is possible to detect and classify the presence of macular holes or macular pucker and to describe their characteristics.

Finally OCT remains a valuable tool for the qualitative and quantitative assessment of the macular area.

ACUTEZZA VISIVA E SENSIBILITÀ AL CONTRASTO?

E. Rispoli

Quando si parla di bioingegneria o, in modo più lato, di collaborazioni fra il medico e l'ingegnere, si pensa immediatamente ad apparecchiature e realizzazioni tecnologiche più o meno complesse.

È tuttavia possibile un diverso modo di intendere la bioingegneria e che consiste nello studiare i diversi elementi che costituiscono un organismo vivente come un insieme complesso di apparecchiature.

Non si tratta, allora, di progettare o fabbricare un'apparecchiatura, ma di studiare i diversi elementi costituiscono un organismo vivente (cuore, fegato, occhio, ecc. ...) con mentalità ingegneristica, cercando cioè di comprenderne la loro funzione partendo dai dati del progetto.

Uno degli organi che maggiormente consente uno studio del genere è proprio l'occhio in cui la funzione di ogni elemento che lo costituisce è perfettamente logica e, come tale, può essere perfettamente prevista, una volta stabiliti i dati del progetto e con quali mezzi è stato realizzato.

In questa presentazione verrà mostrato come, secondo questo approccio, possono essere considerati due parametri fondamentali della funzione visiva: l'acuità visiva e la sensibilità al contrasto.

CO1 EFFICACIA E SICUREZZA DELL'UTILIZZO DI TRIAMCINOLONE NEL PEELING DI MEMBRANE EPIRETINICHE

L. Vannozzi¹, H.F. Fine², M. Engelbert², S. Chang², E. Rapizzi¹, U. Menchini¹

1. Clinica Oculistica, Università di Firenze
2. Eye Institute, Columbia University, New York (USA)

Scopo del lavoro: valutare l'efficacia del peeling di membrane epiretينية maculari (ERM) effettuato con o senza l'ausilio di Triamcinolone (TA). **Materiali e metodi:** 75 occhi consecutivi affetti da ERM sono stati sottoposti ad intervento di vitrectomia e peeling di ERM. In 25 pazienti è stato utilizzato TA per incrementare la visualizzazione di ERM. Follow up minimo di 3 mesi. Sono stati valutati: acuità visiva (VA), pressione intraoculare (IOP) e spessore foveale (FT) tramite Tomografia a Coerenza Ottica (OCT). **Risultati:** nel gruppo in cui è stato utilizzato TA, la VA media preoperatoria pari a 3,1/10 è passata a 4,2/10 ad 1 mese di follow up ($p=0,0008$) e a 5,2/10 a 3 mesi ($p<0,0001$). Nel gruppo di controllo da 3,1/10 a 4,6/10 ad 1 mese ($p=0,006$) e ad 5,3/10 dopo 3 mesi ($p=0,001$). Tra i due gruppi non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa per quanto riguarda l'aumento della VA media, la IOP massima (17,2 v. 17,7 mmHg) e la diminuzione di FT (52 v. 97 μ m). **Conclusioni:** l'utilizzo di TA per il peeling di ERM non modifica la VA dei pazienti, ma risulta privo di complicanze ed utile per migliorare la visualizzazione intraoperatoria delle ERM.

CO2 INCIDENZA DI DIPLOPIA DOPO INTERVENTO DI TRASLOCAZIONE MACULARE

G. Stramare, A. Menegotti, G. Pertile

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Sacro Cuore, Don Calabria, Negrar (Verona)

Scopo del lavoro: valutare l'incidenza della comparsa di diplopia dopo intervento di traslocazione maculare con retinotomia a 360° e chirurgia compensatoria dei muscoli (TM). **Materiale e metodi:** abbiamo eseguito un'analisi retrospettiva valutando 62 pazienti operati di TM. L'acuità visiva media preoperatoria nell'occhio operato era di 1,2 logmar; solamente 3 pazienti presentavano un'acuità visiva per vicino migliore od uguale al 3° carattere. Il follow-up medio è di 16 mesi (minimo 6, massimo 31). **Risultati:** In 10 casi (16,1%) abbiamo riscontrato la presenza di diplopia postoperatoria e si è reso necessario un secondo intervento di chirurgia compensatoria muscolare, eseguito contemporaneamente all'intervento di rimozione dell'olio di silicone. In 5 casi la diplopia è stata risolta, in 2 casi permaneva diplopia che è stata ben compensata con l'uso di lenti prismatiche. 3 pazienti (4,8%) hanno manifestato una diplopia non risolvibile con lenti prismatiche e soggettivamente invalidante. **Conclusioni:** nella nostra casistica l'incidenza di diplopia postoperatoria non risolvibile è del 4,8% e, pertanto, compatibile con le percentuali riscontrate in letteratura.

CO3 EDEMA MACULARE DIABETICO DI INTERESSE CHIRURGICO

F. Viti, M. Paci, M. Pantanetti, S. Salvolini, C. Mariotti

Istituto di Scienze Oftalmologiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Obiettivo: valutare l'efficacia e la necessità della vitrectomia nei pazienti con edema maculare diabetico con componente trazionale. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo della vitrectomia 25G accompagnata da rimozione della ialoide posteriore e ialoide posteriore più membrana limitante interna in 38 occhi di 38 pazienti con Edema Maculare Diabetico. Il follow-up è stato di 6-24 mesi. I pazienti sono stati raccolti in 3 gruppi: A: presenza ialoide posteriore contratta ispessita ed evidente; B: vitreoschisi con vitreo aderente; C: membrana epiretينية con DPV. Tutti i pazienti hanno eseguito biomicroscopia, AV con tavole ETDRS, fluorangiografia e valutazione OCT preoperatoriamente, a 1 settimana, 1, 3 e 6 mesi postintervento. **Risultati:** i risultati anatomici favorevoli sono stati 34 (90% del totale) i risultati funzionali sono stati: con aumento della acuità visiva di almeno 2 linee ETDRS in 26 casi (68,4%), stabili in 8 casi (21,1%) peggiorati con perdita di 2 linee ETDRS in 4 casi (10,5%). 3 pazienti (7,9%) hanno sviluppato cataratta post intervento. **Conclusioni:** la valutazione preoperatoria della presenza della componente trazionale nell'edema maculare diabetico risulta fondamentale per il successo anatomico e funzionale.

CO4 TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA NEI SOLLAVEMENTI MACULARI PERSISTENTI DOPO CHIRURGIA EPISCLERALE

F. Faraldi¹, V. Belloli², M.M. Rabbione¹, C.M. Eandi³, D. Battistello², E. Fornara¹, P. Vaona¹

1. SC Oculistica 3 Ospedale Oftalmico Torino

2. SC Oculistica Ospedale Arona

3. Clinica Oculistica Università Torino

Obiettivi: valutare, mediante tomografia a coerenza ottica (OCT) con Stratus OCT, l'incidenza di sollevamenti maculari dopo chirurgia episclerale e studiarne l'evoluzione. **Materiali e metodi:** sono stati inclusi 60 occhi consecutivi operati presso l'ospedale Oftalmico di Torino e 16 operati nell'Ospedale di Arona. I distacchi sono stati classificati in base a sintomi, durata, sede di rottura e sollevamento. Acuità visiva, refrazione e OCT sono stati valutati nell'immediato postoperatorio e a 1, 3, 6, 12, 18, 24 mesi dall'intervento. Nei sollevamenti maculari, è stata, inoltre, eseguita la microperimetria a 6 mesi e dopo la risoluzione. **Risultati:** 14 occhi presentavano sollevamenti maculari, che si risolvevano spontaneamente dopo almeno 6 mesi. La microperimetria dimostrava la parallela riduzione della sensibilità. **Conclusioni:** l'OCT si è rivelato utile nella diagnosi e nel follow-up dei distacchi maculari singoli o multipli, oftalmoscopicamente non apprezzabili, evidenziando alterazioni di vario grado dello strato dei fotorecettori.

CO5 RAPPORTO TRA TIPOLOGIA DEL DISTACCO RETINICO REGMATOGENO E TECNICA EPISCLERALE

G. Nuzzi, F. Avellis, N. Binetti, S. Rossi

Sezione di Oftalmologia, Università degli Studi di Parma

Obiettivo: studio retrospettivo del rapporto tra tipo di tecnica episclerale e caratteristiche del distacco di retina regmatogeno. **Materiali e metodi:** 800 interventi di chirurgia episclerale eseguiti dal 1/1/90 al 31/12/00 sono stati studiati nella loro descrizione e suddivisi in base alla tipologia del distacco per numero e localizzazione dei regmi, retinopessia e tecnica (1. piombaggio, 2. piombaggio con drenaggio, 3. piombaggio con drenaggio e pneumopessia, 4. cerchiaggio con drenaggio e pneumopessia). **Risultati:** nella prima metà del periodo di osservazione, nei distacchi reti-

nici con unica rottura la percentuale di recidiva è stata dell'8.3% nella tecnica di tipo 4, e dell'11,2% nelle altre tecniche (differenza non significativa). Nella seconda metà si è osservata una inversione della tendenza, con una recidiva del 20% nella tecnica 4, e dell'1% nelle altre tecniche ($p < 0,001$). In rapporto al numero delle rotture è stata osservata una prevalenza statisticamente significativa della tecnica tipo 3 nei casi con rottura singola. **Conclusioni:** nel periodo di osservazione non sono state osservate modificazioni delle tecniche in rapporto al tipo di distacco. L'approccio episclerale tipo 4, più complesso, non ridurrebbe il tasso di recidive.

C06 RAPPORTO FRA ACUITÀ VISIVA, SOGLIA FOVEALE E IMMAGINE OCT NEL FOLLOW-UP POST-CHIRURGICO DEL DISTACCO DI RETINA

G. Nuzzi, S. Giugno, S. Rossi, M.G. Tardini
Istituto di Oftalmologia, Università degli Studi di Parma

Obiettivo: stabilire il rapporto fra acuità visiva, soglia foveale e morfologia maculare valutata mediante tomografia a coerenza ottica (OCT) nel follow-up post chirurgico del distacco di retina. **Materiali e metodi:** 21 pazienti consecutivi con distacco di retina: 19 regmatogeno, 2 post-traumatico; 6 pazienti con macula risparmiata; 7 pazienti pseudofachici, 2 afachici, 12 fachici. In 16 pazienti è stato eseguito un intervento episclerale, in 5 una vitrectomia. I pazienti sono stati valutati il giorno dopo l'intervento, 10 giorni dopo e con cadenza mensile. Ad ogni controllo è stata eseguita una misura dell'AV (espressa in log MAR), un campo visivo 10/2 standard, e un esame OCT. **Risultati:** in 15 pazienti si è avuto un appiattimento retinico completo, 6 pazienti hanno sviluppato una recidiva con PVR e sono stati sottoposti a vitrectomia. Si è osservata una correlazione significativa fra AV, soglia foveale e immagini OCT (presenza di fluido residuo sottoretinico in 7 pazienti). **Conclusioni:** l'OCT evidenzia alterazioni maculari non visibili oftalmoscopicamente che possono giustificare il ridotto recupero dell'AV e della soglia foveale anche dopo un successo chirurgico.

C07 VITRECTOMIA PRECOCE IN CASO DI FALLIMENTO DEL TRATTAMENTO LASER PER LA ROP TIPO 1 e 2

F. Molle, D. Lepore, M.M. Pagliara, A. Baldascino, R. De Santis, G. D'Amico, C. Angora, L. Orazi, M. Laguardia, E. Balestrazzi
Policlinico Universitario "A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo: secondo i risultati dell'ET ROP study il 56.2% delle ROP in zona I evolve in stadio 4 e 5 malgrado il trattamento laser. Lo scopo dello studio è di valutare l'efficacia della "Two port lens-sparing vitrectomy" (LSV) nel bloccare l'evoluzione della ROP. **Metodi:** dal 1/1/2004 al 30/6/2005 14 prematuri tutti inborn (EG media 26.14 sett (range 24-30sett) e PN medio 739.29gr (460-1250gr) sono stati trattati con laser. Tre (6 occhi) sono evoluti in stadio 5 e 2 eyes in stadio 4b malgrado il trattamento. La LSV è stata eseguita ad una età post concezionale media di 38.16 sett. (range 33.1-42.0 sett). **Risultati:** gli AA. presentano i risultati strutturali dopo 1 anno di follow-up. In 1 bambino (2 occhi) è stato ottenuto un riaccollamento parziale della retina. Due occhi hanno mostrato una massiva degenerazione malgrado un parziale riaccollamento. In 4 occhi è stata osservata una ripresa della proliferazione che ha richiesto un re intervento, senza ulteriori miglioramenti. **Conclusioni:** la LSV è l'unica terapia proposta per la ROP in caso di fallimento del trattamento laser. Nella nostra esperienza solo 2 occhi hanno mostrato una stabilizzazione anatomica della retina con parziale riaccollamento. Due bambini mostrano chiaramente un residuo visivo (percezione della luce). L'utilità della LSV nella ROP rimane comunque discutibile.

C08 IMAGING DELLA MALATTIA LEVENTINESE

G. Querques¹, C. Iaculli¹, F. Prascina¹, N. Leveziel², N. Delle Noci¹, G. Soubrane², E. Souied²

1. Clinica Oculistica, Ospedali Riuniti, Università degli Studi di Foggia
2. Clinique Ophtalmologique, Hopital Intercommunal de Creteil, Université Paris Val de Marne, Paris XII

Scopo: l'imaging della Malattia Leventinese (ML) è stata scarsamente descritta in letteratura a discapito di una vasta descrizione dell'aspetto oftalmoscopico. Scopo di questo studio è di analizzare l'imaging di pazienti affetti da ML da noi esaminati per rilevarne gli aspetti peculiari. **Pazienti e metodi:** in questo studio prospettico osservazionale sono stati inclusi 4 pazienti appartenenti a 3 famiglie sottoposti a completo esame oftalmologico comprendente acuità visiva (BCVA), retinografia, autofluorescenza, fluorangiografia (FA), angiografia al verde indocianina (ICG) e tomografia a coerenza ottica (OCT). **Risultati:** questi esami hanno permesso di distinguere grandi drusen altamente autofluorescenti con iperfluorescenza mal definita nella fase tardiva della FA e con iperfluorescenza ben definita circondata da un alone di ipofluorescenza nella fase tardiva dell'ICG. Le piccole drusen radiali non presentavano alcuna di queste caratteristiche. All'OCT abbiamo osservato un ispessimento iper-reflectivo associato a sollevamento a cupola del complesso RPE-membrana di Bruch. **Conclusioni:** questa analisi dell'imaging ha rivelato gli aspetti peculiari all'ICG dalla ML ed ha permesso di distinguere chiaramente grazie all'OCT i due tipi di drusen, caratteristiche che possono contribuire alla diagnosi di ML.

C09 ANGIOGRAFIA AL VERDE INDOCIANINA DELLA RETINOSCHISI GIOVANILE X-LINKED

G. Querques¹, V. Russo¹, V. Primavera¹, N. Leveziel², N. Delle Noci¹, G. Soubrane², E. Souied²

1. Clinica Oculistica, Ospedali Riuniti, Università degli Studi di Foggia
2. Clinique Ophtalmologique, Hopital Intercommunal de Creteil, Université Paris Val de Marne, Paris XII

Scopo: la fluorangiografia è generalmente poco contributiva nella diagnosi della retinoschisi giovanile X-linked (XLRS) mentre le caratteristiche angiografiche ICG (indocyanine green) non ancora sono state considerate. **Materiali e metodi:** in questo studio retrospettivo osservazionale abbiamo esaminato l'angiografia ICG di tre pazienti (sei occhi) non imparentati tra loro di 15, 22 e 48 anni. **Risultati:** abbiamo osservato in area maculare nella fase precoce dell'esame ICG una biperfluorescenza con aspetto stellato associato a linee radiali di ipofluorescenza. Queste caratteristiche scomparivano nella fase tardiva dell'esame ICG. **Conclusioni:** in questi 6 occhi affetti da XLRS la fase precoce dell'esame ICG ha rivelato un aspetto radiato maculare del tutto inusuale. Questo risultato suggerisce una possibile utilità dell'angiografia al verde indocianina nella diagnosi della XLRS.

C10 REFRAZIONE E STRABISMO NEI PREMATURI AFFETTI O MENO DA RETINOPATIA DEL PRETERMINE

T. Cardelli, P. Chelazzi, P. Garavaglia, C. Azzolini
Clinica Oculistica, Università dell'Insubria, Varese

Obiettivo: scopo di questo studio è la valutazione della refrazione e della motilità oculare a un anno di vita in neonati prematuri nati nell'Ospedale di Varese, dal 1996 al 2004, in relazione al peso alla nascita e all'età gestazionale (EG). **Materiali e metodi:** sono stati selezionati neonati con EG <32 settimane e peso alla nascita ≤ 1500 gr. 239 pazienti (478 occhi) sono stati sottoposti a esame della refrazione in cicloplegia e a studio della motilità oculare a un anno dalla nascita. Abbiamo considerato la retinopatia del pretermine (ROP) agli stadi I e II come ROP "moderata" e agli stadi III, III plus, IV e V come ROP "severa". I pazienti sono quindi stati suddivisi in 3 gruppi: 188 neonati (374 occhi) senza evidenza di ROP (gruppo 1), 33 neonati (66 occhi) affetti da ROP "moderata" (gruppo 2) e 18 neonati (36 occhi) affetti da ROP "severa" (gruppo 3). **Risultati:** l'incidenza dei vizi di refrazione nel gruppo 1 è così risultata: emmetropia 1.5%, ipermetropia 36.4%, miopia 8.6%, astigmatismo 53.5%; nello stesso gruppo l'incidenza di strabismo è stata pari a 4.8%. L'incidenza dei vizi di refrazione nel gruppo 2 è risultata: emmetropia 0%, ipermetropia 35.7%, miopia 14.3%, astigmatismo 50%; nello stesso gruppo l'incidenza di strabismo è stata pari a 14.2%. Infine nel gruppo 3 l'incidenza è risultata: emmetropia 0%, ipermetropia 24.2%, miopia 45.5%, astigmatismo 30.3%; in questo gruppo l'incidenza di strabismo è stata pari a 38.8%. **Conclusioni:** la miopia e lo strabismo sono apparsi più frequenti nei neonati affetti da ROP (gruppi 2 e 3) rispetto ai neonati privi di ROP (gruppo 1). Inoltre il rischio di essere colpiti da tali affezioni è risultato maggiore con l'aumentare della severità della ROP (gruppo 3).

C11 VALUTAZIONE DEL FONDO OCULARE NELLA MIOPIA ELEVATA CON L'OCT/SLO

R. Forte, G. de Crecchio, G.a Cennamo, F. Pascotto, V. Piccirillo, G. Cennamo
Dipartimento di Oculistica, Università Federico II, Napoli

Scopo: l'OCT/SLO è una metodica di recente introduzione in oftalmologia, che permette di ottenere scansioni sia longitudinali che coronali del piano retinico. Le scansioni coronali possono essere sovrapposte nel corso dell'esame all'immagine aneritica confocale del fondo oculare. Scopo del lavoro è stato di valutare le anomalie del fondo oculare nella miopia elevata con l'OCT/SLO. **Metodi:** abbiamo esaminato con OCT/SLO 200 occhi presentanti miopia elevata. **Risultati:** la nuova tecnologia ha permesso la visualizzazione dei dettagli sull'estensione laterale e longitudinale di diverse anomalie tipiche della miopia elevata, tra cui il distacco posteriore retinico (con o senza foro maculare) (21%), le trazioni vascolari e le microcisti paravasali (20%), il distacco peripapillare dell'epitelio pigmentato (5%). **Conclusioni:** l'OCT/SLO fornisce una visione tridimensionale delle anomalie retiniche tipiche dell'occhio miope e permette una rapida e perfettamente corrispondente visualizzazione delle stesse sull'immagine aneritica del fondo.

C12 VALUTAZIONE DELLO SPESORE COROIDEALE NELL'EDEMA MACULARE DOPO INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE

R. Forte, G.a Cennamo, G. de Crecchio, G. Iaccarino, G. Cennamo
Dipartimento di Oculistica, Università Federico II, Napoli

Scopo: valutare lo spessore coroideale dopo iniezione intravitreale di triamcinolone acetone (IVTA). **Metodi:** abbiamo effettuato uno studio prospettico su 100 occhi (70 pazienti) con edema retinico sottoposti a IVTS. Lo spessore retinico (SR) è stato valutato con la Tomografia Ottica a luce coerente (OCT), lo spessore retino-coroideale è stato valutato con ecografia standardizzata A-Scan. La differenza tra spessore corio-retinico e spessore retinico è stata considerata come indicativa dello spessore coroideale. I controlli sono stati effettuati prima dell'iniezione e a 1 settimana, 1-3-6-12 mesi dopo l'iniezione. **Risultati:** lo spessore coroideale era ridotto nel 77% dei casi dopo una settimana dall'iniezione di triamcinolone ed è rimasto stabile per 6 mesi dopo l'iniezione. **Conclusioni:** l'IVTA per edema maculare potrebbe agire sia a livello retinico che coroideale.

C13 CORRELAZIONE TRA DANNO FUNZIONALE RETINICO (COMPONENTE NEGATIVA DEL PERG) E DANNO STRUTTURALE RETINICO (STRATO DELLE FIBRE NERVOSE CON L'OCT) NEI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA

C. Bellusci, C. Schiavi

Unità Operativa di Oftalmologia, Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Obiettivo: valutare la presenza di una correlazione tra l'ampiezza della componente negativa del PERG e lo spessore dello strato delle fibre nervose retiniche (RNFL) misurato con l'OCT (Stratus OCT) nei pazienti affetti da sclerosi multipla (SM). **Materiali e metodi:** sono stati studiati 14 pazienti affetti da SM con neurite ottica (NO) monolaterale. È stata studiata in entrambi gli occhi la funzionalità delle cellule ganglionari retiniche mediante l'ERG da pattern. Negli stessi pazienti è stato valutato lo spessore del RNFL mediante l'OCT (diametro 3.4). I risultati, sono stati confrontati con quelli ottenuti da 19 soggetti sani di pari età e sesso. **Risultati:** il PERG e l'OCT hanno evidenziato un danno funzionale e strutturale retinico in entrambi gli occhi dei pazienti affetti da SM. È risultata una correlazione significativa tra lo spessore medio del RNFL e l'ampiezza della componente negativa del PERG (correlazione di Pearson 0.839 e 0.699 rispettivamente nel gruppo degli occhi colpiti da NO ed in quello degli occhi controlaterali). **Conclusioni:** i risultati ottenuti suggeriscono la presenza di un danno delle cellule ganglionari retiniche nei pazienti affetti da SM anche in assenza di NO.

C14 **PROGNOSI CITOGENETICA IN VIVO DEL MELANOMA UVEALE: MONOSOMIA 3**

S. Vujosevic¹, E. Midenà^{1,2}, R. Parrozzani², L. Bonaldi³, B. Boccassini¹

1. Fondazione GB Bietti per l'Oftalmologia, IRCCS, Roma

2. Clinica Oculistica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

3. Servizio di Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica, Azienda Ospedaliera di Padova, Istituto Oncologico Veneto

Obiettivo: identificazione in vivo, tramite aspirazione con ago sottile (FNAB), della monosomia 3 da melanomi di corioide (CR) e corpo ciliare (CC) trattati con brachiterapia. **Materiali e metodi:** 32 pazienti affetti da melanoma di CR o CC (di spessore > 4,5 mm) e con indicazione al trattamento brachiterapico con I125, sono stati sottoposti a FNAB transclerale intraoperatoria prima del posizionamento della placca. Il materiale prelevato è stato quindi sottoposto ad analisi FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) con sonda centromerica per cromosoma 3. **Risultati:** il follow-up è stato di 23.8 ± 6.5 mesi. In 26 casi (81.2%) si è ottenuto materiale sufficiente per l'analisi FISH. L'adeguatezza dei campioni prelevati varia dal 91.1% al 76.8%. La monosomia 3 è stata riscontrata in 17 casi (65.3%) nei quali non presenta relazioni significative ($p > .05$) con le dimensioni e localizzazione del tumore. Durante il follow-up non si sono verificate complicanze né estrinsecazioni extrasclerali. **Conclusioni:** la FNAB intraoperatoria permette di ottenere materiale sufficiente per analisi FISH del cromosoma 3 nel melanoma di CR e CC. L'analisi in vivo rispecchia i risultati dei precedenti studi ex vivo.

C15 **MACULOPATIE NEOVASCOLARI LEGATE ALL'ETÀ: TRATTAMENTO CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN®) E TERAPIA COMBINATA (AVASTIN E TERAPIA FOTODINAMICA). STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE**

A. Scupola, B. Falsini, A.M. Minnella, M.C. Savastano, P. Sasso, L. Ziccardi, L. Montrone, G. Stifano, G. Zinzanella, E. Balestrazzi

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivo: valutare nelle maculopatie neovascolari legate all'età l'efficacia del trattamento intravitreale di bevacizumab in monoterapia ed in associazione alla terapia fotodinamica. **Materiali e metodi:** i pazienti affetti da maculopatie neovascolari sono stati suddivisi in due gruppi: il primo gruppo (n=20) è stato sottoposto a iniezione intravitreale di bevacizumab di 1,25 mg, il secondo gruppo (n=10) è stato sottoposto a terapia combinata (intravitreale di avastin e terapia fotodinamica). I pazienti sono stati valutati morfologicamente mediante tomografia a coerenza ottica (OCT), fluorangiografia retinica (FAG) ed angiografia al verde indocianina (ICG) e funzionalmente con esame dell'acutezza visiva, microperimetria. **Risultati:** in tutti i pazienti studiati non si sono verificati effetti collaterali locali e sistemici. Nel primo gruppo in media i pazienti presentavano una riduzione dello spessore retinico medio di circa 131 μ m ($p < 0,01$), un aumento dell'acutezza visiva di almeno 1 linea ETDRS e della sensibilità retinica ($p < 0,01$, nel secondo gruppo l'esame fluorangiografico ha mostrato una riduzione del leakage evidente sin dalla prima settimana dal trattamento. La riduzione dello spessore del neuroepitelio risultava statisticamente significativa. **Conclusioni:** il trattamento con bevacizumab intravitreale nelle maculopatie neovascolari legate all'età ha rivelato una importante risposta morfo-funzionale sia come monoterapia sia quando associato a terapia fotodinamica e potrebbe costituire un valido supporto terapeutico nelle forme non rispondenti alle terapie convenzionali.

C16 **MACULOPATIE MIOPICHE DOPO TRATTAMENTO CON INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN®). STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE**

M.C. Savastano, A. Scupola, P. Sasso, S. Petroni, D. Marangoni, B. Falsini, E. Balestrazzi

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivo: valutare l'efficacia del trattamento con iniezione intravitreale di bevacizumab nelle maculopatie miopiche. **Materiali e metodi:** 8 occhi di pazienti affetti da neovascolarizzazione coroideale nella degenerazione miopica sono stati trattati con iniezione intravitreale di bevacizumab di 1,25 mg. Valutazione morfologica mediante tomografia a coerenza ottica (OCT), fluorangiografia retinica (FAG) ed angiografia al verde indocianina (ICG) e funzionale con esame dell'acutezza visiva, microperimetria ed esami elettrofisici. **Risultati:** nessun effetto collaterale locale e sistemico si è riscontrato nei pazienti trattati. Un importante miglioramento del visus è stato riscontrato nel follow up ed a breve termine. La FAG e l'ICG mostravano una riduzione della diffusione a partire dalla prima settimana dall'iniezione. **Conclusioni:** le maculopatie miopiche associate a neovascolarizzazione coroideale hanno evidenziato una importante risposta dopo somministrazione di bevacizumab iniettato direttamente in camera vitrea.

C17 **BEVACIZUMAB (AVASTIN®) INTRAVITREALE NEI TRATTAMENTI DELL' EDEMA MACULARE: VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE. STUDIO PILOTA INTERVENZIONALE**

A.M. Minnella, L. Ziccardi, L. Montone, G. Stifano, S. Petroni, G. Zinzanella, E. Balestrazzi

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivo: valutare l'efficacia del trattamento intravitreale di bevacizumab negli edemi maculari diabetici e vascolari. **Materiali e metodi:** 10 occhi di pazienti affetti da edema maculare non rispondenti ai trattamenti convenzionali sono stati trattati con iniezione intravitreale di bevacizumab di 1,25 mg. Valutazione morfologica mediante tomografia a coerenza ottica (OCT), fluorangiografia (FAG) retinica ed angiografia al verde indocianina (ICG) e funzionale con esame dell'acutezza visiva, microperimetria ed esami elettrofisici. **Risultati:** nei 10 occhi trattati non si sono riscontrati importanti effetti collaterali sia locali che generali. Tutti i pazienti presentavano già a 15 giorni una significativa riduzione dello spessore retinico valutato con OCT ed una riduzione del leakage alla FAG. **Conclusioni:** il trattamento con bevacizumab intravitreale porta ad una rapida riduzione dell'edema maculare. Tale riduzione non è sempre associata ad un aumento dell'acutezza visiva.

C-17/B BEVACIZUMAB (AVASTIN®) NELLA TERAPIA DELLE NEOVASCULARIZZAZIONI CORIORETINICHE: NOSTRA ESPERIENZA

R. di Lauro, F. Romano, G. Orefice, P. Giustiniani, P. De Ruggiero
Divisione di Oculistica, Ospedale C.T.O. di Napoli

Obiettivo: valutare l'efficacia del farmaco iniettato in camera vitrea nelle neovascolarizzazioni corioretiniche. **Materiali e metodi:** sono stati reclutati 120 pazienti affetti da neovascolarizzazioni oculari (degenerazione senile essudativa, glaucoma neovascolare, retinopatia diabetica proliferante) per trattarli con iniezioni intravitreali di Bevacizumab (Avastin). Tali pazienti vengono sottoposti a controlli pre e post trattamento con esami OCT e fluorangiografici. **Risultati:** vengono valutati i risultati ottenuti e discusse le indicazioni e le controindicazioni all' utilizzo del farmaco in questione.

C18 STUDIO SULLA SICUREZZA DI INIEZIONI INTRAVITREALI RIPETUTE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN®) IN PAZIENTI AFFETTI DA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

F. Giansanti, A. Bini, G. Virgili, E. Rapizzi, G. Giacomelli, M.C. Donati, U. Menchini
Clinica Oculistica, Università degli Studi di Firenze

Scopo: valutare la sicurezza a breve termine di iniezioni intravitreali ripetute di 1.25 mg di Avastin in pazienti con CNV secondaria ad AMD. **Metodi:** studio prospettico, in aperto, con arruolamento di 20 pazienti. Ogni paziente è stato sottoposto a 3 iniezioni ripetute al mese 0, 1 e 2. Follow-up di 4 mesi. Sono state eseguite FAG (mese 0,1,2,3), ICG, OCT, campo visivo e la conta endoteliale. Il profilo di sicurezza sistemico è stato valutato con esami ematochimici, ECG e misurazione dei valori pressori. **Risultati:** nessun paziente ha avuto eventi avversi sistemici seri. 19 pazienti hanno avuto un visus stabile rispetto al baseline dopo 3 iniezioni. Non si sono riscontrati segni di flogosi intraoculare dopo la terapia. La conta endoteliale non ha mostrato riduzione del numero delle cellule endoteliali. Lo spessore retinico misurato con OCT ha evidenziato una riduzione dello spessore nel 95% dei pazienti rispetto al baseline. **Conclusioni:** iniezioni intravitreali multiple (n.3) di 1.25 mg di bevacizumab ripetute mensilmente sono state ben tollerate nella nostra serie di casi ed il farmaco si è dimostrato sicuro nel follow-up a breve termine.

C19 INIEZIONE INTRAVITREALE DI TRIAMCINOLONE E FOTOCOAGULAZIONE LASER VS FOTOCOAGULAZIONE LASER NEL TRATTAMENTO DELL'EDEMA MACULARE DIABETICO: VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE

P. Sasso, A. Scupola, S. Traina, R. Fasciani, B. Falsini, A. M. Minnella, E. Balestrazzi
Istituto di Oftalmologia Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo del lavoro: valutare i risultati del trattamento dell'edema maculare diabetico clinicamente significativo dopo iniezione intravitreale di triamcinolone (IVTA) e griglia maculare (GM) comparati alla sola griglia maculare (GM). **Materiali e metodi:** studio prospettico, randomizzato, eseguito su 20 occhi affetti da edema maculare diabetico clinicamente significativo. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: un primo gruppo (10 occhi) è stato sottoposto ad iniezione intravitreale di 4 mg di triamcinolone e successiva fotocoagulazione laser a griglia eseguita a distanza di un mese (gruppo A); un secondo gruppo è stato sottoposto a fotocoagulazione laser a griglia (gruppo B). I pazienti sono stati valutati tramite esame oftalmologico completo, tomografia a coerenza ottica (OCT), esame fluorangiografico (FAG), valutazione dell'acuità visiva utilizzando tavole a progressione logaritmica (ETDRS), microperimetria (MP-1 Nidek) ed esami elettrofunkzionali (fEGRs). **Risultati:** i risultati a breve termine indicano che i pazienti sottoposti a terapia combinata con intravitreale di Triamcinolone acetone e trattamento laser mostrano una riduzione dell'edema maculare molto più marcata rispetto ai pazienti sottoposti alla sola fotocoagulazione laser. L'acuità visiva è aumentata nel gruppo A da 0.74 log mar a 0.35 log mar; nel gruppo B da 0.64 log mar a 0.4 log mar a un mese. Lo spessore maculare si è ridotto da 684,2 µm a 361 µm nel gruppo A e da 555 µm a 348 µm nel gruppo B. La sensibilità media negli 8° centrali, misurata con l'MP-1, era significativamente più alta dopo il trattamento nei pazienti del gruppo A rispetto a quelli del gruppo B. La pressione intraoculare si è mantenuta su valori normali durante tutto il follow-up con una media di 17,4 mmHg ad un mese. Non abbiamo avuto complicanze legate al trattamento. **Conclusioni:** il trattamento combinato (IVTA+MG) aumenta l'acuità visiva e riduce lo spessore retinico in misura maggiore rispetto alla sola griglia maculare (MG). Questi risultati sono correlabili con le valutazioni microperimetriche e con gli esami elettrofunkzionali.

C20 INIBITORI DELLE FOSFODIESTERASI E OCCHIO: EFFETTO SUI VASI OCULARI E STUDIO IMMUNOISTOCHEMICO

L. Caretti, C. Foresta*, A. Galan
U.O.C. di Oculistica, Ospedale Sant'Antonio di Padova
* Servizio di Andrologia, Università degli Studi di Padova

Scopo: abbiamo valutato l'effetto di sildenafil (viagra), vardenafil (levitra) e tadalafil (cialis), farmaci inibitori delle fosfodiesterasi 5 (PDE-5) prescritti per la disfunzione erettile, sui vasi oculari ed eseguito uno studio di biologia molecolare e immunostochimico su tessuto corio-retinico umano prelevato da bulbo di cadavere. **Materiali e metodi:** in questo studio prospettico, abbiamo trattato 30 pazienti affetti da disfunzione erettile con una singola dose orale di sildenafil (100 mg) o di vardenafil (20 mg) o tadalafil (20 mg), mentre a 10 pazienti è stato somministrato un placebo. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad una valutazione sistemica e ad un'esame oftalmologico completo. Sono stati monitorati la pressione arteriosa sistolica e diastolica e i parametri del flusso ematico oculare (a. oftalmica, a. ciliari posteriori brevi e a. centrale retinica) prima e dopo la somministrazione dei farmaci o del placebo. Il flusso ematico oculare è stato valutato con eco-color-doppler. Abbiamo inoltre eseguito uno studio di biologia molecolare (western blot) e immunostochimico per evidenziare la eventuale presenza delle PDE nella corio-retina umana. **Risultati:** l'eco-color-doppler evidenzia un aumento significativo del valore del picco sistolico arterioso nei vasi oculari con conseguente incremento del flusso ematico oculare nei pazienti trattati con i 3 farmaci inibitori delle PDE-5 rispetto a quelli che avevano assunto il placebo. Le PDE-5 sono diffusamente presenti nella corioide e in quasi tutti gli strati retinici umani (tranne a livello dei fotorecettori). **Conclusioni:** i farmaci inibitori delle PDE, oltre alla possibilità di causare diversi effetti collaterali oculari, inducono un significativo incremento del flusso ematico arterioso oculare. Le PDE-5 sono diffusamente presenti a livello oculare. In base a questo studio e a quelli presenti nella recente letteratura, si potrebbe ipotizzare e valutare un possibile effetto vasodilatativo di questa categoria di farmaci nel trattamento di numerose patologie oculari (AMD, retinopatia diabetica, glaucoma, etc).

C21 TRATTAMENTO CON INIEZIONE DI TRIAMCINOLONE INTRAVITREALE E CON LASER A DIODI MICROPULSATO IN DUE GRUPPI DI PAZIENTE AFFETTI DA EDEMA MACULARE DIABETICO

A. Lazzerini, A. Pupino, E. Martini, P. Ducange, G.M. Cavallini
Divisione Oculistica, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il trattamento con TA intravitreale e il laser a diodi micropulsato costituiscono un presidio proposto nella terapia dell'edema maculare diabetico. **Materiali e metodi:** due gruppi di 20 pazienti con RD già sottoposti a fotocoagulazione Argon laser con edema maculare, furono trattati con TA (gruppo 1) e laser a diodi micropulsato (gruppo 2). Nei due gruppi furono eseguite: visita oculistica completa ed OCT preoperatoriamente a 1, 3 e 6 mesi. **Risultati:** nei 2 gruppi si è rilevata una diminuzione dello spessore retinico ed un incremento della BCVA più evidente fino al 1°/3° mese con una regressione fino al 6° mese senza però ritorno ai valori di partenza. I ritrattamenti sono stati: 3 nel gruppo 1 e 2 nel gruppo 2. **Conclusioni:** il laser a diodi micropulsato costituisce un'alternativa valida al TA nel trattamento dell'edema maculare pur con una tendenza alla regressione, come già osservato anche per il TA.

C22 STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO E CONTROLLATO SULL'EFFICACIA CLINICA DELL'USO DI LENTI MULTIFOCALI REFRAKTIVE VERSUS DIFFRAKTIVE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

S. Cillino, F. Di Pace, A. Casuccio, R. Morreale, F. Bocchetta, F. Pillitteri, G. Cillino, G. Lodato
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Oftalmologia, Università di Palermo

Obiettivo: confrontare l'efficacia delle IOLs multifocali di tipo refrattivo con quelle di tipo diffrattivo o monofocale in pazienti con cataratta. **Materiali e metodi:** 60 pazienti con cataratta sono randomizzati a ricevere lenti intraoculari: monofocali; multifocali refrattive di 1ª (ARRAY) e 2ª generazione (REZOOM); multifocali diffrattive asferiche (TECNIS). Follow-up a 1, 3, 6 e 12 mesi. L'efficacia è valutata mediante: acuità visiva; ampiezza accomodativa; sensibilità al contrasto; grado di soddisfazione della visione diurna e notturna. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma software SPSS 10.0. **Risultati:** le medie (decimale \pm DS) dell'acuità visiva monoculare per lontano corretta e per vicino con correzione per lontano ($p < 0.0005$) rispettivamente nei diversi gruppi di lenti sono: 10.4 (\pm 0.9) e 4.1 (\pm 1.8) nel gruppo "monofocali"; 10.0 (\pm 0.7) e 6.4 (\pm 1.0) nel gruppo "Array"; 10.2 (\pm 1.4) e 5.8 (\pm 1.7) nel gruppo "Rezoom"; 10.1 (\pm 1.5) e 8.0 (\pm 1.1) nel gruppo "Tecnis". Le medie (\pm DS) dei valori delle curve di sensibilità al contrasto rilevate a 3 e 6 cpd nei quattro gruppi di lenti sono: 73.5 (\pm 34.4) e 89.7 (\pm 54.5) nel gruppo "monofocali"; 49.9 (\pm 14.9) e 72.5 (\pm 24.6) nel gruppo "Array"; 51.7 (\pm 16.5) e 71.6 (\pm 40.2) nel gruppo "Rezoom"; 66.5 (\pm 30.8) e 82.0 (\pm 34.8) nel gruppo "Tecnis". I risultati confermano una acuità visiva utile sia intermedia che da vicino nel gruppo "multifocali", diffrattive e refrattive, non rilevante nel gruppo "monofocali". Riguardo alla percezione di aloni o bagliori, questi sono più presenti in pazienti con impianto di lente refrattiva. **Conclusioni:** si conferma il ruolo delle lenti multifocali per il trattamento della presbiopia quale soluzione più elastica e personalizzata alle diverse esigenze dei pazienti.

C23 VALUTAZIONE CLINICA DELLALENTE MULTIFOCALEREZOOM (AMO). RISULTATI PRELIMINARI

A. Bonora, A. Malagoli, G. Marchini
Clinica Oculistica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università di Verona

Obiettivo: valutare l'acuità visiva per lontano e per vicino e la sensibilità al contrasto in pazienti impianto bilaterale di IOL multifocale refrattiva Rezoom. **Materiali e metodi:** 25 pazienti sono stati sottoposti a facoemulsificazione e impianto di IOL nel sacco capsulare. I criteri di inclusione comprendevano cataratta bilaterale con BCVA \leq 5/10 in assenza di patologie oculari. La valutazione oftalmologica preoperatoria prevedeva UCVA, BCVA, UNVA, pupillometria e topografia corneale, esame alla LaF, IOP, esplorazione del FO, IOL Master. Al follow up sono stati inoltre valutati: ampiezza accomodativa, sensibilità al contrasto, pupillometria. A tre mesi dall'intervento un questionario verificava il grado di soddisfazione dei pazienti. **Risultati:** tutti i pazienti raggiungevano una BCVA di 9-10/10. La media della UNVA era di VII° DW nel preoperatorio e II° DW a 1 mese. Le medie della sensibilità al contrasto in condizioni di illuminazione standard erano: 4.3 (3 cpd), 2.7 (6 cpd), 3.0 (12 cpd), 2.5 (18 cpd); in condizioni di marcato abbagliamento rispettivamente: 3.0, 1.3, 1.5, 1.2. **Conclusioni:** Rezoom consente una buona acuità visiva per lontano e per vicino. La BCVA diminuisce con l'aumentare dell'abbagliamento. La soddisfazione complessiva dei pazienti è risultata buona.

C24 VALUTAZIONE DI DUE NUOVE LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE: TECNIS ACRILICA ZA9003 (AMO) E AKREOS AO (BAUSCH & LOMB)

G. Lupidi, M. Checucci, L. Burattini, C. Pieri
Unità Organica di Oculistica, Presidio Ospedaliero di Foligno

Obiettivo: valutazione della qualità della visione in termini di aberrazioni sferiche, acuità visiva, sensibilità al contrasto, soddisfazione del paziente. **Materiali e metodi:** 100 occhi affetti da cataratta senile senza altre patologie; 50 impiantati con la lente 3 pezzi acrilica idrofoba asferica con la superficie anteriore prolata Tecnis ZA9003 (AMO) e 50 con la IOL acrilica idrofila monopezzo asferica Akreos AO (Bausch & Lomb). Valutazione dei risultati visivi a 3 mesi, sensibilità al contrasto (MAV), analisi aberrometrica (Zywave della Bausch & Lomb). **Risultati:** l'analisi aberrometrica ha mostrato dei risultati migliori con Tecnis ZA9003 (RMS 0.41 μ), rispetto ad Akreos AO (RMS 0.48 μ). Il grado di soddisfazione dei pazienti è risultato sovrapponibile fra le 2 IOL. **Conclusioni:** nel nostro studio Tecnis ZA9003 (AMO) evidenzia una maggior efficacia nel ridurre le aberrazioni sferiche anche se ciò non ha un riscontro statisticamente significativo nella valutazione soggettiva del paziente.

C25 IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI MULTIFOCALI REZOOM (AMO)

G. Lupidi, M. Checcucci, L. Burattini, C. Pieri
Unità Organica di Oculistica, Presidio Ospedaliero di Foligno

Obiettivo: l'obiettivo del lavoro è valutare la performance della lente multifocale intraoculare REZOOM (AMO). **Metodo:** 25 pazienti con cataratta impiantati bilateralmente con REZOOM. Valutazione preoperatoria e postoperatoria a 1 mese e 3 mesi in termini di acuità visiva, indipendenza dagli occhiali, valutazione dei fenomeni ottici e soddisfazione del paziente. **Risultati:** l'acuità visiva non corretta per lontano già ad 1 mese dall'intervento misurata era di 8/10 nell'85% dei pazienti, mentre per vicino di J2 nel 75% dei pazienti. L'indipendenza dagli occhiali riscontrata per lontano, intermedia e per vicino era rispettivamente del 95%, 90% e 80%. A 3 mesi dall'intervento i fenomeni di aloni e glare sono stati evidenziati solo nel 5% dei casi. **Conclusioni:** i pazienti sono molto soddisfatti, pertanto la lente multifocale REZOOM può essere una valida alternativa per i pazienti che vogliono essere indipendenti dagli occhiali nella maggioranza delle loro attività.

C26 CONFRONTO TRA LENTI INTRAOCULARI SOFLEX E SOFPORT: ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO E SENSIBILITÀ AL CONTRASTO

A. di Biase, A. Torreggiani, M. Fogli, G. Tassinari
Ospedale di San Giovanni in Persiceto, Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore Bologna

Obiettivo: valutazione della acuità visiva ad alto e basso contrasto e della sensibilità al contrasto in pazienti impiantati con lente intraoculare asferica (SOFPORT) costruita per correggere le aberrazioni sferiche o con lente convenzionale in silicone (SOFLEX). **Metodi:** 50 occhi di 50 pazienti dopo impianto di lente intraoculare asferica (Bausch & Lomb Sofport LI61AO Advanced Optics) sono stati confrontati con 50 occhi di 50 pazienti, dopo impianto di lente intraoculare convenzionale (Bausch & Lomb Soflex LI61SE). Non vi erano differenze statisticamente significative per età e tipo di cataratta. 3 mesi dopo la chirurgia è stata valutata l'acuità visiva ad alto e basso contrasto (Zioptix Quality of Vision, Logarithmic Visual Acuity Chart) e la sensibilità al contrasto (Vector Vision Ing. CSV 1000E). **Risultati:** l'acuità visiva a basso contrasto media era 0.233 ± 0.076 logMar nel gruppo dei pazienti con impianto di lente intraoculare asferica SOFPORT e 0.317 ± 0.066 logMar nel gruppo dei pazienti con impianto di lente intraoculare convenzionale SOFLEX. ($P=0,0001$). L'acuità visiva ad alto contrasto media era 0.005 ± 0.063 logMar nel gruppo dei pazienti con impianto di lente intraoculare asferica SOFPORT, e 0.066 ± 0.068 logMar nel gruppo dei pazienti con impianto di lente intraoculare convenzionale SOFLEX ($P=0,003$). **Conclusioni:** la lente intraoculare SOFPORT evidenzia una acuità visiva migliore ad alto contrasto e una migliore sensibilità al contrasto rispetto alla lente convenzionale in silicone SOFLEX. I risultati richiedono ulteriori studi di confronto.

C27 MODIFICAZIONI DI PRESSIONE OCULARE, PACHIMETRIA E MICROSCOPIA ENDOTELIALE DOPO FACOEMULSIFICAZIONE UTILIZZANDO RHEXAL (CORNEAL) E VISCOAT + PROVIS (ALCON)

A. Torreggiani, A. di Biase, G. Tassinari
Ospedale di San Giovanni in Persiceto, Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Scopo: confrontare Rhexal (sodio ialuronato 1,37%-ipromellosa 0,57%) e Viscoat (sodio condroitinsolfato 4,0% + sodio ialuronato 3,0%) + Provisc (sodio ialuronato 1%) in termini di influenza sulla pressione oculare, spessore corneale e modificazioni endoteliali dopo chirurgia della cataratta con facoemulsificazione. **Metodi:** 100 pazienti sono stati randomizzati 50 per gruppo, in uno studio prospettico di chirurgia della cataratta, parzialmente mascherato usando Rhexal o Viscoat + Provisc (per l'impianto). La pressione intraoculare è stata misurata con il tonometro ad appianazione di Goldmann preoperatoriamente e a 6, 24 ore e a 7 e 30 giorni postoperatoriamente. La microscopia endoteliale e la pachimetria sono state effettuate preoperatoriamente e a 30 giorni dall'intervento usando microscopio endoteliale Konan Noncon Robo Cellcheck. **Risultati:** non vi sono state differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi prima della chirurgia per età, densità della cataratta, acuità visiva corretta preoperatoriamente e postoperatoriamente. Entrambi i viscoelastici oggetto di studio hanno mostrato una buona stabilità della camera anteriore e consentito una eccellente performance nella esecuzione della capsuloressi. Rhexal e Provisc sono stati rimossi senza differenze significative dopo l'impianto della IOL. Ad un mese dalla chirurgia non si sono rilevate differenze significative nello spessore corneale e nella microscopia endoteliale. **Conclusioni:** non vi è stato un aumento di pressione significativo in entrambi i gruppi postoperatoriamente. Rhexal e Viscoat + Provisc sono simili nella loro capacità di proteggere l'endotelio e nel loro eccellente comportamento nelle diverse fasi chirurgiche durante l'intervento di facoemulsificazione. I risultati necessitano di ulteriori studi di confronto.

C28 EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA: SISTEMA TORSIONAL, AQUALASE E ULTRASUONI A CONFRONTO

A. Caporossi, F. Caprini, F. Lepri, G.L. Martone, L. Ciompi
Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università di Siena

Obiettivo: il sistema torsional Ozyl (Alcon®, USA) rappresenta un nuovo strumento chirurgico che permette di emulsificare la cataratta senza o con un ridotto uso di ultrasuoni. Lo scopo del lavoro è quello di valutare lo stato endoteliale e la pachimetria in pazienti sottoposti a intervento di cataratta con manipolo torsional Ozyl. L'Aqualase è una metodica che emulsifica la cataratta attraverso impulsi di acqua calda. **Materiali e metodi:** sono stati esaminati 30 pazienti sottoposti a facoemulsificazione standard, 30 pazienti sottoposti a emulsificazione con torsional Ozyl e 30 pazienti sottoposti a emulsificazione attraverso il sistema Aqualase (Alcon®, USA). È stata effettuata una valutazione pachimetrica con ultrasuoni ed una conta delle cellule endoteliali nelle tre popolazioni nel preoperatorio (baseline) ed a 1 giorno, 15 giorni, 1 mese e 2 mesi dall'intervento. **Risultati:** la valutazione pachimetrica ha dimostrato un aumento significativo postoperatorio nella popolazione con facoemulsificazione standard rispetto alla popolazione torsional Ozyl ($p=.04$) ed un aumento non significativo rispetto alla popolazione Aqualase ($p=.08$). Inoltre i valori di conta endoteliale hanno dimostrato una maggiore riduzione, non significativa, delle cellule nella popolazione sottoposta a facoemulsificazione con ultrasuoni rispetto a quella con Torsional ed Aqualase. **Conclusioni:** il sistema torsional rappresenta una nuova frontiera nella chirurgia della cataratta. La valutazione pachimetrica e dello stato endoteliale sono parametri che possono essere utilizzati per la comparazione delle tre metodiche chirurgiche.

C29 PERFORMANCE OTTICHE A LUNGO TERMINE DI 4 LENTI INTRAOCULARI ASFERICHE

A. Caporossi, F. Caprini, G.L. Martone, F. Lepri, L. Rapisarda

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche dell'Università di Siena

Obiettivo: comparare gli effetti di 4 lenti intraoculari (IOLs) con superficie prolata (Tecnis Z-9000, AMO, SofPort AO, Bausch & Lomb, SN60WF, Alcon, AR40XEM, AMO) con 2 IOLs sferiche (AR40e, AMO and AcrySof SN60AT, Alcon) sulla performance visiva. **Materiali e metodi:** lo studio prospettico e comparativo comprende 180 pazienti affetti da cataratta operati di facoemulsificazione con impianto randomizzato di una dei 6 tipi di IOLs nel sacco. La valutazione dell'acuità visiva, la fotografia del fondo oculare e la sensibilità al contrasto in condizioni fotopiche e mesopiche ed i risultati riguardanti il glare soggettivo, il diametro pupillare e le aberrazioni totali sono stati raccolti preoperatoriamente ed a 1 e 12 mesi dalla chirurgia. **Risultati:** la differenza nell'acuità visiva corretta in condizioni fotopiche non è risultata statisticamente significativa fra i cinque gruppi. Gli occhi con IOLs asferiche hanno mostrato una migliore sensibilità al contrasto alle frequenze spaziali di 3 cpd ($P<.05$) e 6, 12, e 18 cpd ($P<.01$) in condizioni fotopiche e mesopiche. La misurazione delle aberrazioni totali oculari ha rivelato una significativa differenza fra i gruppi Z9000, Sofport e SN60WF, AR40XEM che presentavano valori inferiori, rispetto ai gruppi AR40e e SN60AL. Inoltre a distanza di un anno si ha un decremento progressivo delle performance ottiche delle sei IOLs. **Conclusioni:** le 4 IOLs asferiche determinano un miglioramento della qualità visiva nel paziente pseudofachico attraverso un maggior contrasto dell'immagine retinica e una riduzione delle aberrazioni oculari.

C30 ACUITÀ VISIVA AD ALTO E BASSO CONTRASTO DOPO INTERVENTO DI CATARATTA ED IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE ASFERICA

A. Palamara, A. Menegotti, G. Stramare, G. Pertile

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Sacro Cuore, Don Calabria, Negrar (Verona)

Obiettivo: confrontare la qualità visiva e la soddisfazione dei pazienti sottoposti ad intervento con impianto di IOL asferica in un occhio e di IOL standard sferica nell'occhio controlaterale. **Materiali e metodi:** 50 pazienti sottoposti ad intervento di facoemulsificazione sono stati impiantati con IOL B&L Akreos Adapt in un occhio e di IOL B&L Akreos Adapt AO nell'occhio controlaterale. L'acuità visiva pre- e postoperatoria è stata determinata utilizzando l'ottotipo logMAR ad alto (90%) e basso (12,5%) contrasto. Un questionario di soddisfazione è stato compilato dai pazienti nel postoperatorio. **Risultati:** il punteggio logMAR calcolato ha evidenziato una differenza significativa a favore degli occhi impiantati con IOL "Advanced Optics" solo a basso contrasto. La soddisfazione soggettiva dei pazienti è in tutti i casi stata maggiore nell'occhio che ha raggiunto nel postoperatorio la miglior UCVA, indipendentemente dal tipo di IOL impiantata. **Conclusioni:** la lente Adapt AO si è rivelata superiore alla sua analoga a superficie sferica standard per quanto riguarda l'acuità a basso contrasto. L'analisi del questionario di soddisfazione ci ha ribadito ancora una volta l'importanza di eseguire una accurata ecobiometria.

C31 ACUITÀ VISIVA E QUALITÀ DELLA VISIONE DOPO CHIRURGIA DELLA CATARATTA CON IMPIANTO DI IOL ALCON ReSTOR: VALUTAZIONE CLINICA. RISULTATI PRELIMINARI

A. Sbabo, E. Pedrotti, G. Bertoldo, G. Marchini

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

Obiettivo: valutare l'acuità visiva e la qualità della visione dopo chirurgia della cataratta con impianto di lenti intraoculari (IOL) multifocali difrattive ALCON ReSTOR. **Metodi:** 40 occhi sottoposti a facoemulsificazione e impianto di IOL ReSTOR con 3 mesi di follow-up. Misurazioni effettuate nel postoperatorio: acuità visiva media per lontano e per vicino non corretta (UCDVA, UNVA) e meglio corretta (BCDVA, BDCNVA), ampiezza accomodativa e addizione media per raggiungere De Wecker (DW) 1, test della sensibilità al contrasto. **Risultati:** sono stati ottenuti i seguenti risultati: UCDVA 0.76 ± 2.49 , BCDVA 0.97 ± 1.07 ; UNVA 1.5 ± 0.9 DW, BDCNVA 1 ± 0.3 DW. L'ampiezza accomodativa è stata di 0.48 ± 0.26 D e la media per raggiungere il DW 1 era di 0.12 ± 0.60 D. La sensibilità al contrasto media con livello di luce dello strumento standard di 85 cd/mm è stata 5.1 ± 2.2 a 3 cpd, 4.3 ± 1.8 a 6 cpd, 2.6 ± 2.1 a 12 cpd e 2.3 ± 1.7 a 18 cpd. La sensibilità al contrasto media in condizioni di abbagliamento è stata di 3.3 ± 2.1 a 3 cpd, 1.9 ± 1.7 a 6 cpd, 0.4 ± 0.6 a 12 cpd, 0.4 ± 0.6 a 18 cpd. **Conclusioni:** l'impianto di IOL multifocali difrattive ALCON ReSTOR porta a un risultato funzionale per lontano e per vicino molto soddisfacente.

C32 VALIDAZIONE INTRAOPERATORIA MEDIANTE AUTOREFRATTOMETRO PORTATILE DELLA REFRAZIONE RESIDUA IN PAZIENTI AMETROPI ELEVATI OPERATI DI CATARATTA

G. Lofoco¹, A. Bardocci¹, P. Quercioli¹, D. Schiano², U. Sterpetti¹, C. De Gaetano¹

1. Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli, Roma

2. Fondazione G.B. Bietti Onlus

Obiettivo: verifica attendibilità della misurazione intraoperatoria della refrazione mediante autorefrattometro portatile in pazienti ametropi elevati. **Materiali e metodi:** 60 pazienti sottoposti ad intervento di cataratta sono stati sottoposti a misurazione della refrazione mediante autorefrattometro portatile Nikon Retinomax 2 al termine dell'intervento chirurgico. Di questi pazienti 30 presentavano ametropie elevate nel preoperatorio. I dati rilevati in sala operatoria sono stati confrontati con il risultato refrattivo soggettivo del paziente nei successivi controlli. **Risultati:** le rilevazioni intraoperatorie risultano attendibili e rispondenti alla effettiva refrazione postoperatoria soggettiva del paziente con margine di errore apprezzabile. **Conclusioni:** la ripetibilità e l'attendibilità delle misurazioni consentono di rilevare gravi errori biometrici in pazienti miopi od ipermetropi elevati nella stessa seduta operatoria mettendo il chirurgo in condizioni di procedere ad eventuale ulteriore esame biometrico intraoperatorio ed all'eventuale espianto e reimpianto della IOL nella stessa seduta.

C33 ASFERICITÀ DELLE LENTI INTRAOCULARI, ABERRAZIONI DI ORDINE ELEVATO E VISIONE FUNZIONALE: RISULTATI DI UNO STUDIO COMPARATIVO MULTICENTRICO

G. Lofoco, A. Bardocci, P. Quercioli, C. De Gaetano
Divisione Oculistica Ospedale San Pietro, Fatebenefratelli, Roma

Obiettivo: valutare le aberrazioni di ordine elevato (HOAs) e la sensibilità al contrasto ottenuti con una IOL dotata di entrambe le superfici asferiche (Akreos Advanced Optics, aberrazione sferica = 0), con la IOL Akreos standard. **Materiali e metodi:** studio intraindividuale comparativo randomizzato: in 70 pazienti è stata impiantata in un occhio la nuova IOL asferica e nel controlaterale la Akreos Adapt convenzionale. Le HOAs sono misurate con aberrometria Hartmann-Schack, la sensibilità al contrasto mesopica e fotopica con reticoli sinusoidali, e l'acuità visiva con ottotipi LogMAR (contrasti 90% e 12.5%). **Risultati:** a 3 mesi l'analisi dei dati aberrometrici evidenzia una riduzione significativa dell'aberrazione sferica e del trifoglio negli occhi in cui è stata impiantata la IOL asferica. Tuttavia il miglioramento della sensibilità al contrasto a 3 mesi non ha raggiunto la significatività statistica. **Conclusioni:** l'Akreos AO con aberrazione sferica neutra mostra un certo miglioramento della sensibilità al contrasto, che tuttavia nel campione studiato non raggiunge la significatività statistica. L'aberrazione sferica residua che si ha con la Akreos AO potrebbe avere il vantaggio di conservare una maggiore profondità di campo nei pazienti pseudofachici.

C34 RISULTATI VISIVI DOPO CHIRURGIA DELLA CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI ACCOMODATIVE, MULTIFOCALI REFRAATTIVE E MULTIFOCALI DIFRAATTIVE: STUDIO CLINICO COMPARATIVO. RISULTATI PRELIMINARI

G. Bertoldo, E. Pedrotti, A. Bonora, A. Sbabo, A. Malagoli, G. Marchini
Clinica Oculistica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università di Verona

Scopo: valutare acuità visiva e qualità della visione dopo chirurgia della cataratta con impianto di lenti intraoculari (IOL) accomodative (EYEONICS AT-45 Crystalens), multifocali refrattive (AMO Rezoom), multifocali difrattive (ALCON ReSTOR). **Metodi:** 120 occhi sottoposti a facoemulsificazione, 40 impiantati con ReSTOR, 40 con Rezoom, 40 con AT-45. Follow-up di tre mesi. Postoperatoriamente valutiamo: acuità visiva per lontano e per vicino non corretta (UCDVA, UNVA) e meglio corretta (BCDVA, BDCNVA), ampiezza accomodativa (AA) e addizione media per raggiungere De Wecker (DW) 1, test della sensibilità al contrasto. **Risultati:** non differenze statisticamente significative tra i 3 gruppi riguardo a UCVA, BCDVA, sensibilità al contrasto a 12 e 18 cpd con e senza abbagliamento. UNVA, BDCNVA e addizione media per raggiungere 1 DW migliori con ReSTOR. AA migliore per Rezoom e AT-45. Migliore sensibilità al contrasto a 3 e 6 cpd con e senza abbagliamento per AT-45. **Conclusioni:** l'impianto di lenti accomodative e multifocali garantisce un buon recupero visivo per lontano e per vicino. Le IOL ReSTOR sembrano dare migliori risultati per UNVA, le Rezoom per AA a distanza intermedia, le AT-45 per la sensibilità a basso contrasto.

C35 ACRYSOF ReSTOR: RISULTATI RIFRAATTIVI, DIAMETRO PUPILLARE ED ABERRAZIONI

M. Gualdi, E. Scerrati
Diagnostica Oculare e Microchirurgia Ambulatoriale, Roma

Obiettivo: valutare i risultati rifrattivi e la qualità della visione con l'impianto di Acrysof ReSTOR in funzione del diametro pupilla. **Materiali e metodi:** 40 occhi di un campione di pazienti con età media 71.07 anni e con uno sferoequivalente compreso fra -5.50 e +2.75 diottrie. Per tutti gli occhi è stata eseguita una biometria con IOLMASTER ed una procedura di facoemulsificazione con INFINITY. Lo studio aberrometrico con analisi OPD Station. **Risultati:** la maggior parte degli occhi ha ottenuto un'acuità visiva non corretta 20/25 (45.8%) e 20/20 (27%) per lontano. Mentre gli stessi occhi avevano una performance per vicino J2 senza occhiali nel 66% e J1 senza occhiali nel 16.8%. Inoltre lo studio aberrometrico mostrava un aumento di RMS Totale, Trifoglio e Quadrifoglio nel caso di pupille di diametro più largo (>5 mm). **Conclusioni:** l'impianto di Acrysof ReSTOR consente una correzione ottimale per vicino con lieve perdita di acuità visiva per lontano. Per evitare disturbi della qualità visiva abbiamo notato che le pupille medie (4.0 mm-5.0mm) si sono rivelate essere migliori.

C36 STUDIO PUPILLARE DI PAZIENTI IN TERAPIA CON TAMSULOSINA SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CATARATTA

L. Porsia, G.L. Laffi, A. Mularoni, N. Petretti, C. Di Crescenzo, G. Tassinari
Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore Bologna

Obiettivo: studiare, prima e dopo intervento per cataratta, la dinamica pupillare e le dimensioni pupillari in midriasi farmacologica, e, intraoperatoriamente, il comportamento dell'iride, di pazienti in terapia con tamsulosina. **Metodo:** 40 pazienti con cataratta, di cui 20 in terapia con tamsulosina (T) e 20 controlli (C), sono stati sottoposti ad analisi della dinamica pupillare e pupillometria in midriasi farmacologica, pre e post-operatoriamente. Intraoperatoriamente è stata considerata la presenza dei segni di IFIS ("intraoperative floppy iris syndrome"). **Risultati:** le dimensioni pupillari in libero gioco sono risultate significativamente minori negli occhi fachici T vs fachici C, negli pseudofachici T vs pseudofachici C e negli pseudofachici C vs fachici C, e minori, ma non significativamente, negli pseudofachici T vs fachici T. Le dimensioni pupillari in midriasi farmacologica sono risultate significativamente minori negli occhi fachici T vs i fachici C, mentre le altre differenze sono apparse non significative. IFIS si è manifestata in tutti gli occhi T e in nessun occhio C. **Conclusioni:** gli occhi di pazienti in terapia con tamsulosina presentano una pupilla significativamente più piccola e, intraoperatoriamente, un caratteristico comportamento dell'iride.

C37LENTE MULTIFOCAL E AMO REZOOM: RISULTATI NEI PRIMI 50 CASI

D. Vitali
Delta View srl, Milano

Obiettivo: verificare i risultati clinici e refrattivi dell'impianto in occhi sottoposti ad intervento di cataratta o correzione refrattiva mediante facoemulsificazione. **Materiali e metodi:** è stato eseguito uno studio prospettico sui primi 50 casi sottoposti ad impianto. Sono stati rilevati i dati clinici e refrattivi con follow up minimo di 3 mesi e massimo di 12

mesi. In particolare sono stati analizzati: difetto visivo residuo per lontano; visus per vicino (30 cm); presenza di disftopsie. **Risultati:** il 94,0% dei casi ha presentato un difetto visivo per lontano compreso tra +/-0,5 D. Il 91,3% è risultato emmetrope. Nel 93,4% dei casi il visus per vicino è risultato uguale o migliore al III° carattere (J2). Nel 32,5% dei casi è risultata possibile la lettura non corretta del I° carattere (J1+). Il 6% ha lamentato disftopsie nei primi 3 mesi e il 2% a 12 mesi. **Conclusioni:** i dati clinici indicano che la lente multifocale Amo Rezoom può essere considerata una valida soluzione nella moderna chirurgia della cataratta e nella correzione dei principali difetti visivi, prebiopia compresa.

C38 ANALISI DELL'ABERRAZIONE SFERICA DOPO IMPIANTO DI 4 MODELLI DI LENTI INTRAOCULARI IN OCCHI AFFETTI DA CATARATTA

P. Garimoldi, M. Rossi, M. Schmidt, A. Aondio
Ospedale di Circolo, Busto Arsizio

Scopo del lavoro: valutare l'aberrazione sferica dopo impianto di 4 differenti tipi di IOL asferiche e non in occhi sottoposti ad intervento di cataratta. **Materiali e metodi:** 40 occhi con refrazione compresa tra +1,5 e -3 di equivalente sferico sottoposti ad intervento di facoemulsificazione e impianto di IOL. In 10 occhi è stata impiantata la lente Hoya AF1, in 10 occhi la lente asferica Ligi AS60, in 10 occhi la lente asferica Alcon Acrisof IQ, in 10 occhi la lente asferica Bausch e Lomb Acreeos Adapt. Acuità visiva naturale e corretta e aberrazione sferica sono state valutate dopo 10 e 30 giorni. **Risultati:** l'acuità visiva naturale e corretta non ha mostrato differenze nei diversi gruppi. Il grado di aberrazione sferica riscontrata è inferiore nei gruppi in cui sono state impiantate lenti asferiche con alcune differenze fra questi. **Conclusioni:** l'impianto di lente asferica dopo intervento di cataratta riduce l'aberrazione sferica residua. Differenze fra le varie lenti impiantate saranno più estesamente trattate nella esposizione dello studio.

C39 I PAZIENTI PREFERISCONO LE LENTI ASFERICHE?

F. Ferentini, A. Negri
Unità Operativa di Oculistica, Ospedale C. Cantù, Abbiategrosso

Obiettivo: valutare se il paziente avverte una differenza qualitativa tra LIO asferiche e LIO sferiche. **Materiali e metodi:** 30 pazienti operati di cataratta dallo stesso chirurgo, hanno ricevuto in un occhio una LIO biconvessa asferica AS60-LIGI e nell'altro una biconvessa sferica HQ203-HEXAGON. A 2, 10, 24,48 settimane si valutava: BCVA, sensibilità al contrasto, posizione della LIO tramite ecografia, dinamica pupillare nel range scotopico-fotopico. A 6, 12 mesi si chiedeva al paziente se avvertiva una differenza tra i due occhi nella visione monoculare, la motivazione, eventuali disturbi. **Risultati:** refrazione e visus erano sovrapponibili. La sensibilità al contrasto era migliore con le IOL asferiche a 6, 12 mesi. A 6 mesi 18 pazienti riferivano visione ugualmente nitida con i due occhi, 11 preferivano le asferiche e 1 la biconvessa. Questa differenza si riduceva a 1 anno. **Conclusioni:** le lenti asferiche forniscono una migliore sensibilità al contrasto, ma il paziente non percepisce importanti differenze tra le due lenti.

C40 MALATTIE RARE OCULARI: ESPERIENZA DEL REGISTRO MALATTIE RARE DEL VENETO

L. Pinello¹, M. Mazzucato², P.E. Maimone¹, M. Mazzarolo¹, L. Salmaso², P. Facchin²

1. Centro Regionale per l'Ipovisione in età pediatrica, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova
2. Registro Malattie Rare del Veneto, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Obiettivo: descrivere l'epidemiologia delle malattie rare oculari nella Regione Veneto, specialmente quelle dell'età pediatrica. **Materiali e metodi:** i dati provengono dal Registro Malattie Rare del Veneto (4.7 milioni di abitanti). Sono state considerate le patologie rare contenute nel Decreto rappresentanti le malattie dell'apparato visivo e altre condizioni aventi interessamento oculare appartenenti ad altri gruppi nosologici. Le analisi statistiche sono state eseguite con il package SAS. **Risultati:** sono presenti nel Registro 9.718 pazienti dei quali 30.2% sono pediatrici. I nomi di malattie rare oculari sono 15, 4 corrispondono a macrogruppi di patologie. Nel complesso i pazienti con diagnosi di malattia rara oculare sono 1429 (15% del totale). La quasi totalità presenta una diagnosi di malattia isolata dell'apparato visivo (91,4%), 239 (16,7%) appartengono all'età pediatrica. In questo sottogruppo le diagnosi più frequenti sono: distrofie retiniche ereditarie (31%); coloboma congenito del disco ottico (17%); albinismo (13%); aniridia (4,6%). **Conclusioni:** il Registro semplifica il percorso assistenziale del paziente e rappresenta uno strumento utile per favorire la presa in carico e la gestione degli esiti a distanza, che possono comportare ipovisione o cecità.

C41 ESITI FUNZIONALI VISIVI NELLA SHAKEN BABY SYNDROME (SBS)

L. Pinello¹, A. Aprile², P. Maimone¹, M. Mazzarolo¹, M. Rosa Rizzotto³, L. Visonà Dalla Pozza³, P. Facchin³

1. Centro Regionale per l'Ipovisione in Età Evolutiva, Dip. di Pediatria, Università di Padova
2. U.O. Medicina Legale, Dip. di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova
3. Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità, Dip. di Pediatria, Università di Padova

Obiettivo: lo scopo del lavoro è valutare l'esito funzionale in bambini con SBS accertata. **Materiali e metodi:** sono stati valutati 8 bambini sottoposti ad esame oftalmoscopico e con Ret-Cam in 4 casi. Sono stati eseguiti: esame obiettivo generale e neurologico, esami ematochimici, valutazione medico-legale, radiografia panoramica dello scheletro, TAC e RMN. **Risultati:** tutti i pazienti presentavano emorragie oculari: 7 emorragie diffuse e 6 di questi avevano anche emorragia subdurale; 5 bambini avevano associate emorragie preretiniche e uno presentava infarimento emorragico del nervo ottico. In 4 pazienti è stato possibile effettuare un follow-up funzionale visivo, che ha dimostrato una funzione visiva al di sotto o ai limiti inferiori della norma per età. La diagnosi di maltrattamento negli 8 casi accertati compare come diagnosi principale in 1 solo caso. **Conclusioni:** la SBS rappresenta una importante causa di perdita visiva ed il cerebral visual impairment rappresenta il danno visivo più frequente comportante ipovisione. Quando si trova un CVI da cause non ben specificate e siano legati ad una storia di trauma documentato come accidentale, una delle diagnosi a cui pensare è la SBS.

C42 TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'ESO-IPOTROPIA RESTRITTIVA PROGRESSIVA DEL MIOPE ELEVATO CON LA TECNICA DI YOKOYAMA

C. Schiavi, C. Bellusci

U.O. di Oftalmologia a Direzione Universitaria, Università di Bologna

Obiettivo: valutare retrospettivamente l'efficacia dell'intervento di Yokoyama nel correggere l'esotropia e l'ipotropia restrittiva progressiva mono- o bi-laterale causata dalla miopia elevata. **Materiali e metodi:** otto pazienti di sesso femminile affetti da eso-ipotropia restrittiva progressiva causata da miopia elevata sono stati sottoposti a intervento di unione dei muscoli retto superiore e retto laterale allo scopo di riportare il bulbo oculare all'interno del cono muscolare secondo la tecnica proposta da Yokoyama. In 5 pazienti lo strabismo era bilaterale, mentre in 3 era monolaterale. **Risultati:** in ogni paziente il ricollocamento del globo oculare all'interno del cono muscolare è stato confermato dalla RMN in proiezioni coronali. Il grado di massima abduzione è stato modificato dall'intervento passando da un valore medio preoperatorio di -46.5 gradi a un valore postoperatorio di +32 gradi e l'angolo medio di deviazione è passato da 70.5 gradi preoperatori a 15.3 gradi postoperatori. **Conclusioni:** l'intervento di Yokoyama è efficace sia nel riposizionare il bulbo oculare all'interno del cono muscolare che nel correggere l'eso-ipotropia restrittiva del miope elevato.

C43 GLI OCCHI "NORMALI" DEI PAZIENTI AMBLIOPICI POSSONO ESSERE CONSIDERATI REALMENTE NORMALI?

R. Halfeld Furtado de Mendonça, S. Abruzzese, B. Bagolini, F. Gagliardi, I. Nofroni, E. Rispoli

Reparto di Oculistica dell'Università "La Sapienza", Roma

Obiettivo: confrontare le risposte dei potenziali evocati visivi (PEV) relativi agli occhi non ambliopici ("normali") di pazienti ambliopici con le risposte del PEV di pazienti sani. **Metodo:** trentacinque bambini ambliopici con acuità visiva di 20/20 nell'occhio "normale", sono stati sottoposti al PEV. Di essi, 16 erano affetti da anisometropia, 6 da strabismo divergente e 13 da strabismo convergente. **Risultati:** i valori dell'ampiezza dell'onda P1, alle basse frequenze spaziali di stimolazione, hanno presentato differenze statisticamente significative (DSS) fra gli occhi "normali" dei bambini affetti da strabismo divergente e convergente e quelli dei bambini sani. Al contrario, non esistono DSS fra occhi "normali" di bambini con ambliopia da anisometropia e bambini sani. **Conclusioni:** la fisiopatologia è sicuramente differente fra i diversi tipi di ambliopia, conducendo a pensare che gli occhi "normali" dei bambini strabici non siano completamente sani anche se presentano un'acuità visiva di 20/20.

C44 SVILUPPO E VALIDAZIONE DEL MAIMONE ACUITY CONTRAST - PREFERENTIAL LOOKING TEST: TEST PREFERENZIALE A COLORI PER LO STUDIO DELL'ACUITÀ VISIVA, DEL CONTRASTO E DELLA PERCEZIONE CROMATICA, NEI BAMBINI IN ETÀ PREVERBALE E NEGLI IPOVEDENTI

P. Maimone¹, L. Pinello¹, M. Mazzarolo¹, E. De Stefani², H. Ferrat², L. Nicotina³

1. Centro Regionale per l'Ipovisione In Età Evolutiva, A.O.U. Padova

2. Facoltà di Psicologia, Università di Padova

3. Dipartimento di Ingegneria "Image", Università di Padova

Obiettivo: lo scopo è di sviluppare e validare un test di acuità visiva preferenziale sul principio di isoluminanza di uno stimolo costituito da due colori rappresentabili su un monitor LCD. **Materiali e metodi:** su un monitor 19 pollici, sono rappresentate frequenze spaziali da 0,32 a 6,4 cy/cm. Gli stimoli comprendono: bianco, nero, grigio, i primari (rosso, verde, blu) e i secondari (giallo, ciano, magenta). Sono stati testati bambini normali con visus normale (Teller Acuity Cards) e adulti normali con visus non corretto di circa 1/10. **Risultati:** il MAC-PLT, ha dimostrato una correlazione elevata con il Teller in b/n mentre i colori danno risultati in base al contrasto generato dalle coppie usate. In bambini con Cerebral Visual Impairment, l'uso del MAC-PLT con alcuni stimoli ha dato risultati migliori in termine di collaborazione e di risposta. **Conclusioni:** lo studio ha dimostrato la validità del test sia come strumento diagnostico, che per la ricerca sulla sensibilità al contrasto, e la percezione cromatica che ad oggi non hanno test specifici al di sotto dei 2-3 anni di età.

C45 LA PERSISTENZA DEL VITREO IPERPLASTICO PRIMITIVO: RISULTATI CHIRURGICI

S. Garuti, M. Nicoletti, M. Napoli, G. Tassinari

Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo dello studio: valutare i risultati anatomici e funzionali nei pazienti operati per persistenza del vitreo iperplastico primitivo. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo di 20 casi di persistenza monolaterale del vitreo iperplastico primitivo in età pediatrica. **Risultati:** 15 pazienti sono stati lasciati afachici per microftalmo o sanguinamento intraoperatorio, 5 sono stati impiantati in un secondo tempo e 5 al momento del primo intervento. Il visus medio a 3 anni di distanza dal primo intervento è risultato di 2/50 (range 1/100-3/10). Nessun intervento si è complicato con la totale perdita anatomica o funzionale del bulbo durante il follow-up. **Conclusioni:** la persistenza del vitreo iperplastico primitivo è una condizione clinica da gestire chirurgicamente per evitare la perdita anatomica del bulbo e in alcuni casi permettere un recupero funzionale.

C46 COLOBOMI UVEALI ISOLATI ED ASSOCIATI A PATOLOGIE OCULARI E SISTEMICHE

T. Hadjistilianou¹, S. De Francesco¹, M. Vanni¹, A. Cerase², P. Galluzzi²

1. Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università degli Studi di Siena

2. Unità di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera Senese

Obiettivo: scopo di questo lavoro è presentare casi di colobomi uveali isolati od associati a patologie oculari e/o sistemiche. **Materiali e metodi:** da una revisione di tutti i casi di patologia retinica in età pediatrica, giunti alla nostra osservazione per diagnosi differenziale di leucocoria negli ultimi 5 anni, 15 casi su 260 presentavano colobomi uveali isolati od associati a patologie oculari e/o sistemiche. Di ogni singolo caso sono stati presi in considerazione età, sesso, lateralità, quadro oftalmoscopico e neuroradiologico, presenza di sindromi multisistemiche. **Risultati:** tra i casi

esaminati abbiamo individuato colobomi uveali isolati, associati ad ipoplasia del nervo ottico, associati a retinoblastoma e in malattia di Aicardi. **Conclusioni:** i colobomi dell'uvea risultano da un arresto dello sviluppo dell'occhio tra la 4ª e la 5ª settimana di gestazione. Possono essere isolati od associati ad anomalie oculari e sistemiche. La malformazione può essere unilaterale o bilaterale, spesso asimmetrica. Il corretto inquadramento di questa patologia richiede una stretta collaborazione tra oculista, il neuropsiatra, il genetista ed il neuroradiologo.

C47 COROIDITE SERPIGINOSA E MULTIFOCALE DI NATURA TUBERCOLARE

M.S. Tognon, P.F. Mirabelli
Clinica Oculistica, Università di Padova

Scopo: evidenziare forme di uveite tubercolare del tutto simili alla coroidite serpiginosa o multifocale. **Materiali e metodi:** studio delle caratteristiche cliniche di 26 pazienti immunocompetenti con diagnosi di uveite tubercolare in un follow up di 28 mesi. Il 50% di tali pazienti evidenziava un coinvolgimento solo oculare della tubercolosi senza altri segni sistemici di malattia. **Risultati:** il 25% (6 pazienti) presentava una coroidite atipica rispetto ai tubercoli coroidali classici, con aspetto simile alla coroidite serpiginosa o multifocale. Tali pazienti avevano avuto un decorso clinico non responder alla terapia steroidea e in 2 di essi (4 occhi) (33%) si sviluppò una membrana neovascolare maculare. La prognosi visiva di tali pazienti fu inferiore a 5/10 in 10 occhi (83%), dei quali 6 occhi con un visus inferiore a 1/10, ciò in relazione alla progressione della malattia per l'errato trattamento. Nell'unico paziente nel quale fu instaurata una corretta terapia antitubercolare il visus finale fu di 10/10 nei due occhi. **Conclusioni:** l'eziologia tubercolare della coroidite serpiginosa o multifocale rappresenta spesso una sfida diagnostica per l'atipicità delle lesioni coroidali e l'assenza di segni extraoculari della malattia; tuttavia una corretta diagnosi porta ad un corretto trattamento a cui consegue una buona prognosi visiva.

C48 LUCI E OMBRE DEI FARMACI BIOLOGICI NELLA M. DI BEHÇET

G. Graziani, C. De Dominicis, M.S. Tognon
Clinica Oculistica, Università di Padova

Obiettivo: valutare l'efficacia dei farmaci biologici anti TNF- α nelle patologie infiammatorie autoimmuni oculari. **Materiali e metodi:** abbiamo utilizzato l'Infliximab in triplice terapia con bassi dosaggi di Methotrexate e steroidi in 6 pazienti affetti da malattia di Behçet con recidive frequenti e gravi resistenti alle comuni terapie immunodepressive. In un lungo follow-up (range 1-3 anni) abbiamo confrontato: il numero e l'entità delle recidive pre e post-trattamento, l'acuità visiva, il risparmio di steroidi e degli altri immunodepressivi. **Risultati:** il numero e la gravità delle recidive sono drasticamente diminuite dopo la terapia, l'acuità visiva è rimasta stabile ed è stato possibile ridurre sensibilmente il dosaggio della terapia steroidea e quindi i loro pesanti effetti collaterali a lungo termine. **Discussione:** le recidive avvenute dopo il trattamento si sono verificate in stretta relazione con i tempi di somministrazione, in particolare dopo solo una settimana dalla prima somministrazione e tentando di allungare l'intervallo tra le infusioni. **Conclusioni:** il trattamento con Infliximab sembra essere altamente efficace nella malattia di Behçet ma l'andamento delle recidive è strettamente correlato alla frequenza di somministrazione, si verifica infatti una farmacodipendenza correlata alla posologia.

C49 PREVALENZA DI DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ E POLIMORFISMO T1277C DEL GENE DEL FATTORE H DEL COMPLEMENTO IN UNA POPOLAZIONE ISOLATA DELLA SARDEGNA

M.C. Mallocci, G.F. Cappai, I. Zucca, M. Fossarello
Clinica Oculistica, Università di Cagliari

Obiettivo: accertare la prevalenza di degenerazione maculare senile (AMD) ed esaminare il ruolo del polimorfismo T1277C (Y402H) del gene CFH in un isolato genetico della Sardegna: Talana. **Materiali e metodi:** ottocento abitanti di Talana sono stati sottoposti ad un'indagine oftalmologica completa, con particolare riguardo alla AMD. Come popolazione di controllo sono stati utilizzati 49 pazienti affetti da AMD studiati presso la Clinica Oculistica dell'Università di Cagliari, e 70 soggetti sicuramente non affetti da AMD. **Risultati:** a Talana non è stato trovato alcun caso di degenerazione maculare essudativa. Tra i soggetti non affetti da AMD la frequenza dei genotipi era: 15% C-C; 40% C-T; 45% T-T. La frequenza del genotipo C-C a Talana era significativamente più bassa di quella dei soggetti non affetti da AMD (5.3% vs. 15% p=0.003). **Conclusioni:** il polimorfismo T1277C presenta un elevato rischio per l'AMD nella popolazione sarda, come già riportato per altri gruppi etnici, e può essere utilizzato come test per un programma di prevenzione e di diagnosi precoce.

C50 IMPIANTO DI LENTI FACHICHE DA CAMERA ANTERIORE (GBR) IN CASO DI MIOPIA ELEVATA; NOSTRA ESPERIENZA DOPO 4 ANNI DI FOLLOW-UP

G. Perone, F. Incarbone
Poliambulatorio ALSO, Saronno

Obiettivo: valutare l'impatto di una lente da camera anteriore ad appoggio angolare sull'endotelio. **Metodo:** 45 pazienti con miopia elevata con controindicazione a chirurgia laser sono stati sottoposti ad impianto di lenti fachiche da camera anteriore ad appoggio angolare (GBR/VIVARTE®). Tutti i pazienti sono stati sottoposti, prima e dopo l'intervento ad esame completo rifrattivo, a topografia e tomografia corneale, ad esame qualitativo e quantitativo dell'endotelio. **Risultati:** in tutti i casi si è ottenuto un miglioramento dell'acuità visiva corretta e non corretta; dai dati in nostro possesso, non emergono, anche per i pazienti con più lungo follow-up (4 anni) significative alterazioni a carico dell'endotelio. In un solo caso si è reso necessario l'espianto, seguito da sostituzione della lente, a causa di una non corretta calibrazione preoperatoria della lente. **Conclusioni:** l'impianto di lenti intraoculari fachiche da camera anteriore ad appoggio angolare rappresenta un valido strumento nella pratica chirurgica per la correzione della miopia elevata; una accurata selezione del paziente ed una appropriata scelta del potere e delle dimensioni della lente rappresentano un punto fondamentale per evitare pericolose complicanze quali la perdita di cellule endoteliali.

C51 IMPIANTO DI LENTI FACHICHE A FISSAZIONE IRIDEA: VALUTAZIONE DELL'ENDOTELIO A 5 ANNI

S. Benedetti, V. Casamenti
Casa di Cura Villa Igea, Ancona

Obiettivo: valutare i cambiamenti dell'endotelio dopo 5 anni dall'impianto di lenti fache a fissazione iridea per il trattamento della miopia elevata. **Materiali e metodi:** sono stati esaminati in modo prospettico 49 occhi di 30 pazienti sottoposti ad impianto di lente fache a fissazione iridea dal maggio 1999 a dicembre 2000. La microscopia speculare è stata effettuata prima dell'intervento e nel postoperatorio a 4, 12, 24, 36, 48 e 60 mesi; ad ogni controllo sono state valutate la densità delle cellule endoteliali (CD), il coefficiente di variazione (CV) e la percentuale di esagonalità (6A). **Risultati:** la perdita di cellule endoteliali media è stata del 2.3% a 4 mesi, del 3.5% a 12 mesi, del 4.7% a 24 mesi, del 6.7% a 3 anni, del 8.3% a 4 anni e del 9% a 5 anni; a 5 anni dall'intervento il CV medio si è ridotto, mentre la 6A è aumentata. **Conclusioni:** anche se si è osservata una perdita continua delle cellule endoteliali, questa è stata maggiore nei primi due anni, con una tendenza al rimodellamento endoteliale a 5 anni postoperatori.

C52 STUDIO CLINICO DELLA CORREZIONE DEI VIZI REFRAATTIVI TRAMITE LASER ALLO STATO SOLIDO - TRE ANNI DI ESPERIENZA

M. Schmidt, M. Rossi, A. Cazzola, P. Garimoldi, P. Giorgi, R. Pinna, G.L. Villa
Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Saronno, Tradate (Varese)

Scopo: valutare efficacia e sicurezza della correzione dei vizi rifrattivi con laser allo stato solido Katana Laserfoft. **Setting:** Ospedale di circolo di Busto Arsizio (VA). **Metodi:** sono stati trattati 959 occhi ($-2,61D \pm 3,12$ [eq. sf. medio \pm DS]); i pazienti sono stati valutati dopo 15 e 45 giorni e dopo 3, 6 e 12 mesi dall'intervento: è stata valutata l'acuità visiva non corretta e corretta e la refrazione postoperatoria. **Risultati:** dopo 45 giorni il 97,43% degli occhi ha mostrato una UCVA $\geq 0,5$, il 97,61% dopo 6 mesi, il 99,10% dopo 12 mesi. Prima dell'intervento l'85,19% degli occhi aveva una BCVA $\geq 1,0$; dopo 45 giorni il 72,12%, l'89,02% dopo 6 mesi, il 92,31% dopo 12 mesi. Dopo 6 mesi la refrazione post-operatoria è risultata $-0,01D \pm 0,34$ e dopo 12 mesi $0,02D \pm 0,24$. Dopo 6 mesi il 93,79% dei pazienti risultano avere una refrazione compresa in $\pm 0,50D$, dopo 12 mesi il 95,93% dei pazienti. **Conclusioni:** i dati clinici dei pazienti trattati mostrano l'efficacia, sicurezza e stabilità dei trattamenti refrattivi dello strumento.

C53 CONFRONTO CLINICO TRA LASER ALLO STATO SOLIDO E LASER AD ECCIMERI PER LA CORREZIONE DELLA MIOPIA

G.L. Villa, M. Rossi, A. Cazzola, P. Garimoldi, P. Giorgi, R. Pinna, M. Schmidt
Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Saronno, Tradate (Varese)

Scopo: valutazione dell'efficacia della procedura di cheratectomia fotorefrattiva (PRK) nella correzione della miopia utilizzando il laser allo stato solido LASERSOFT confrontato con il laser ad eccimeri Meditec C 70. **Setting:** Ospedale di circolo di Busto Arsizio (VA). **Metodi:** 278 occhi affetti da miopia o astigmatismo miopico composto con cilindro $\leq 0,75D$ ($-3,276D \pm 1,741$ [equivalente sferico \pm deviazione standard]) sono stati trattati con un laser allo stato solido (Lasersoft, Katana Technologies, Germany). I trattamenti sono stati confrontati con 186 occhi affetti da miopia o astigmatismo miopico composto con cilindro $\leq 0,75D$ ($-3,931D \pm 1,971$) trattati con il laser ad eccimeri Meditec C 70. Sono stati considerati i risultati refrattivi a 3 e 6 mesi; i risultati refrattivi sono stati sottoposti ad un'analisi vettoriale per permettere una migliore analisi statistica. **Risultati:** l'equivalente sferico dopo 3 mesi di follow-up è $-0,003D \pm 0,369$ nei pazienti trattati con il laser ad eccimeri e $0,027 \pm 0,290$ nei pazienti trattati con il laser allo stato solido; dopo 6 mesi di follow-up l'equivalente sferico è rispettivamente $-0,061 \pm 0,404$ e $0,025 \pm 0,196$. Il confronto tra i due gruppi dopo 3 mesi non mostra una differenza statisticamente significativa ($P:0,3496$) ed una debole significatività dopo 6 mesi ($P:0,0149$). I risultati a 6 mesi di follow-up sono stati divisi in base al valore refrattivo preoperatorio: nei gruppi $<-3D$, $-3D$ ($-3D \leq$ eq.sf. $<-4D$), $-4D$ ($-4D \leq$ eq.sf. $<-5D$) non è stata trovata una differenza statisticamente significativa; nel gruppo $-5D$ ($-5D \leq$ eq.sf. $<-6D$) si osserva una debole significatività ($P:0,0165$) ed una estrema significatività nel gruppo $>-6D$ ($P:0,0002$). **Conclusioni:** i dati refrattivi dei pazienti trattati mostrano l'efficacia della procedura refrattiva del laser allo stato solido rispetto ad un laser ad eccimeri convenzionale. I risultati suggeriscono una buona stabilità dei trattamenti in entrambi i gruppi; la differenza osservata nelle alte miopie sembra imputabile alla lieve regressione osservata nel gruppo dei pazienti trattati con laser ad eccimeri.

C54 MISURAZIONE DEL FLAP UTILIZZANDO IL MICROCHERATOMO ZYOPTIX XP

L. Spadea, A. Di Gregorio
Clinica Oculistica, Università degli Studi di L'Aquila

Obiettivo: analizzare lo spessore del flap, del diametro e della cerniera eseguito con il microcheratomo Zyoptix XP correlando le misurazioni con i dati preoperatori. **Metodi e metodi:** in questo studio prospettico sono stati trattati 29 occhi di 19 pazienti (età media $38,32 \pm 7,96$ anni, range 29-52) sottoposti a trattamento LASIK miopica ed ipermetropia. I flap corneali sono stati creati con il microcheratomo Zyoptix XP (Baush & Lomb) con piatto variabile da 120, 140 e 160 μm e anello di suzione di 9,5 mm. **Risultati:** lo spessore corneale medio con piatto 120 μm è stato di $108,33 \pm 19,22$ μm (range 85-120), usando il piatto 140 μm è risultato di $137,64 \pm 25,14$ μm (range 82-180) e con il piatto 160 μm è pari a $156,13 \pm 27,43$ μm (range 118-187). Il diametro medio del flap è stato di $9,5 \pm 0,49$ mm (range 9-10,5) e il valore medio della cerniera del flap è risultato $5,06 \pm 0,4$ mm (range 4,25-6). **Conclusioni:** lo studio ha evidenziato che il microcheratomo Zyoptix XP è uno strumento sicuro ed efficace con riduzione minima delle possibili complicanze.

C55 IOL TECNIS MULTIFOCALI: VALUTAZIONE DEI RISULTATI FUNZIONALI CON SLOWFAST

L. Spadea, A. Fiasca

Clinica Oculistica, Università degli Studi di L'Aquila

Obiettivo: valutare l'efficacia delle nuove IOL multifocali Tecnis ZM900 per la correzione della presbiopia in termini di acuità visiva per vicino, sensibilità al contrasto e presenza di diftopsie. **Materiali e metodi:** 16 occhi di 8 pazienti età media di 74.32±/5.67 anni sono stati sottoposti ad impianto di IOL Tecnis multifocali ZM900. Follow up è stato eseguito dopo una settimana e dopo un mese dall'intervento con SLOWFAST ad una distanza di 40 cm. **Risultati:** a 7 dall'intervento l'acuità visiva per vicino con la migliore correzione per lontano è risultata pari a J2 (20/25). La valutazione finale con SlowFast per la sensibilità al contrasto è risultata ottimale nell'81.2% dei casi e molto buona nel rimanente 18.8% dei casi. La presenza di diftopsie è stata rilevata nel 18.7% dei casi a tipo aloni stretti e nel 12.5% dei casi a tipo starburst. A 30 giorni dall'intervento la presenza di diftopsie è risultata solo nel 12.5% dei casi a tipo starburst. **Conclusioni:** nella nostra esperienza l'impianto bilaterale delle IOL Tecnis multifocali ha fornito ottimi risultati in termini di acuità visiva per vicino e lontano, di sensibilità al contrasto e di visione notturna.

C56 CHERATECTOMIA FOTOREFRATTIVA (PRK) IN PAZIENTI PRESBITI IPERMETROPI: STUDIO CLINICO A 6 MESI DELL'ASFERICITÀ CORNEALE, DELL'ERRORE ABERROMETRICO E DELLA PERFORMANCE VISIVA

L. Toto, O. Costantino, G. Di Marzio, A. Aharrh-Gnama, M. Nubile, L. Mastropasqua

Clinica Oftalmologia, Università "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

Obiettivo: analizzare l'afèricità corneale ed il pattern aberrometrico di pazienti presbiti ipermetropi sottoposti a cheratectomia fotorefrattiva (PRK), valutando l'effetto del trattamento sulla performance visiva. **Materiali e metodi:** 15 occhi di 15 pazienti ipermetropi presbiti sono stati trattati con PRK utilizzando un laser ad eccimeri flying spot (MEL 80). Sono stati valutati l'errore aberrometrico di elevato ordine, l'afèricità corneale (Q), l'equivalente sferico (SE), l'acuità visiva per lontano ad alto e basso contrasto non corretta (DUCVA) e meglio corretta (DBCVA), l'acuità visiva per vicino con correzione per lontano (DCNVA) e meglio corretta (BCNVA) con follow up a sei mesi. **Risultati:** a 6 mesi l'SE medio si era ridotto da 2.94D (range: 1.63/3.38 D) a 0.50D (range: -0.88/1.00 D) ($p<0.01$). La DUCVA e la DBCVA ad alto contrasto si sono modificate da 1.00 (range: 0.30/1.00) e 0.00 (range: -0.10/0.20) a 0.20 (range: -0.04/0.44) ($p<0.05$) e -0.02 (range: -0.10/0.10) ($p=ns$) rispettivamente. La DCNVA si è modificata significativamente da 7.00 J (range: 7.00-8.00) a 3.50 J (range: 1.00-7.00). La BCNVA era 1 J in tutti i casi con un addizionale 2.75 D (2.00/3.00) prima della chirurgia e di 1.75 D (0.00/3.00) ($p<0.05$) a 6 mesi. La performance visiva a basso contrasto non ha mostrato variazioni significative. Nel postoperatorio l'aberrazione sferica e l'afèricità hanno mostrato uno shift verso valori negativi passando rispettivamente da 0.24 μ m (range: -0.26/0.29) a -0.23 μ m (-0.57/0.10) ($p<0.05$) e da 0.01 (-0.70/0.12) a -0.57 (-0.79/-0.11) ($p<0.05$) rispettivamente. **Conclusioni:** la correzione dell'ipermetropia con PRK induce uno shift dell'afèricità verso valori negativi. Il correlato incremento dell'aberrazione sferica negativa induce un aumento della profondità di fuoco con miglioramento della visione per vicino associato ad un'ottima performance visiva per lontano.

C57 CHERATECTOMIA FOTOREFRATTIVA (PRK) ASFERICA ED ABERROMETRICA PER LA CORREZIONE DELLA PRESBIOPIA IN OCCHI MIOPI: STUDIO CLINICO A 6 MESI

L. Mastropasqua, L. Toto, O. Costantino, A. Aharrh-Gnama, A. Fanaro, P. Sulli

Clinica Oftalmologia, Università "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

Obiettivo: valutare le capacità funzionali per vicino e per lontano dopo correzione della presbiopia con cheratectomia fotorefrattiva (PRK) asferica ed aberrometrica in pazienti miopi, analizzando le modificazioni del pattern aberrometrico e dell'afèricità corneale. **Materiali e metodi:** 20 occhi di 20 pazienti presbiti miopi sono stati trattati con PRK a profilo asferico ed aberrometrico utilizzando un laser ad eccimeri flying spot (MEL 80). Sono stati valutati l'errore aberrometrico di elevato ordine, l'afèricità corneale (Q), l'equivalente sferico (SE), l'acuità visiva per lontano ad alto e basso contrasto non corretta (DUCVA) e meglio corretta (DBCVA), l'acuità visiva per vicino con correzione per lontano (DCNVA) e meglio corretta (BCNVA) con follow up a sei mesi. **Risultati:** a 6 mesi l'SE medio si era ridotto da -3.21±2.1 D a -0.46±0.44 D ($p<0.05$). La DUCVA e la DBCVA ad alto contrasto hanno mostrato una variazione da 0.83±0.2 e -0.09±0.1 a 0.23±0.24 ($p<0.01$) e 0.08±0.19 ($p=ns$) rispettivamente. La DCNVA si è modificata significativamente da 3.43±1.1 J a 1.71±0.5 J ($p<0.05$). La BCNVA era 1 J in tutti i casi con un addizionale di 1.39±0.5 prima della chirurgia e di 0.57±0.4 ($p<0.05$) a 6 mesi. La performance visiva a basso contrasto non ha mostrato variazioni significative. L'aberrazione sferica e l'afèricità hanno mostrato uno shift verso valori negativi passando rispettivamente da 0.18±0.1 μ m a -0.05±0.5 μ m ($p<0.05$) e da -0.01±0.12 a -0.45±0.4 ($p<0.05$). **Conclusioni:** la PRK miopica asferica ed aberrometrica mediante la realizzazione di un profilo prolatato e l'incremento dell'aberrazione sferica negativa consente in pazienti miopi presbiti una buona correzione del difetto rifrattivo garantendo un'ottima performance visiva per lontano ed un miglioramento delle capacità funzionali per vicino.

C58 VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE DELLE MEMBRANE EPIRETINICHE DOPO VITRECTOMIA

G. Bertoldo, S. Borin, C. Mansoldo, G. Marchini

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

Scopo: confrontare risultati anatomici e acuità visiva in pazienti operati di vitrectomia con peeling di membrana epiretinica (ERM). **Metodi:** 20 occhi sottoposti a vitrectomia e peeling. Valutazioni preoperatorie e a 1, 3, 6 e 12 mesi: acuità visiva per lontano e per vicino con valutazione soggettiva delle metamorfopsie, campo visivo programma Macula, Optical Coherence Tomography (OCT), retinografia. **Risultati:** l'acuità visiva media varia da 4.3/10 e 3 DW preoperatoriamente a 8.3/10 e 1 DW a 12 mesi. Il campo visivo Macula presenta post-operatoriamente riduzione del difetto medio da 24 dB a 17 dB. All'OCT rileviamo ERM assente in fovea nel 60% dei casi, con ripristino della depressione foveale nel 55%. Lo spessore retinico centrale medio varia dai 385 μ m pre-operatori ai 396 μ m a 1 mese, 349 μ m a 3 mesi, 321 μ m a 6 mesi, 340 μ m a 12 mesi. **Conclusioni:** i pazienti con ERM sottoposti a vitrectomia con peeling presentano un progressivo miglioramento dell'acuità visiva e del difetto campimetrico maculare. All'OCT evidenziamo riduzione dell'edema maculare e assenza di trazioni in sede foveale con ripristino della depressione foveale nella maggioranza dei casi.

C59 OCT-SLO VS STRATUS OCT NELLA PIANIFICAZIONE PREOPERATORIA DEI PUCKER MACULARI: PRIMA ESPERIENZA

S. Savastano¹, V. Piccirillo¹, M.C. Savastano², R. Pasqua¹, L. Tamburrini¹, C. Riccardi¹

1. Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Santa Scolastica, Cassino (FR)

2. Clinica Oculistica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivo: confrontare le 2 metodiche di analisi retinica nella valutazione preoperatoria dei pucker maculari.

Materiali e metodi: 7 occhi affetti da pucker maculare sono stati esaminati in fase pre e postoperatoria con OCT-SLO (OTI) e Stratus OCT (Zeiss). Gli elementi di confronto tra le metodiche sono stati:

1. la evidenza della trazione epiretinica e sua estensione
2. la documentazione di piani di clivaggio
3. lo spessore medio maculare.

Risultati: in tutti i casi esaminati le 2 tecniche hanno evidenziato la presenza di membrana epiretinica ed edema maculare trattivo. La scansione coronale (OCT-SLO) ha documentato in tutti i casi, con una sola immagine, la estensione della trazione epiretinica nonché la presenza di piani di clivaggio con rappresentazione tridimensionale; gli stessi dati andavano ricercati con scansioni multiple usando Stratus OCT senza ricostruzione 3D. La differenza nel calcolo dello spessore foveale non è risultata statisticamente significativa ($p < 0.001$). **Conclusioni:** l'OCT-SLO costituisce una valida alternativa allo STRATUS OCT nella valutazione preoperatoria dei pucker maculari. Consente una adeguata visualizzazione delle trazioni epiretiniche, della loro estensione nonché dei piani di clivaggio, utile dettaglio nella pianificazione del peeling delle membrane epiretiniche.

C60 LA CHIRURGIA EPISCLERALE DEL DISTACCO DI RETINA DA ROTTURA GIGANTE

S. Garuti, M. Nicoletti, M. Napoli, G. Petrucci

Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo dello studio: valutare i risultati anatomici e funzionali nei pazienti operati per distacco di retina regmatogeno da rottura gigante con approccio episclerale. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo di 20 casi consecutivi con almeno 2 anni di follow-up, operati da unico chirurgo. **Risultati:** in 18 casi è stato ottenuto il successo anatomico dopo il primo intervento, 2 casi sono recidivati. Le recidive sono state trattate con vitrectomia via pars plana e tamponamento con olio di silicone in un caso e tamponamento con C3F8 al 14% nell'altro caso; il successo chirurgico è stato ottenuto in entrambi i casi. I 7 pazienti con macula preservata hanno conservato l'acutezza visiva preoperatoria. Nei 13 pazienti con sollevamento maculare il recupero funzionale medio è stato di 6/10 (range 1/10-10/10). **Conclusioni:** il distacco di retina regmatogeno da rottura gigante non rappresenta un'indicazione assoluta alla vitrectomia via pars plana, l'approccio episclerale rimane una valida tecnica chirurgica in casi selezionati.

C61 EFFICACIA E SICUREZZA DELL'IMPIANTO DRENANTE DI BAERVELDT PER IL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA REFRAATTARIO

R. De Marco, P. Aurilia, A. Mele

P.O. Armacol, ASL NA1, Napoli

Obiettivo: determinare l'efficacia e la sicurezza dell'impianto drenante di Baerveldt in occhi affetti da glaucoma refrattario. **Materiali e metodi:** studio retrospettivo, non comparativo, di una serie di 12 occhi consecutivi (4 con cheratoplastica perforante, 6 con glaucoma neovascolare e 2 con glaucoma uveitico) sottoposti ad applicazione di impianto drenante da camera anteriore di Baerveldt (mod. BG-103-250). Criterio di successo chirurgico è stato considerato un valore di pressione intraoculare (PIO) tra 6 e 21 mmHg con o senza terapia farmacologia aggiuntiva e senza la necessità di ulteriori interventi antiglaucomatosi, nonché assenza di perdita di percezione luminosa o ftisi. **Risultati:** tutti gli occhi eccetto 1 hanno ottenuto il successo chirurgico al termine di un follow-up medio di 15.42 ± 6.4 mesi; 6 occhi (50%) non hanno richiesto ulteriore terapia farmacologia antiglaucomatosa. Le più comuni complicanze sono state: distacco di corioide in 3 occhi (25%), iposoma in 2 occhi (16.7%), edema maculare cistoide in 2 occhi (16.7%), fallimento del trapianto in 3 dei 4 occhi con cheratoplastica perforante. **Conclusioni:** l'impianto drenante di Baerveldt consente un adeguato controllo della PIO nella maggior parte degli occhi trattati (91.7%), tuttavia l'esito funzionale non è sempre soddisfacente, specie in occhi con cheratoplastica perforante per i quali è alto il rischio di fallimento del trapianto.

C62 STUDIO ULTRABIOMICROSCOPICO NELLA CICLODIASTASI

M. Modesti¹, M. Taloni², P. Colliardo², R. Santoro²

1. Casa di Cura Fabia Mater, Roma

2. Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma

Obiettivo: valutare mediante ultrabiomicroscopia lo stato morfometrico delle strutture coinvolte nell'intervento di ciclodiasiasi in pazienti affetti da glaucoma refrattario. **Materiali e metodi:** 25 occhi sottoposti a ciclodiasiasi sono stati esaminati mediante sistemi ad ultrasuoni ad alta frequenza. È stata valutata e misurata la pervietà della diastasi, sono state ricostruite immagini tridimensionali. Sono stati considerati inoltre i seguenti parametri: acutezza visiva, tonometria, perimetria automatica standardizzata, valutazione della papilla ottica. **Risultati:** in 17/25 occhi (68%) la ciclodiasiasi risultava aperta, in 7/25 occhi (32%) chiusa. I dati morfometrici sono stati correlati con i parametri clinici, in particolare con la tonometria. **Conclusioni:** il nostro studio ha dimostrato una buona correlazione tra l'apertura della ciclodiasiasi e la riduzione della pressione intraoculare. I risultati confermano l'importanza dell'ultrabiomicroscopia nella valutazione postoperatoria della chirurgia del glaucoma e il ruolo della ciclodiasiasi nel trattamento del glaucoma refrattario.

C63 DISFUNZIONE DEL NERVO OTTICO IN PAZIENTI CON SINDROME DA APNEA OSTRUTTIVA NOTTURNA (OSA)

P. Valente, T. Salgarello, L. Montrone, G. Stifano, A. Colotto, B. Falsini, E. Balestrazzi
Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del S. Cuore di Roma

Obiettivo: scopo dello studio era valutare elettrofisiologicamente la presenza di alterazioni del nervo ottico in pazienti con OSA. **Materiali e metodi:** sono stati inclusi 26 occhi di pazienti con OSA e 15 di soggetti normali correlati per età e sesso. La valutazione oculistica includeva perimetria computerizzata Humphrey 30-2 ed elettroretinogramma da pattern (PERG) in stato stazionario; quella pneumologica: SO_2 media, percentuale di tempo con $SO_2 < 90$, PaO_2 e $PaCO_2$ giornaliere. **Risultati:** nei pazienti l'ampiezza media del PERG risultava ridotta del 35% ($p < 0.01$) rispetto ai controlli, con ritardo di fase ($p < 0.05$). Le ampiezze del PERG dei singoli pazienti correlavano positivamente con la SO_2 notturna ($r = 0.39$; $p < 0.05$) e con la PaO_2 ($r = 0.72$, $p < 0.01$), negativamente con la $PaCO_2$ ($r = 0.6$; $p < 0.01$); l'indice perimetrico MD correlava positivamente con la $SO_2 < 90$. **Conclusioni:** Il presente studio ha evidenziato un'alterazione significativa subclinica della funzionalità del nervo ottico in pazienti con OSA e la sua associazione con alcuni parametri di funzionalità respiratoria.

C64 CONFRONTO TRA POLARIMETRIA A SCANSIONE LASER CON COMPENSATORE CORNEALE VARIABILE (GDx VCC) E TOMOGRAFIA A RADIAZIONE COERENTE (STRATUS OCT) NELLA DIAGNOSI PRECOCE DI GLAUCOMA

P. Brusini, M. L. Salvetat, C. Tosoni, L. Parisi
S.O.C. di Oculistica, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Udine

Obiettivo: confrontare l'abilità del polarimetro a scansione laser con compensatore corneale variabile (GDx-VCC) e del tomografo a radiazione coerente (Status-OCT) nel differenziare soggetti sani da pazienti affetti da glaucoma primario ad angolo aperto (GPAA) con danno perimetrico iniziale. **Metodi:** 95 pazienti con GPAA iniziale e 62 controlli sono stati inclusi nello studio. Tutti i partecipanti sono stati esaminati con il GDx-VCC e con lo Stratus-OCT, utilizzando le scansioni per la papilla ottica (OHN-scan) e per lo strato delle fibre nervose retiniche peripapillari (RNFL-scan). Sono state calcolate la sensibilità a specificità $\geq 90\%$ e l'area sotto la curva (AROC) relative ai vari parametri del GDx-VCC e dello Stratus-OCT. **Risultati:** la migliore AROC per lo Stratus-OCT è stata fornita dal parametro Cup/Disc Area Ratio (0.88) per la ONH-scan, e dal parametro Average Thickness (0.84) per la RNFL-scan. Il Nerve Fiber Indicator ha fornito la più ampia AROC (0.85) tra i parametri del GDx-VCC. **Conclusioni:** entrambi gli strumenti hanno mostrato una buona sensibilità e specificità nella diagnosi del danno glaucomatoso iniziale. I parametri più sensibili del GDx-VCC e dello Stratus-OCT hanno fornito AROCs comparabili.

C65 LA PERIMETRIA PULSAR NEL GLAUCOMA INIZIALE E NELL'IPERTENSIONE OCULARE

P. Brusini, M.L. Salvetat, C. Tosoni, L. Parisi
S.O.C. di Oculistica, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Udine

Obiettivo: testare la nuova perimetria Pulsar nella diagnosi precoce di glaucoma. **Materiali e metodi:** sono stati considerati 49 soggetti sani, 52 pazienti con ipertensione oculare (IO) e 97 pazienti con glaucoma primario ad angolo aperto (GPAA), dei quali 47 con difetti perimetrici iniziali (GPAA perimetrico) e 50 con campo visivo normale (GPAA pre-perimetrico). I pazienti sono stati esaminati con la perimetria automatica standard (PAS) (programma 30-2 SITA standard Zeiss-Humphrey) e con la perimetria Pulsar, che utilizza uno stimolo circolare formato da bande chiare e scure alternate. La risoluzione spaziale ed il contrasto variano durante il test. **Risultati:** la sensibilità della perimetria Pulsar, fissando la specificità a $\geq 90\%$, oscillava tra il 53.2% ed il 93.6% nel gruppo con GPAA perimetrico e tra il 36% ed il 54% nei GPAA pre-perimetrici. Una notevole percentuale di occhi con IO (dall'11,5 al 40,4%) presentava alterazioni significative. Il test è risultato più rapido rispetto alla PAS. **Discussione:** la perimetria Pulsar ha mostrato una buona sensibilità nella diagnosi di danno funzionale glaucomatoso nelle sue fasi iniziali, con un risparmio di tempo di circa il 60%.

C66 LA RIPRODUCIBILITÀ INTERSESSIONE PER LO SPESSORE DEL RNFL PERIPAPILLARE AL GDx-VCC IN SOGGETTI NORMALI E GLAUCOMATOSI

S. Da Pozzo, G. Di Stefano, G. Ravalico
Clinica Oculistica, Trieste

Obiettivo: valutare la riproducibilità intersessione degli spessori del RNFL peripapillare al GDx-VCC in soggetti normali e glaucomatosi. **Metodi:** ventinove soggetti sani e 29 glaucomatosi sono stati esaminati dallo stesso operatore con il GDx-VCC al baseline e dopo 1 settimana. I parametri considerati erano TSNIT Average e SD, Superior/Inferior Average, NFI. Il coefficiente di variazione (CoV) e quello di correlazione intraclasse (ICC) sono stati calcolati nei 2 gruppi, per ciascun parametro. **Risultati:** CoV era $< 6\%$ per TSNIT Avg, SA e IA in entrambi i gruppi. Per TSNIT SD i valori erano 13.7% e 11.4% e per NFI 82.9% and 13.3%, rispettivamente in sani e glaucomatosi. ICC era compreso tra .794 e .907 nei normali e tra .924 e .972 nei glaucomatosi. La differenza intersessione per TSNIT Average, SA e IA era $\leq 5\%$ nel 55-69% dei normali e nel 69-79% dei glaucomatosi. I corrispondenti valori per TSNIT SD erano 34.5% nei normali e 37.9% nei glaucomatosi. **Conclusioni:** i livelli di riproducibilità intersessione al GDx-VCC sono globalmente buoni, ma in alcuni casi le variazioni sono $> 10\%$. Occorre quindi cautela nel corso del follow-up per distinguere la variabilità fisiologica dall'assottigliamento reale.

C67 CORRELAZIONE TRA ETÀ E SPESSORE DELLO STRATO DELLE FIBRE NERVOSE CON LA POLARIMETRIA A SCANSIONE LASER

G. Di Stefano, S. Da Pozzo, L. Michelone, G. Ravalico
Clinica Oculistica, Università di Trieste

Obiettivo: indagare se l'invecchiamento è associato a variazioni significative dello spessore dello strato delle fibre nervose al GDx-VCC. **Materiali e metodi:** 324 occhi di altrettanti soggetti normali (età media: 56 anni \pm 14; range: 21-85) sono stati sottoposti a visita oculistica ed esame delle fibre nervose con il GDx-VCC. I valori medi di TSNIT,

Superior e Inferior Average sono stati calcolati in tutti i soggetti e dopo suddivisione per sesso e decenni d'età. I valori dei 3 parametri sono stati plottati vs. l'età e la funzione di regressione lineare calcolata. **Risultati:** l'invecchiamento è associato ad un significativo assottigliamento degli spessori (valore/anno: 0.08 μ , 0.16 μ , 0.12 μ , per TSNIT, Superior e Inferior Average, rispettivamente; $p < 0.001$), anche dopo analisi per decenni di età ($p < 0.001$ all'ANOVA). Per TSNIT Average un assottigliamento del 9,5% può essere stimato in un periodo di 65 anni. **Conclusioni:** l'analisi con il GDx-VCC conferma che invecchiamento e assottigliamento dello strato delle fibre sono correlati, anche se il fenomeno è meno pronunciato rispetto ai dati calcolati con precedenti versioni dello strumento.

C68 STUDIO CLINICO DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO TRAMITE SCLERECTOMIA PROFONDA CON IMPIANTO DRENANTE T-FLUX: VALUTAZIONE A TRE ANNI

M. Rossi, A. Cazzola, P. Garimoldi, P. Giorgi, M. Schmidt
Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Saronno, Tradate (Varese)

Scopo: valutare efficacia e sicurezza della sclerectomia profonda con impianto di impianto drenante T-Flux nel controllo della pressione intraoculare (PIO) in pazienti affetti da glaucoma ad angolo aperto. **Setting:** Ospedale di circolo di Busto Arsizio (VA). **Metodi:** sono stati trattati con sclerectomia profonda ed impianto drenante T-Flux 38 occhi di 33 pazienti affetti da glaucoma cronico ad angolo aperto. È stata considerata la pressione intraoculare ed il numero di farmaci utilizzati dal paziente a 12, 18 e 24 mesi dopo la terapia chirurgica. **Risultati:** la PIO preoperatoria è $22,7 \pm 5,8$ mmHg e dopo 24 mesi dalla terapia chirurgica è $15,2 \pm 3,8$ mmHg (IC 95%: 13,6;16,8). Il numero di farmaci utilizzati prima della terapia è $2,5 \pm 1$ e dopo la terapia $1 \pm 1,3$. Complete success rate (PIO < 21 mmHg senza utilizzo di farmaci) è 57%; qualified success rate (PIO < 21 mmHg con o senza utilizzo di farmaci) è 93%. La principale complicanza è stato l'ipoema nel postoperatorio osservato con una frequenza del 15,8%. **Conclusioni:** la sclerectomia profonda con impianto drenante T-Flux è una tecnica chirurgica efficace e sicura, e sembra mostrare una minore prevalenza di complicanze postoperatorie rispetto alla trabeculectomia.

C69 LA STADIAZIONE DEL DIFETTO GLAUCOMATOSO: ESTERMAN SCORE MONOCULARE SOPPESATO SULLA SOGLIA, READING EFFICIENCY INDEX E GLAUCOMA STAGING SYSTEM A CONFRONTO

A. Brombin, G. Delvecchio, C. Zambelli, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare se esiste una correlazione significativa tra punteggio funzionale soglia-correlato e stadiazione GSS nei campi visivi di soggetti glaucomatosi ai differenti stadi di malattia. **Materiali e metodi:** sono stati selezionati 50 occhi di pazienti affetti da glaucoma cronico semplice a differenti stadi di malattia. Mediante esame campimetrico statico in soglia con programma central 30-2 strategia "Sita Standard" in dotazione al perimetro HFA 740 sono stati estrapolati i seguenti parametri: il punteggio di Esterman monoculare dei 30° centrali soppesato sulla soglia o Efficiency Index ("EI-30°"), il punteggio per la valutazione del campo visivo dei 24° centrali utile nella lettura o "Reading Efficiency Index" ("REI-24°"), Glaucoma Staging System 2 di Brusini (GSS-2). **Risultati:** lo studio del coefficiente di correlazione (Pearson) fra i tre parametri ha mostrato una correlazione statisticamente significativa ($P < 0,01$) fra GSS-2 e REI-24° e tra GSS-2 e EI-30° ($p < 0,05$). **Conclusioni:** i tre sistemi utilizzati per la valutazione e stadiazione dei difetti del campo visivo sono parimenti efficaci nel monitorare la progressione dei difetti campimetrici glaucomatosi anche se nessuno di essi in teoria è specifico per il glaucoma.

C70 LA NOSTRA ESPERIENZA NELL'UTILIZZO DELLA VALVOLA EX-PRESS NELLA CHIRURGIA DEL GLAUCOMA

M. Pantanetti, M. Paci, S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti
Istituto di Scienze Oftalmologiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Obiettivo: valutare l'efficacia e la sicurezza dell'utilizzo della valvola Ex-press nella chirurgia del glaucoma in alternativa alla trabeculectomia. **Materiali e metodi:** 68 occhi (66 pazienti) che presentavano glaucoma non compensato dalla terapia medica o con grave intolleranza a questa è stato effettuato impianto di valvola Ex-press sotto sportello sclerale, previa instillazione Mitomicina allo 0,1%. 8 pazienti avevano già eseguito trabeculectomia, 11 erano tamponati con olio di silicone, 2 presentavano ipertono post 2 iniezioni di triamcinolone endovitreale. Sono stati impiantati 47 dispositivi Ex-press 50 e 21 dispositivi Ex-press 200. **Risultati:** la PIO media preoperatoria era 29,6 mmHg. La PIO media post operatoria è stata di 14,4 mmHg. In 62 (91,2%) casi i pazienti presentavano filtrazione del dispositivo impiantato, 52 (83,9%) di questi ultimi hanno interrotto l'utilizzo della terapia medica antiglaucomatosa dopo la chirurgia. In 6 (8,8%) casi il dispositivo impiantato non filtrava. Le principali complicanze sono state: 3 distacchi di corioide, e la valvola è stata rimossa in 3 casi. **Conclusioni:** la chirurgia del glaucoma mediante l'impianto con valvola ex-press rappresenta una alternativa alla chirurgia perforante con minori complicanze intraoperatorie.

C71 CONFRONTO TRA TONOMETRIA A RIMBALZO E TONOMETRIA AD APPLANAZIONE DI GOLDMANN IN PAZIENTI GLAUCOMATOSI: LA NOSTRA ESPERIENZA CLINICA

M. Rechichi, M. Fratto, V. Scorcìa, C. Catalano, F. Mesiani Mazzacuva, G. Pesce, G. Scorcìa
Cattedra di Malattie dell'Apparato Visivo, Università degli Studi Magna Græcia, Catanzaro

Obiettivo: Valutare l'accuratezza della tonometria a rimbalzo effettuata con tonometro ICare® rispetto tradizionale tonometria ad applanazione di Goldmann (GAT) considerando inoltre il ruolo dello spessore corneale. **Materiali e metodi:** 124 occhi di 65 pazienti affetti da glaucoma controllato dalla terapia ipotonizzante, sono stati sottoposti alla misurazione della pressione intraoculare (IOP) utilizzando prima il tonometro a rimbalzo I-Care® ed in seguito tramite GAT. Lo spessore corneale è stato misurato mediante un biometro A-Scan. **Criteri di esclusione:** importanti difetti di refrazione (> 7 D), processi infiammatori e/o infettivi del segmento anteriore. **Risultati:** media IOP ICare® 16,45 mm/Hg, media IOP GAT: 16,66 mm/Hg, spessore corneale medio: 559,52 μ . La correlazione tra la tonometria a rimbalzo e la GAT, valutata con il test di Pearson, è stata molto elevata ($R = 0,769$, $p < 0,0001$), dato confermato dalla differenza minima tra le medie pressorie dei due gruppi (0,21 mm/Hg, $p < 0,01$). **Conclusioni:** la tonometria a rimbalzo rappresenta una valida alternativa alla GAT, ma anch'essa risulta influenzata dallo spessore corneale nonostante la ridotta superficie di contatto della sonda.

C72 SINDROME DA OCCHIO SECCO E GLAUCOMA: EFFETTI SULLA QUALITÀ DI VITA

G.M.C. Rossi¹, A. Clemente²

1. Università degli Studi di Pavia, AO Bolognini, Seriate
2. Policlinico di Monza, Clinica San Gaudenzio, Novara

Obiettivo: verificare la presenza di sindrome da occhio secco (DES) ed il suo impatto sulla qualità di vita (QL) in pazienti sotto ipotonizzanti oculari. **Metodi:** studio trasversale su 90 glaucomatosi e 30 normali. Visita oculistica completa comprensiva di valutazioni della superficie oculare: F-BUT, iperemia congiuntivale, cheratite puntata. Compilazione di tre questionari NEI-VFQ 25-item, GSS (glaucoma symptom scale), OSDI (ocular surface index). **Risultati:** i pazienti presentavano DES con maggiore frequenza rispetto ai controlli ($p=0.011$). Il NEI-VFQ (questionario generico) evidenziava un effetto negativo della DES ($p=0.008$) nei pazienti. La GSS (specifica per il glaucoma) evidenziava una alterata sintomatologia nei pazienti rispetto ai controlli ($p=0.006$). L'OSDI (specifico per patologie corneali) non evidenziava un differente impatto della sintomatologia da occhio secco nei pazienti rispetto ai controlli ($p=0.78$). **Conclusioni:** la superficie oculare dei pazienti cronici va valutata per potere avviare ad una sintomatologia che può alterare la percezione di benessere psicofisico dei soggetti.

C73 PSEUDOEXFOLIATIO CAPSULAE (PEX) E GLAUCOMA: CORRELAZIONI CLINICHE E DATI EPIDEMIOLOGICI IN 160 PAZIENTI

D. Paoli¹, F. Pasutto², G.B. Marcon¹

1. SOC di Oculistica, Ospedale di Monfalcone (GO)
2. Istituto di Genetica, Università di Erlangen-Nürnberg (Germania)

Obiettivo: valutare l'incidenza del glaucoma ad angolo aperto e stretto in pazienti affetti da PEX. Ricercare la familiarità e l'ereditarietà della affezione mediante un questionario anamnestico in 160 casi di PEX. **Materiali e metodi:** 160 pazienti pseudoexfoliativ capsulae sono stati sottoposti a visita oculistica completa (esame alla LAF, tonometria, valutazione della papilla); sottoposti a Campo Visivo con programma 30/2 Humphrey e questionario anamnestico accertante la possibile familiarità glaucomatosa. **Risultati:** in 96 (60%) casi la sindrome exfoliativa era bilaterale, 65 su 160 erano maschi (40,6%), l'età media era di 76,1 anni. 83 (51,9%) pazienti presentavano glaucoma ad angolo aperto, 10 ad angolo occludibile. Sei (tre gruppi di due) erano parenti, solo 10 pazienti riferivano nel questionario anamnestico un familiare con glaucoma (6,2%), 5 pazienti affermavano di aver avuto un familiare cieco per cause non accertabili. **Conclusioni:** pseudoexfoliativ e glaucoma sono strettamente correlati; la PEX deve essere considerata come un importante fattore di rischio. La familiarità non può essere rilevata all'anamnesi per la particolarità della diagnosi e per l'età avanzata dei pazienti.

C74 GLAUCOMA: PRESSIONE ENDOCULARE E SITUAZIONE CLINICA DOPO SCLERECTOMIA PROFONDA CON IMPIANTO DI SK-GEL : FOLLOW-UP A SEI ANNI

S. Lippera, P. Ferroni, S. Morodei, M. Di Chiaro, A. Fiorani

ASUR Zona Territoriale n. 6 Fabriano U.O. Oculistica, Fabriano

Introduzione: una soluzione chirurgica, nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto (POAG), è la sclerectomia profonda (SP). Per verificarne l'efficacia abbiamo effettuato questo studio retrospettivo. **Materiali e metodi:** dopo sclerectomia profonda con sk-gel su 153 pazienti (190 occhi) sono stati esaminati i parametri: PIO (Pressione Intra Oculare), terapia, patologie associate, visus, campo visivo pre e postintervento, complicanze. **Risultati:** la PIO media prima era di 22,79 mmHg con uso medio 3 farmaci, a sette giorni 11,06, un mese 14,82, due mesi 15,25, sei mesi 15,93. Su 155 occhi ad un anno 16,11, tre anni 16,33 e sei anni 18,73 con un farmaco ipotonizzante. Rioperati 10 occhi. Le complicazioni transitorie avevano incidenza del 6%. **Conclusioni:** la SP con sk-gel controlla la PIO. Il tasso di fallimento è basso e le complicazioni pressoché assenti. La tecnica va considerata di prima scelta per il trattamento del POAG.

C75 EFFETTI DELL'EPIGALLOCATECHINGALLATO SULL'EMODINAMICA COROIDEALE E SISTEMICA IN PAZIENTI GLAUCOMATOSI

A. Boles Carenini, E. Tempo, F. Catena, F. Vitale Brovarone

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Clinica Oculistica Ospedale San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

Obiettivo: valutare gli effetti dell'epigallocatechingallato (EGCg) sull'emodinamica oculare e sistemica in pazienti glaucomatosi. **Materiali e metodi:** 25 glaucomatosi sono stati sottoposti a: tonometria di Goldmann, calcolo dei parametri emodinamici oculari mediante Langham OBF System, misurazione della pressione arteriosa omerale e della frequenza cardiaca, calcolo della pressione di perfusione oculare. Criteri d'esclusione: compenso tonometrico instabile, patologie cardiovascolari, diabete. I soggetti hanno incominciato ad assumere EGCg (135 mg/die) ed hanno ripetuto gli esami dopo 1 mese. I risultati sono stati confrontati con un altro gruppo di 25 glaucomatosi, omogeneo al primo, che non ha assunto EGCg. **Risultati:** la pressione intraoculare, la pressione arteriosa omerale, la frequenza cardiaca e la pressione di perfusione oculare non hanno presentato variazioni significative nei due gruppi ($p>0,05$). Il flusso coroideale invece ha subito un aumento del +18,48% (T di Student: $p = 0,0065$; ANOVA ad una via: $p = 0,043$) esclusivamente nei pazienti che hanno assunto l'EGCg. **Conclusioni:** l'epigallocatechingallato sembra determinare un aumento del flusso coroideale, senza influenzare gli altri parametri vascolari. Questi risultati preliminari invitano ad approfondire il possibile ruolo emodinamico di tale molecola nell'ambito della terapia antiglaucomatosa.

C76 STENOSI LACRIMALI PRESACCALI - CHIRURGIA TRADIZIONALE ED ENDOSCOPICA A CONFRONTO

P. De Liberato

Divisione Oculistica, Ospedale di Schio

Obiettivo: Confrontare l'efficacia della chirurgia tradizionale e di quella endoscopica nei casi di stenosi lacrimale pre-saccali. **Materiali e metodi:** sono stati trattati 40 pazienti con stenosi lacrimali canalicolari: 20 sono stati sottoposti a trattamento endoscopico e 20 sono stati sottoposti a lacrinostomia con tubo di Jones. Per valutare l'efficacia della metodica sono stati controllati nel post-operatorio e dopo 1-3-6-12 mesi, testando la soddisfazione soggettiva (miglioramento del quadro rispetto al preoperatorio), la pervietà al liquido di lavaggio, il menisco lacrimale ed il test di Jones. **Risultati:** vanno differenziati: se la stenosi è limitata (arresto molle al sondaggio) è sicuramente preferibile l'endoscopia, se è serrata risulta più efficace la chirurgia tradizionale. Nel primo caso, dei 20 pazienti trattati con l'endoscopia 6 (30%) sono rimasti pervi, dei restanti 14, di cui è ancora in corso il follow-up, 4 sono stati sottoposti a Canalicolo DCR, 6 a Lacrinostomia con tubo di Jones e 4 hanno rifiutato ulteriori trattamenti. Nel secondo caso, anche se 8 su 20 (40%) hanno avuto la necessità di una piccola revisione ambulatoriale nei primi sei mesi, 17 (85%) sono rimasti pervi a un anno. **Conclusioni:** valutando i pro e i contro delle due metodiche, sono risultati a favore dell'endoscopia la scarsa invasività e la rapidità di esecuzione, prevale invece la congiuntivodacriocistorinostomia per la maggior efficacia (specie nelle stenosi serrate) a fronte però di un maggior trauma ed impegno chirurgico. La chirurgia endoscopica, se eseguita correttamente, permette di risolvere circa il 30% dei casi di stenosi lacrimali pre-saccali evitando di ricorrere alla più traumatica chirurgia tradizionale con by-pass (lacrinostomia con tubo di Jones).

C77 DIAGNOSI PRECOCE DELLA NEUROTICOPATIA COMPRESSIVA (NOC) IN PAZIENTI AFFETTI DA OFTALMOPATIA AUTOIMMUNE TIROIDEA (TAO)

G. Carnovale Scalzo^{1,2}, A.F. Labonia², A. Paola^{1,2}, V. Scordia^{1,2}, D. Bruzzichessi^{1,2}, G.B. Scordia^{1,2}, G. Costante, G. Scordia^{1,2}

1. Cattedra di Malattie dell'Apparato Visivo, Università degli Studi Magna Græcia, Catanzaro

2. Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi Magna Græcia, Catanzaro

Obiettivo: valutazione precoce del danno a carico del nervo ottico in pazienti affetti da TAO senza segni clinici evidenti di NOC. **Materiali e metodi:** sono stati esaminati 82 occhi di 41 pazienti (29 donne - 12 uomini) di età media 50 aa affetti da TAO; tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica (oftalmologica ed ortottica) e strumentale (esame del campo Visivo, esame OCT e GDx). **Criteri di esclusione:** patologie oculari causa di riduzione dell'acuità visiva (miopia elevata, cataratta, diabete, otticopatie non autoimmuni). **Risultati:** Il 19% dei pazienti non presentavano alterazioni perimetriche, il resto (81%) una varietà di difetti perimetrici (riduzione della sensibilità foveale, difetti para-pericentrali). Il 65% dei casi evidenziavano alterazioni all'esame OCT, mentre il 50% dei pazienti presentava alterazioni dello spessore delle fibre nervose mediante analisi GDx. Tali dati risultavano correlabili al grado di attività della patologia. **Conclusioni:** nella diagnosi della NOC il danno funzionale è più precoce rispetto al danno anatomico e l'esame OCT risulta essere più sensibile rispetto al GDx.

C78 STUDIO PRELIMINARE NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE ALTERAZIONI DELLA MOTILITÀ OCULARE NELLA OFTALMOPATIA TIROIDEA AUTOIMMUNE (TAO)

G. Carnovale Scalzo, V. Scordia, D. Bruzzichessi, G.B. Scordia, A. Paola, L. Varano, V. Pendino, S. Parise, G. Scordia
Cattedra di Malattie dell'Apparato Visivo, Università degli Studi Magna Græcia, Catanzaro

Obiettivo: lo scopo dello studio è la diagnosi precoce, mediante esame EOMG, di alterazioni della motilità oculare in pazienti affetti da TAO senza evidenti segni clinici. **Materiali e metodi:** sono stati esaminati 40 occhi di 20 pazienti affetti da TAO senza segni oculari. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame della motilità oculare ed esame EOMG. I risultati sono stati confrontati con un gruppo di 23 soggetti di pari età e sesso senza alterazioni della motilità oculare e non affetti da TAO. Per la stimolazione e l'acquisizione del segnale è stato adoperato il sistema BM6000MOE ed il software WinEOMG, per l'elaborazione dei risultati è stato adoperato il software WinElabEOMG. **Risultati:** nel 15% dei pazienti osservati abbiamo riscontrato un aumento della dissinergia della velocità dei movimenti principali; nel 60% dei pazienti abbiamo riscontrato un aumento della velocità massima dei movimenti; nel 45% abbiamo riscontrato una riduzione della velocità media dei movimenti. **Conclusioni:** in pazienti affetti da TAO senza evidenti segni clinici oculari, l'analisi mediante il sistema EOMG potrebbe fornire un valore predittivo di alterazione della motilità oculare.

C79 RADIOCHIRURGIA STEREOTASSICA FRAZIONATA CON CYBERKNIFE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI DELL'ORBITA E PERIORBITARI

L. Fariselli¹, A. Merlotti², L. Bianchi², L. Brait¹, M. Possanzini², I. Milanese¹, S. Bianchi Marzoli³, M. Giò⁴, G. Broggi¹

1. Dip. Neurochirurgia, Istituto Neurologico C. Besta, Milano

2. Reparto Cyberknife, C.D.I., Milano

3. Dipartimento Oftalmologia Istituto S. Raffaele, Milano

4. Spec. Oftalmologia, C.D.I., Milano

Introduzione: descriviamo l'esperienza iniziale monoistituzionale nel trattamento dei tumori orbitari e periorbitari mediante radiochirurgia stereotassica frazionata con Cyberknife, con particolare attenzione ai limiti di dose per chiasma, nervo ottico e bulbo oculare. **Metodi:** 14 pazienti affetti da tumori intraorbitari/periorbitari (8 meningiomi, 2 neoplasie dei seni paranasali, 1 PNET, 1 metastasi, 2 linfomi della ghiandola lacrimale), 7 maschi, 6 femmine, 34-80 anni, sono stati trattati con radiochirurgia frazionata. 3 pazienti con visus assente, 4 con visus ridotto, 7 con funzione visiva normale. Sei pazienti presentavano esoftalmia, due proposi della neoplasia. La radioterapia è stata eseguita con 2-5 frazioni (4-7 Gy, isodose del 67-80%). Il limite di dose a nervo ottico, chiasma e bulbo oculare è stato di 5 Gy/frazione, ovvero per un massimo di 20 Gy complessivi. Esami clinici e della vista sono stati eseguiti in tutti i pazienti prima e ogni 6 mesi dopo il trattamento. **Risultati:** follow-up medio di 12 mesi. Un paziente perso al follow-up. Dei rimanenti con vista conservata nessuno ha sviluppato cecità, in 5 il visus è aumentato, in 3 ridotto l'esoftalmo. In un paziente la malattia è progredita in sede di trattamento dopo dieci mesi; gli altri valutabili sono stabili. Ad una setti-

mana dal trattamento un paziente con linfoma ha sviluppato un glaucoma acuto con dolore severo, controllato da terapia topica. Nessuna diminuzione dell'acuità visiva. **Conclusioni:** nei pazienti con funzione visiva conservata portatori di tumori intraorbitali e periorbitali la radioterapia frazionata è efficace e sicura. Ulteriori studi confermeranno i limiti di dose per gli organi a rischio.

C80 FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI 20 PAZIENTI AFFETTI DA LINFOMA CONGIUNTIVALE PRIMITIVO

P. Pichierri, E. Polito, A. Loffredo, A. Moramarco
Clinica Oculistica, Università di Siena

Obiettivo: valutare il follow-up a lungo termine di 20 pazienti affetti da linfoma congiuntivale primitivo. **Materiali e metodi:** sono state riesaminati 20 pazienti affetti da linfoma congiuntivale primitivo, osservati dal 1981 al 2005. Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti con linfoma congiuntivale che presentavano altre localizzazioni sia a livello orbitario e degli annessi sia a livello sistemico. In tutti i pazienti la diagnosi clinica è stata confermata dal prelievo bioptico della lesione. Il trattamento è stato il seguente: 14 pazienti sono stati semplicemente trattati con colliri corticosteroidi e osservati, mentre 6 sono stati sottoposti ad escissione chirurgica totale della lesione congiuntivale. **Risultati:** tutti i pazienti trattati chirurgicamente hanno mostrato una remissione completa. Dei 14 pazienti trattati con steroidi locali, 4 hanno mostrato una remissione completa mentre i restanti 10 hanno mostrato una remissione parziale. In nessun caso si è verificato un peggioramento del quadro clinico e nessun paziente ha sviluppato una localizzazione secondaria. **Conclusioni:** data la natura indolente del linfoma congiuntivale, l'asportazione chirurgica completa o la terapia locale con steroidi possono rappresentare un'alternativa terapeutica.

C81 MICROSCOPIA CONFOCALE CORNEALE CON "Z-RING ADAPTER" VS PACHIMETRIA ULTRASONICA NELLA DETERMINAZIONE DELLO SPESSORE CORNEALE CENTRALE

A. Ghirlando, C. Gambato, E. Brugin, E. Moretto, E. Midena
Clinica Oculistica, Università degli Studi di Padova

Obiettivo: valutare ripetibilità ed accuratezza della pachimetria con microscopio confocale e z-ring adapter (z-CS4) e determinarne la correlazione con la pachimetria ultrasonica (US). **Materiali e metodi:** due operatori hanno determinato lo spessore corneale centrale di 44 occhi di 44 soggetti con z-CS4 ed US, in sequenza casuale. **Risultati:** lo z-CS4 ha dimostrato un'elevata accuratezza nella determinazione dello spessore corneale centrale (Coefficiente di Correlazione Intraclassa (ICC) = 0.989; 95% IC 0.982-0.993; $p < 0.0001$) con una differenza media di $0.8 \pm 11.1 \mu\text{m}$ tra tre consecutive misurazioni dello spessore corneale di un singolo esame; un'elevata correlazione tra i due operatori (ICC = 0.896; 95% IC 0.830-0.937; $p < 0.0001$); un'elevata correlazione con US (Pearson's correlation index = 0.924; $Y = 1.013X + 18.542$; $R^2 = 0.8546$). Lo spessore corneale medio determinato risulta statisticamente differente tra i due metodi pachimetrici (US: $512.6 \pm 65.8 \mu\text{m}$; z-CS4: $487.8 \pm 60.1 \mu\text{m}$; $p < 0.0001$). **Conclusioni:** lo z-CS4 appare essere una tecnica accurata, non-invasiva e riproducibile per la determinazione dello spessore corneale centrale, e conferma quanto dimostrato da recenti studi che lo spessore corneale centrale è più sottile quando misurato con microscopio confocale.

C82 CHERATOPLASTICA PERFORANTE AUTOMATIZZATA SENZA TRAPIANTO ENDOTELIALE NEGLI STADI AVANZATI DI CHERATOCONO

V. Scorcia^{1,2}, S. Matteoni², M. Busin^{1,2}

1. Clinica Oculistica, Università "Magna Graecia", Catanzaro
2. Unità Funzionale Oculistica, Ospedale "Villa Serena", Forlì

Obiettivi: valutare l'efficacia di una nuova tecnica di cheratoplastica per il trattamento del cheratocono avanzato, preservando l'endotelio del ricevente. **Metodi:** in 24 occhi con cheratocono avanzato una lamella corneale anteriore (diametro = 9 mm, spessore = 200 μm) è stata sostituita con una lamella donatrice (diametro = 9 mm, spessore = 300 μm), entrambe ottenute mediante dissezione con microcheratomo. Poi il letto ricevente è stato trapanato a tutto spessore (diametro = 6.5 mm), lasciando tre piccoli ponti tessutali con una configurazione a trifoglio. Infine la lamella donatrice è stata fissata con sutura continua in nylon 10-0, mentre il lembo posteriore è stato lasciato aderire liberamente a quello anteriore. Sono stati valutati acuità visiva e refrazione 1,3,6 e 12 mesi dopo l'operazione. **Risultati:** ad appena 1 mese dall'intervento 20 su 24 pazienti avevano un'acuità visiva $\geq 5/10$ (correzione con occhiali) ed un astigmatismo refrattivo ≤ 4.0 diottrie. La media dei valori cheratometrici medi è diminuita da 63.33 a 42.45 D. **Conclusioni:** la cheratoplastica lamellare in combinazione con la trapanazione a tutto spessore del letto ricevente consente un trattamento efficace di pazienti con cheratocono avanzato, evitando il trapianto di endotelio.

C83 VALUTAZIONE DELL'ASPETTO ESTETICO DELLA CICATRICE DA DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCR) PER VIA ESTERNA

S. Cavazza, G.L. Laffi, L. Lodi, G.L. Possati, S. Primitivo, G. Tassinari
Unità Operativa Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: valutare l'importanza estetica della cicatrice post DCR esterna. **Materiale e metodi:** 57 occhi di 53 di pazienti operati per DCR esterna presso la Divisione Oculistica dell'Ospedale Maggiore di Bologna sono stati rivalutati ed interrogati sull'importanza cosmetica della cicatrice post DCR est. Attribuendo un punteggio di 0=minima, 5=massima visibilità. È stato allo stesso modo consegnato il disconfort postoperatorio alla rimozione della sutura. **Risultati:** l'età media era di 63 anni (max 81, min 22), 17 maschi, 36 femmine, tutti di razza bianca caucasica. I pazienti con la cicatrice invisibile sono stati quelli di età più avanzata, la più visibile si è riscontrata nei più giovani ed in quelli con maggior fastidio alla rimozione della sutura. La cicatrice è visibile (maggiore di 2) nel 7% dei casi (4 occhi). Sono state eseguite iniezioni sottocutanee di Triamcinolone in 2 cicatrici. In nessun paziente si è reso necessario un intervento di plastica a Z della cicatrice. **Conclusione:** la DCR per via esterna è risultata una tecnica con basso impatto cosmetico. La scelta con l'endonasale deve tener conto soprattutto dell'età e della razza.

C84 DOVE È L'ASSE. CHERATOCONO ED ASSE DEL CILINDRO: TOPOABERROMETRIA VS TOPOGRAFIA

S. Baiocchi, C. Mazzotta, C. Simi, C. Sforzi, A. Caporossi

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università di Siena

Obiettivo: valutare l'attendibilità del dato cilindrico generato dal cheratocono in termini di entità ed orientamento dell'asse (BSCC) rilevato topograficamente. **Materiali e metodi:** 50 occhi di 50 pazienti con astigmatismo congenito esaminati con topografo CSO EyeTop con analisi topografica assiale, tangenziale ed aberrometrica. La cheratometria della topografia è stata confrontata per entità ed asse del cilindro con il dato della analisi aberrometrica di superficie. Il valore ottenuto è stato poi valutato in termini di BSCVA. **Risultati:** l'analisi della correzioni a tempiale applicate sulle basi refrattive ed aberrometriche non mostrano differenze statisticamente significative nella BSCVA negli astigmatismi congeniti sia come entità che come asse. Non si rileva correlazione fra il dato topografico e la Best Spectacle Correction (BSC) negli occhi con cheratocono; correlazione statisticamente significativa ottenuta invece fra BSC e dato topo-aberrometrico. **Discussione:** il cheratocono rende scarsamente attendibili i dati di una topografia su base diottrica mentre il dato topo-aberrometrico appare attendibile per la valutazione e la individuazione della Best Spectacle Cylindrical Correction (BSCC) in occhi morfo-pachimetricamente patologici.

C85 CORRELAZIONE TRA SPESSORE CENTRALE DEL LETTO RICEVENTE CON SENSIBILITÀ AL CONTRASTO ED ACUITÀ VISIVA DOPO CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA: STUDIO PRELIMINARE

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

Clinica Oculistica, Università degli Studi di Verona

Obiettivo: correlare lo spessore centrale del letto ricevente (SCLR) nella cheratoplastica lamellare profonda (DLKP) con sensibilità al contrasto (SC), refrazione ed acuità visiva. **Metodi:** gli SCLR di 11 occhi, ad almeno un anno dall'intervento di DLKP, sono stati misurati con OCT3 (Carl Zeiss Meditec) ed UBM System 840 (Carl Zeiss Meditec) e poi correlati (Pearson) con sensibilità al contrasto (test di Pelli-Robson), refrazione e acuità visiva (BCVA). **Risultati:** la media degli SCLR ottenuti con UBM era $161.45 \pm 43.64 \mu\text{m}$ e con OCT3 $159.63 \pm 42.68 \mu\text{m}$. Le misurazioni ottenute con le due metodiche hanno mostrato alta correlazione ($r=0.990$). La BCVA media è stata di 0.89 ± 0.18 con una refrazione media in equivalente sferico (ES) di $-2.59 + 5.51 \text{ D}$ e una SC media di 5.36 ± 1.03 . È stata trovata alta correlazione tra BCVA e SCLR ($r=-0.708$), bassa correlazione tra SC e SCLR ($r=-0.567$), mentre nessuna tra SCLR e ES. **Conclusioni:** l'OCT sembra una tecnica accurata e non invasiva per valutare lo SCLR nelle DLKP. L'acuità e la qualità della visione sembrano essere fattori dipendenti dallo SCLR, mentre l'ES sembra invece indipendente.

C86 LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA (DALK) VERSUS CHERATOPLASTICA PERFORANTE (PKP) NEL CHERATOCONO. VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE DELL'ACUITÀ VISIVA E DELLA SENSIBILITÀ RETINICA AL CONTRASTO

G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari, A. Sincich

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Scopo: confrontare il recupero funzionale visivo in due gruppi di pazienti affetti da cheratocono e sottoposti ad intervento di cheratoplastica lamellare profonda (DALK) o cheratoplastica perforante (PKP). **Metodi:** è stato rivisto il decorso post-operatorio di 31 pazienti consecutivi affetti da cheratocono. Sono stati esclusi i pazienti con astigmatismo superiore a 4 diottrie, cataratta, ambliopia o in cui si era verificato rigetto. Di questi 19 (gruppo 1) erano stati sottoposti ad intervento di DALK e 12 (gruppo 2) ad intervento di PKP. La funzione visiva (BSCVA) e la sensibilità retinica al contrasto (SRC) sono state valutate dopo 18 mesi dall'intervento. **Risultati:** il gruppo 1 presentava una BSCVA di 0.8 (sd 0.15), il gruppo 2 di 0.78 (sd 0.18). La SRC (CST 1800D) alle frequenze spaziali di 1,5-3-6-12-18 cicli/grado è risultata nel gruppo 1 di 54,3-41,4-27,2-4,2 a 3 cd/m² e di 58-53,4-36,2-6,2-0 a 6 cd/m², nel gruppo 2 di 46,4-37,8-21,2-5,1-0,95 a 3 cd/m² e di 39,8-39,5-24,7-7,6-1,26 a cd/m². **Conclusioni:** al termine del follow-up non sono emerse differenze statisticamente significative tra il gruppo 1 ed il gruppo 2 per quanto riguarda la BSCVA e la SRC.

C87 CHERATOPLASTICA LAMELLARE CON LASER A FEMTOSECONDI; NOSTRA ESPERIENZA NEL CHERATOCONO

G. Perone, F. Incarbone

Poliambulatorio ALSO, Saronno

Obiettivo: applicare il laser intrastromale a femtosecondi alla tecnica già consolidata di Cheratoplastica Lamellare in caso di cheratocono. **Metodo:** dieci pazienti sono stati sottoposti a Cheratoplastica Lamellare; sia la lamella del donatore che quella del ricevente sono state preparate con l'impiego del Laser Intrastromale a Femtosecondi (IntraLase®); tutti i pazienti sono stati sottoposti, prima e dopo l'intervento ad esame completo rifrattivo, a topografia e tomografia corneale, ad microscopia confocale. **Risultati:** in tutti i casi si è ottenuto un miglioramento dell'acuità visiva corretta e non corretta; il difetto rifrattivo residuo principale è rappresentato dalla componente astigmatica. Non si sono avuti casi di reazioni avverse intra- o postoperatorie. **Conclusioni:** il Laser Intrastromale a Femtosecondi rappresenta un prezioso strumento nella pratica chirurgica della Cheratoplastica Lamellare, sia in caso di cheratocono che in caso di patologie che coinvolgono lo stroma corneale anteriore.

C88 L'UTILIZZO DELLA COLLA DI FIBRINA NELL'AUTOTRAPIANTO DI CONGIUNTIVA NELLA CHIRURGIA DELLO PTERIGIO

L. Conti, V. Sarnicola, S. Tarquini

Divisione di Oculistica, Ospedale Misericordia, Grosseto

Obiettivo: valutare l'efficacia e i vantaggi dell'utilizzo della colla di fibrina nell'autotrapianto di congiuntiva (AUC) nella chirurgia dello pterigio. **Disegno dello studio:** studio prospettico comparativo su casi clinici consecutivi. **Materiali e metodi:** 26 occhi di 26 pazienti sono stati sottoposti ad AUC con utilizzo di colla di fibrina (Gruppo A), 13 di 13 pazienti ad AUC con sutura in vicryl 7.0 (Gruppo B). Valutazione dei tempi chirurgici, delle complicanze intra-

operatorie e postoperatorie. Valutazione statistica comparativa tra i due gruppi del grado di senso di corpo estraneo, dolore, lacrimazione, fotofobia, disconfort ed interferenza visiva, con test delle differenze tra medie (test Z) ottenute mediante punteggio (0-4) attribuito a 1,7,15,30 gg dall'intervento. **Risultati:** in entrambi i gruppi, l'autotrapianto di congiuntiva è stato effettuato con successo. Il tempo medio chirurgico nel gruppo A 3,36 minuti vs 7,08 minuti nel gruppo B. Nessuna complicanza intraoperatoria in ambo i gruppi. 2 granuloma piogenico in sede di prelievo nel gruppo A, 1 nel gruppo B, 1 congiuntivite postoperatoria nel gruppo A, 1 recidiva nel gruppo A. 1 diastasi lemboletto nel gruppo B. 17 edema del lembo nel gruppo A, 6 nel gruppo B. Durata media dell'edema 15,8 gg. nel gruppo A, 20,8 gg. nel gruppo B. Lo studio statistico comparativo ha rilevato differenze statisticamente significative per i sintomi corpo estraneo, lacrimazione, disconfort e fotofobia a partire dal 7 giorno postoperatorio nel gruppo A. La distribuzione dei valori è risultata essere sensibilmente più omogenea nel gruppo A, indicando una risposta migliore, più ripetibile e prevedibile. **Conclusioni:** l'uso della colla di fibrina nell'autotrapianto di congiuntiva è risultata efficace, con il vantaggio di ridurre i tempi chirurgici, di migliorare il confort del paziente nel postoperatorio.

C89 CHERATOPLASTICA LAMELLARE ANTERIORE PROFONDA VERSUS CHERATOPLASTICA PENETRANTE NEL CHERATOCONO

V. Sarnicola, L. Conti, D. Ballerini, D. Gentile
Divisione di Oculistica, Ospedale Misericordia, Grosseto

Obiettivo: comparare i risultati terapeutici dopo cheratoplastica lamellare anteriore profonda (DALK) e cheratoplastica perforante (PKP) in pazienti con cheratocono e riportare la nostra esperienza con DALK. **Disegno dello studio:** studio retrospettivo comparativo. **Metodi:** 156 DALK (19 con la tecnica di Tsubota (12,17%), 41 con la tecnica di Sugita (26,28), 12 con la tecnica di Melles (7,69%) e 84 con la tecnica di Anwar), sono stati studiati retrospettivamente in 118 pazienti affetti da cheratocono. Sono stati valutati l'incidenza delle micro e macroperforazioni della Descemet, la formazione di doppia camera e la capacità chirurgica di essere descemetici o predescemetici. È stata valutata comparativamente l'acuità visiva pre e postoperatoria, la sensibilità al contrasto, l'astigmatismo topografico, la perdita endoteliale e lo spessore corneale in 60 DALK ed in 60 PKP. **Risultati:** durante la DALK sono avvenute 12 microperforazioni su 156 (7,69%), 5 macroperforazioni su 156 occhi (3,20%). 2 DALK su 156 (1,28%) sono state convertite in PKP. La doppia camera si è verificata in 3 casi (1,9%): 1 è stata convertita in PKP. Le DALK sopravvissute sono state 153/156 (98%). Le DALK descemetiche sono state 77/156 (49,35%), l'incidenza di perforazioni è stata minore con la tecnica di Anwar (7,1%). Nello studio comparativo tra DALK (60 occhi) e PKP (60 occhi) non sono stati trovati differenze statisticamente significative eccetto per la perdita di cellule endoteliali che è risultata altamente significativa per il gruppo PKP ($p = 0$). **Conclusioni:** nel cheratocono la DALK da risultati funzionali comparabili alla PKP riducendo la perdita di cellule endoteliali. La tecnica di Anwar è la nostra prima scelta.

C90 MANIFESTAZIONI CORNEALI E CONGIUNTIVALI NELLA MALATTIA DI FABRY: STUDIO MICROSCOPICO IN VIVO

M. Nubile, M. Lanzini, T. Liberali, O. Costantino, P. Barile, L. Mastropasqua
Clinica Oftalmologia, Università "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

Obiettivo: valutare la morfologia corneale e congiuntivale in pazienti con cheratopatia verticillata nella malattia di Fabry (FD) mediante microscopia confocale in vivo (IVCM). **Tipo di studio:** osservazionale su serie di casi. **Materiali e metodi:** l'esame di IVCM è stato effettuato in 12 occhi di 6 pazienti (3 M, 3 F) affetti da FD, appartenenti a due differenti famiglie, portatori della stessa mutazione genetica. La morfologia corneale e congiuntivale è stata analizzata utilizzando la microscopia confocale a scansione laser e a luce bianca. **Risultati:** la microscopia confocale ha mostrato due differenti tipi di alterazioni epiteliali corneali. I tre pazienti emizigoti (M) hanno presentato inclusioni intracellulari iper-riflettenti, localizzate nel contesto dell'epitelio basale, mentre nelle tre pazienti eterozigoti (F) si è riscontrata una diffusione fine di materiale riflettente a livello dell'epitelio superficiale, basale e della membrana basale, in tutti gli occhi. Il complesso membrana basale - Bowman è apparso irregolare, distorto e disomogeneo in tutti i casi analizzati. Si è osservato l'incremento di riflettività stromale dovuto a haze ed epithelial ingrowth, con inclusioni intraepiteliali riflettenti, in uno dei pazienti emizigoti. In tutti i pazienti l'interessamento epiteliale congiuntivale è stato osservato come inclusioni intracellulari brillanti presenti sia nella congiuntiva tarsale che in quella bulbare. La densità e la severità di tali lesioni congiuntivali è apparsa più pronunciata nella congiuntiva tarsale. **Conclusioni:** Sebbene la cornea verticillata indotta da FD a causa di accumulo di glicosfingolipidi sia considerata primariamente una malattia corneale, l'esame con IVCM ha mostrato alterazioni strutturali interessanti complessivamente tutti gli epitelii della superficie oculare. Non è ancora chiaro se i differenti tipi di lesioni epiteliali osservati per gli emizigoti e le eterozigoti sia dipendente da differenti meccanismi fisiopatologici. La microscopia confocale può essere di ausilio clinico nella diagnosi di manifestazioni corneali e della superficie oculare in corso di FD, e nell'analisi delle variazioni durante il monitoraggio degli effetti della terapia enzimatica sostitutiva.

C91 IL RIGETTO NELLA CHERATOPLASTICA LAMELLARE: NOSTRA ESPERIENZA

C. Monterosso, A. Zampini, E. Bohm
Divisione di Oculistica, Azienda Ospedaliera ULSS 12 Veneziana, Mestre

Obiettivo: descrivere frequenza e tipologia di rigetto del lembo osservata in pazienti sottoposti a cheratoplastica lamellare anteriore profonda (DALK). **Tipo di studio:** retrospettivo, osservazionale su serie consecutiva di casi. **Materiali e metodi:** dal 2002 a oggi abbiamo sottoposto a DALK 60 occhi di 59 pazienti. Tale serie di casi è stata analizzata retrospettivamente descrivendo l'incidenza di episodi di rigetto, il tempo di insorgenza e le caratteristiche cliniche. **Risultati:** 6 occhi di 5 pazienti (10%) hanno sviluppato un rigetto del lembo tra il 2° e il 12° mese dal trapianto. In 3 casi si trattava di rigetto epiteliale, in 1 di rigetto epiteliale e stromale e in 2 di rigetto stromale profondo con interessamento endoteliale. La terapia steroidea topica ha portato alla risoluzione del rigetto in 4 casi; in 1 caso abbiamo aggiunto cortisone sistemico e ciclosporina topica; in 1 caso di rigetto epiteliale con difetto epiteliale persistente, abbiamo applicato una membrana amniotica a patch che ha permesso un buon recupero funzionale e visivo. In nessun caso abbiamo osservato perdita di cellule endoteliali. In 1 caso di rigetto profondo è residua una opacità stromale con lieve perdita di acuità visiva. **Conclusioni:** nella nostra esperienza la DALK non è scevra dal rischio di reazioni di rigetto importanti che possono comprometterne l'esito funzionale.

C92 DAB (DOUBLE AIR BUBBLE) IN DALK. STANDARDIZZAZIONE DI UNA TECNICA MANUALE

C. Forlini, S. Dolce, A. Aversano, P. Rossini

Divisione di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Scopo: "DAB" (Double Air Bubble), tecnica personale di cheratoplastica lamellare profonda che riunisce i concetti della Dalk e della Big Bubble, con aggiunta di soluzioni originali per sviluppare una tecnica ripetibile e standardizzabile. **Metodi:** 23 pazienti: 21 affetti da cheratocono, 1 da distrofia stromale ereditaria, 1 da esiti di Herpes Simplex (età media 45 anni, 11 femmine, 7 maschi). Acuità visiva media 1.5/10. **Fasi chirurgiche:** aria in c.a., tunnel pre-descemetico, iniezione di aria nello stroma con ago vitreoretinico da 41 gauge, trapanazione corneale, posizionamento e sutura del lembo-donatore. **Risultati:** in 21 casi la tecnica è stata portata a termine (5 microperforazioni), mentre 2 hanno richiesto la conversione in cheratoplastica perforante. Acuità visiva media postop: 8.3/10. Follow up: 22 mesi. **Conclusioni:** alternativa alla cheratoplastica perforante, soprattutto in pazienti giovani (minor perdita di cellule endoteliali, minor astigmatismo post-operatorio e minor rischio di rigetto). La DAB, dopo adeguata curva di apprendimento, risulta essere una tecnica semplice e standardizzabile nell'esecuzione. Pur non essendo esente da rischio di microperforazione, va comunque sempre tentata prima di passare ad una cheratoplastica perforante.

C93 SALDATURA CORNEALE LASER-ASSISTITA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA

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

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

2. Istituto di Fisica Applicata, CNR, Firenze

Obiettivo: presentare un review sulla sperimentazione clinica della sutura corneale con laser a diodo nella chirurgia della cataratta, nella cheratoplastica perforante e lamellare. **Materiali e metodi:** la sutura laser-indotta dello stroma si basa sulla fotoattivazione del collagene con laser a diodo a 810 nm, previa applicazione nel taglio di una soluzione di Indocianina Verde. Nella PK (50 pazienti), la tecnica è impiegata in sostituzione delle sutura continua. Nella LK (8 pazienti), effettuata con laser a femtosecondi, la saldatura laser viene eseguita senza punti di ancoraggio nei casi di lamellare profonda. **Risultati:** la saldatura laser determina sigillatura immediata del taglio e riduzione dei tempi chirurgici. Maggiormente significativo risulta il processo di riparazione del tessuto corneale, caratterizzato da minore reazione infiammatoria e da rapido processo di guarigione, con migliore ristrutturazione dell'architettura stromale. L'astigmatismo post-operatorio risulta stabilizzato fino dal primo mese con valore medio di 3.5 D. **Conclusioni:** la tecnica di sutura laser-assistita ha dimostrato semplicità di esecuzione, assenza di effetti collaterali, riproducibilità della procedura, processo di guarigione efficiente e risultati clinici soddisfacenti, che ne prospettano l'uso routinario.

C94 APICE DEL CHERATOCONO: INDAGINE CON TOPOGRAFIA A RIFLESSIONE CSO E CON TOMOGRAFIA CORNEALE A SCANSIONE ORBSCAN II

M. Lazzarotto, S. Baiocchi, A. Paradiso, A. Caporossi

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, Università di Siena

Obiettivo: valutare differenti algoritmi di calcolo (assiale, tangenziale ed altitudinale) con topografia a riflessione in cornee affette da cheratocono al I e II stadio rispetto al dato tomografico. Determinare un metodo rapido e ripetibile per valutare la posizione dell'apice. **Materiali e metodi:** 40 occhi affetti da cheratocono al I e II stadio sono stati valutati tramite topografia a riflessione (CSO EyeTop) e tomografia a scansione (B&L Orbscan II). La posizione dell'apice del cheratocono è stata rilevata in termini di maggior curvatura e di maggior elevazione utilizzando differenti algoritmi e confrontata con quella tomografica elevativa e pachimetrica. **Risultati:** in tutti gli occhi l'apice del cono con analisi altimetrica a riflessione (punto più elevato rispetto ad una sfera di riferimento) ed a scansione risulta infero-temporale. Per entrambe le metodiche la sede di massima elevazione è risultata ben correlabile al punto di minor spessore corneale. **Conclusioni:** l'analisi altimetrica della superficie di cornee trasparenti affette da cheratocono al I e II stadio appare la metodica maggiormente informativa per la localizzazione dell'apice del cheratocono e risulta ben correlabile ai dati ottenuti dall'indagine tomografica.

C95 CHERATOPLASTICA A FUNGO CON MINIMO TRAPIANTO ENDOTELIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE OPACITÀ CORNEALI A TUTTO SPESSORE

S. Matteoni¹, V. Scordia^{1,2}, M. Busin¹

1. Unità Funzionale Oculistica, Ospedale "Villa Serena", Forlì

2. Clinica Oculistica, Università Magna Graecia, Catanzaro

Obiettivi: valutare una nuova tecnica di cheratoplastica volta a trattare le opacità corneali a tutto spessore, preservando al tempo stesso la maggiore quantità possibile di endotelio del ricevente. **Metodi:** una combinazione di cheratoplastica lamellare anteriore di 9.0 o 9.5 mm e cheratoplastica lamellare posteriore di 5.0 o 6.5 mm (cheratoplastica a fungo) è stata eseguita in 25 occhi affetti da varia patologia. In tutti i casi è stato suturato solamente il bottone corneale anteriore con sutura continua in nylon 10-0, mentre il lembo posteriore è stato lasciato aderire liberamente a quello anteriore. Sono state valutate visus e refrazione 1,3,6 e 12 mesi dopo l'operazione. **Risultati:** dopo la rimozione completa della sutura (entro 5 mesi dopo l'intervento in tutti i casi), 22 pazienti avevano un'acuità visiva $\geq 5/10$ con correzione con occhiali ed una correzione astigmatica ≤ 4.0 diottrie. **Conclusioni:** la cheratoplastica a fungo permette la riabilitazione visiva di pazienti con opacità corneali a tutto spessore consentendo anche un risparmio di endotelio del ricevente con risultati almeno altrettanto favorevoli di quelli della cheratoplastica tradizionale.

PO1 MANIFESTAZIONI OCULARI DELLA MALATTIA DI FABRY NEL FABRY OUTCOME SURVEY (FOS). RISULTATI PRELIMINARI CON NUOVO FILE DI RACCOLTA DATI OFTALMOLOGICI

A. Sodi¹, L. Vannozzi¹, A. Ioannidis², A. Metha³, S. Pitz⁴, M. Beck⁵, U. Menchini¹

1. Clinica Oculistica di Firenze
2. Department of Ophthalmology, Royal Free Hospital, London
3. Lysosomal Storage Disorders Unit, Royal Free Hospital, London
4. Children Hospital, University of Mainz, Germany
5. Department of Ophthalmology, University of Mainz, Germany

Obiettivo: studio delle alterazioni oculari nella malattia di Fabry, raro disordine da accumulo lisosomiale. Valutazione dei risultati ottenuti con nuovo file di raccolta dati del Fabry Outcome Survey (FOS), ampio database relativo ai pazienti affetti da malattia di Fabry. **Materiali e metodi:** il file di raccolta dati oftalmologici è stato recentemente modificato distinguendo la tortuosità dei vasi congiuntivali e retinici ed introducendo una scala di gravità delle alterazioni oculari. In questo studio preliminare abbiamo considerato 85 pazienti FOS, con particolare attenzione alle alterazioni della cornea e dei vasi. **Risultati:** la cornea verticillata è stata riportata nel 60% delle donne e nel 56.4% degli uomini; la tortuosità dei vasi congiuntivali nel 23.7% delle donne e nel 40% degli uomini; la tortuosità dei vasi retinici nel 21.9% delle donne e nel 28.6% dei maschi. Le alterazioni oculari, quando presenti, tendono ad essere più gravi nei pazienti più anziani. **Conclusioni:** lo studio del nuovo file oftalmologico del FOS può fornire interessanti informazioni cliniche. La cornea verticillata è l'alterazione oculare più frequente nella malattia di Fabry.

PO2 PROGETTO AFIA - LUCE PER L'AFRICA

K. Kyenge¹, L. Avoni¹, A. Fantì¹, A. Sartori¹, E. Conte¹, L. Cappuccini¹, L. Baldassarri², V. Distefano², F. Capotosto², G. Mazzini², C. Boni², T. Grispino², D. Grispino²

1. Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
2. Collaboratori esterni sul Progetto Afia (Luce per l'Africa) - Associazione DAWA

Materiale e metodi: missione in Congo nella Regione del Katanga per la prevenzione della cecità sulle seguenti patologie: cataratta e glaucoma. Formazione del personale autoctono. **Risultati:** sono state eseguite 600 visite oculistiche, 30 interventi per glaucoma, 40 interventi per cataratta, 20 interventi per annessi, 5 interventi per cataratta congenite, 5 interventi per impianto secondari con fissazione sclerale, 10 discissioni della capsula posteriore in pseudofachici + vitrectomia via pars plana. **Conclusioni:** ottimi risultati raggiunti grazie alla collaborazione ed alla formazione del personale locale autoctono. Il metodo didattico utilizzato con corsi teorici-pratici sono stati raggiunti grazie al sostegno materiale tecnologico e strumentario alle strutture locali.

PO3 STUDIO PROSPETTICO COMPARATIVO FRA MICROFACOEMLSIFICAZIONE BIMANUALE E FACOEMLSIFICAZIONE MINICOASSIALE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

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

Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare i parametri intraoperatori, ed i risultati clinici postoperatori in pazienti operati di cataratta mediante microfacoeMLSificazione bimanuale in un occhio e mediante facoeMLSificazione minicoassiale nell'occhio adelfo. **Materiali e metodi:** 50 pazienti sono stati sottoposti a microfacoeMLSificazione di cataratta, con tecnica bimanuale in un occhio e con tecnica coassiale nell'occhio adelfo. Intraoperatoriamente sono stati valutati: EPT, power, U/S time ed il tempo operatorio, il consumo di BSS. Postoperatoriamente sono stati valutati il visus, l'astigmatismo indotto, la conta endoteliale e lo spessore corneale e le eventuali complicanze a 1, 7, 30, 90 giorni. **Risultati:** i parametri intraoperatori non hanno rilevato differenze significative, salvo che per il consumo di BSS, che è minore nella tecnica bimanuale. I risultati clinici non hanno dimostrato differenze significative per quanto riguarda il visus, l'astigmatismo indotto, la perdita endoteliale e lo spessore corneale. **Conclusioni:** non esistono differenze significative fra la tecnica bimanuale e quella coassiale, sebbene l'impressione clinica soggettiva è quella di un recupero funzionale leggermente più rapido nella microfacoeMLSificazione bimanuale.

PO4 TECNICA PERSONALIZZATA DI RIMOZIONE DI LENTI INTRAOCULARI (IOL) OPACATE: AFFIDABILITÀ E SICUREZZA

V. Piccirillo¹, A. Di Nuzzo¹, R. Forte², G. de Crecchio²

1. Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Civile di Maddaloni (ASL CE/1), Caserta
2. Clinica Oculistica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Obiettivo: descrivere la nostra tecnica di rimozione di IOL opache attraverso il confronto con la metodiche descritte dalla letteratura internazionale. **Materiali e metodi:** nel periodo Ottobre 2004-Aprile 2006, 18 occhi di 18 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a rimozione di IOL opaca.

La tecnica descritta prevede:

- allargamento "a croce" preoperatorio della capsuloressi anteriore con YAG laser
- viscofilling dello spazio virtuale IOL - capsula anteriore attraverso le capsulotomie YAG laser
- mobilizzazione viscoguidata della IOL sulla capsula posteriore
- sezione dell'ansa distale, alla giunzione con il piatto ottico
- rimozione IOL opaca; neoimpianto nel sacco o nel solco.

Risultati: nessun caso di fuga pre-intraoperatoria della capsulotomie YAG laser. La interruzione capsulare posteriore al momento della mobilizzazione della IOL si è registrata in 2 casi. In 1 solo caso è stata rimossa completamente la IOL opaca (anse + piatto ottico). **Conclusioni:** l'allargamento preoperatorio YAG laser della capsuloressi anteriore costituisce una manovra affidabile oltre che un valido ausilio alla tecnica di espianto delle IOL opache.

PO5 CORIORETINITE TOXOPLASMICA COMPLICATA DA MEMBRANA EPIRETINICA: CARATTERISTICHE OCT-SLO

V. Piccirillo¹, M.C. Savastano², R. Pasqua¹, L. Tamburrini¹, C. Riccardi¹, R. Forte³, G. de Crecchio³, S. Savastano¹

1. Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Santa Scolastica, Cassino (FR)

2. Clinica Oculistica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

3. Clinica Oculistica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Obiettivo: Case report. Documentare le caratteristiche tomografiche C-Scan delle interfacce vitreoretinica e retino-coroideale in un caso di corioretinite toxoplasmica. **Materiali e metodi:** giovane donna di 24 anni affetta da episodi recidivanti di corioretinite toxoplasmica (2 focolai iuxtafoveali) in ODx, stabile da circa 1 anno, giunge alla nostra osservazione riferendo calo visivo e metamorfopsie da circa 20 giorni. Si praticano esame fundoscopico, fluoroangiografia ed OCT-SLO. **Risultati:** acuità visiva ODx:20/30(OSn:20/20). Amsler test positivo in ODx. L'esame fundoscopico non evidenzia differenze rispetto ai precedenti controlli. L'esame angiografico risulta negativo per focolai attivi mentre l'OCT-SLO fornisce evidenza di membrana epiretinica in area maculare, in corrispondenza delle cicatrici toxoplasmiche con lieve edema trazionale. **Conclusioni:** l'OCT-SLO è una metodica non invasiva efficace nel rilevare le anomalie della interfaccia vitreoretinica e le complicanze ad esse annesse. Attraverso la scansione coronale SLO, consente la analisi del piano retinocoroideale utile allo studio della patologia infiammatoria-degenerativa dello stesso.

PO6 FACOEMULSIFICAZIONE COASSIALE: IMPIANTO DI IOL NON DEDICATE ATTRAVERSO UNA INCISIONE DI 2.4 mm

M. Chizzolini, G. Beltrame, G.B. Driussi, P. Buratto, F. Barosco, G. Di Giorgio

U.O. Oculistica, Centro di Riferimento Regionale per la Chirurgia Vitreoretinica, Ospedale Civile di S. Donà di Piave (VE)

Obiettivi: presentare nuove metodiche chirurgiche che portino ad una facoemulsificazione coassiale attraverso un tunnel corneale di 2.4 mm con impianto di lentina intraoculare non dedicata (ottica da 6 mm - square edge). **Materiali e metodi:** sono stati effettuati 65 interventi standard di facoemulsificazione coassiale attraverso una incisione da 2.4 mm usando una punta faco da 21G; il tunnel in cornea chiara è stato effettuato con una lancia da 2.5 mm (incisione reale di 2.4 mm); è stata impiegata una viscoelastica adesiva; è stata eseguita una capsuloressi standard direttamente con le pinze; tecnica standard faco-chop; a causa della punta faco da 21G lo sleeve deve essere dedicato e i parametri del facoemulsificatore devono essere modificati; nel caso della pompa venturi (B&L Millennium): vacuum 350 mmHg, 40% di ultrasuoni pulsati; nel caso della pompa peristaltica (Corneal) il vacuum è stato di 500 mmHg, il flusso a 40 cc/min, gli ultrasuoni pulsati al 40%; i parametri della I/A non sono stati cambiati; è stata iniettata una lentina non dedicata (Corneal Concept 360 SE acrilica, con l'ottica da 6 mm, square edge) con un cartridge dedicato ed un iniettore monouso con una manovra attenta a spingere la iol lentamente nel cartridge per evitarne la rottura. **Risultati:** non ci sono state complicazioni intraoperatorie, scompensi corneali, dislocazioni della IOL, né complicanze del segmento posteriore. L'uso degli ultrasuoni ed i tempi chirurgici sono stati paragonabili a quelli della facoemulsificazione standard. **Discussione e conclusioni:** viene presentata una nuova procedura di facoemulsificazione coassiale attraverso una incisione di 2.4 mm con impianto di una iol non dedicata usando una punta da 21G, una lancia da 2.5 mm, un facoemulsificatore con parametri modificati, un cartridge dedicato ed un iniettore monouso. La punta 21G con un facoemulsificatore con parametri modificati permettono al chirurgo di non apprezzare sostanziali differenze rispetto alla facoemulsificazione standard con punta da 19G o 20G; il cartridge dedicato permette di iniettare una IOL non dedicata; è necessaria una attenzione speciale alla progressione della lentina nel cartridge. Con questa nuova tecnica emodificando i parametri della macchina è possibile eseguire una facoemulsificazione standard attraverso una incisione di 2.4mm senza complicanze (VS mini-incisione bimanuale).

PO7 EPILASIK E PRK CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT-STUDIO COMPARATIVO - 12 MESI DI FOLLOW UP

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

Ospedale di Circolo di Busto Arsizio

Obiettivo: valutare e confrontare epilask e PRK eseguite con laser a diodi Katana Lasersoft su occhi miopi. **Metodi:** 80 occhi di 40 pazienti affetti da miopia tra -2,75 e -8,5 sottoposti a chirurgia refrattiva con laser a diodi Katana lasersoft con tecnica epilask in OD e PRK in OS. Sono stati valutati: dolore post operatorio, acuità visiva naturale e corretta, istologia corneale con microscopia confocale in un periodo di 12 mesi. **Risultati:** modesta sintomatologia dolorosa nei due gruppi. Più rapido recupero visivo nel gruppo trattato con epilask (BCVA media a 5 giorni: 0,66 in epilask 0,53 in PRK) acuità visiva sovrapponibile nei controlli successivi. Minor haze nel gruppo trattato con epilask a 3,6 12 mesi (reflettività media dello stroma anteriore a 3 mesi: epilask: 38, PRK: 61). **Conclusioni:** il trattamento fotorefrattivo con epilask sembra consentire un più rapido recupero dell'acuità visiva e ridurre il rischio di sviluppare haze.

PO8 CONFRONTO IN MICROSCOPIA CONFOCALE DI CORNEE SOTTOPOSTE A CHIRURGIA REFRATTIVA CON LASER A DIODI KATANA LASERSOFT CON TECNICA EPILASIK E PRK - 12 MESI DI FOLLOW UP

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

Ospedale di Circolo di Busto Arsizio

Obiettivo: confrontare le modificazioni istologiche corneali indotte dopo trattamento refrattivo con laser a diodi in occhi miopi con tecnica epilask e PRK. **Metodi:** 80 occhi, 40 pazienti, miopia tra -2,75 e -8,5, sottoposti a chirurgia refrattiva con laser Katana Lasersoft. Tecnica epilask in OD e PRK in OS. Esame con microscopio confocale pre intervento, dopo due ore, 5, 10, 30, 90, 180 e 360 giorni. **Risultati:** a 2 ore l'epitelio in epilask presenta integrità anatomica. A 5 giorni si rileva epitelio neofornato analogo in entrambi i gruppi. Si osserva attivazione cheratocitica più marcata nel gruppo PRK in 24 pazienti 60% (reflettività media dello stroma anteriore a 3 mesi: epilask: 38, PRK: 61) che si evidenzia per 12 mesi. **Conclusioni:** il processo di riepitelizzazione post intervento è analogo in epilask e PRK. La tecnica epilask sembra associarsi ad un minore attivazione cheratocitica e formazione di haze.

P09 STRATEGIA CHIRURGICA PER UN IMPIANTO FACILE E SICURO DELLA IOL FACHICA A FISSAZIONE IRIDEA VERISYSE

G.B. Driussi, G. Beltrame, M. Chizzolini, G. Di Giorgio, P. Buratto, F. Barosco
U.O. Oculistica, Centro di Riferimento Regionale per la Chirurgia Vitreoretinica, Ospedale Civile di S. Donà di Piave (VE)

Obiettivo: gli autori presentano la strategia chirurgica per un impianto facile e sicuro della IOL fachica a fissazione iridea Verisyse. **Metodi:** sono state impiantate negli ultimi 24 mesi 65 Verisyse, in anestesia locale e dallo stesso chirurgo. In tutti i casi è stato costruito un tunnel sclerocorneale di 5.5 - 6.5 mm, a seconda del diametro della IOL, nel meridiano più curvo; in caso di astigmatismo preoperatorio importante è stato corretto con un tunnel corneale opposto all'incisione (doppio tunnel). In caso di utilizzo della versione torica della lente l'incisione è stata suturata per una procedura anastigmogena. In tutti i casi è stata utilizzata una sostanza viscoelastica di tipo adesivo. In 61 casi è stata effettuata preoperatoriamente un iridotomia Yag laser mentre in 4 casi è stata effettuata intraoperatoriamente con il vitrectomo. **Risultati:** non ci sono state complicazioni intraoperatorie, né decompensazioni corneali, né dislocazioni della IOL, né complicanze del segmento posteriore. La refrazione post-operatoria era compresa tra +/- 0.75 D. **Discussione e conclusioni:** l'impianto della IOL Verisyse è considerato sicuro ma la tecnica chirurgica è considerata difficile. Gli autori presentano una tecnica chirurgica che garantisce un impianto semplice senza complicanze e stress per il paziente e per l'operatore. Una corretta costruzione dell'incisione evita il prollasso irideo e il collasso della camera anteriore, una corretta costruzione delle paracentesi permette una precisa enclavazione della lente all'iride, e l'uso di sostanze viscoelastiche di tipo adesivo mantiene ben formata la camera anteriore evitando il danneggiamento delle cellule endoteliali e il prollasso irideo dall'incisione. Una incisione chirurgica di 5.5-6.5 nel caso di utilizzo delle IOL a piatto rigido associato ad una incisione arcuata o al doppio tunnel corneale ha corretto l'astigmatismo preoperatorio nella maggior parte dei casi. Nel caso dell'impianto della IOL torica è necessaria la sutura dell'incisione per una chirurgia anastigmogena.

P10 ENDOCHIRURGIA DEL DISTACCO DI RETINA IN UN PAZIENTE AFFETTO DA VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE

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

Obiettivo: presentare le caratteristiche cliniche relative ad un caso di distacco di retina in un paziente affetto da vitreoretinopatia essudativa familiare. **Materiali e metodi:** una donna di 27 anni, affetta da vitreoretinopatia essudativa familiare, ha presentato distacco di retina in occhio sinistro, che è stato sottoposto a vitrectomia, asportazione di estese membrane preretiniche e tamponamento interno con olio di silicone. **Risultati:** il decorso postoperatorio è risultato regolare e la retina adesa. **Conclusioni:** vitrectomia, asportazione di membrane preretiniche e tamponamento interno con olio di silicone hanno consentito un efficace trattamento chirurgico in un caso di distacco di retina in un paziente affetto da vitreoretinopatia essudativa familiare.

P11 ENDOCHIRURGIA DELLA OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA MEDIANTE INDUZIONE DI ANASTOMOSI RETINO-COROIDEALE

M. Delle Grottaglie, M.A. Rigamonti, G. Carlevaro
U.O. Oculistica, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano

Obiettivo: scopo del lavoro è di valutare l'efficacia della induzione chirurgica di anastomosi retino-coroideale in casi di occlusione della vena centrale della retina di tipo ischemico e non ischemico. **Materiali e metodi:** otto pazienti affetti da occlusione della vena centrale della retina (quattro di tipo ischemico e quattro di tipo non ischemico) sono stati sottoposti a vitrectomia via pars-plana. Dopo induzione di distacco posteriore di vitreo sono state praticate microincisioni attraverso la membrana di Bruch adiacente ad una branca venosa principale seguita da trattamento laser attorno alla sede di incisione allo scopo di creare una anastomosi retino-coroideale. **Risultati:** l'induzione chirurgica di anastomosi retino-coroideale sembrerebbe favorire il ripristino del flusso venoso nelle occlusioni della vena centrale della retina bypassando l'occlusione stessa; la presenza di shunt attivi è stata osservata nel 70% dei casi. **Conclusioni:** l'induzione chirurgica di anastomosi retino-coroideale può essere considerata una valida opzione terapeutica nel trattamento della occlusioni della vena centrale della retina.

P12 EMOVITREO ASSOCIATO A GRANULOMA OCULARE DA TOXOCARA CANIS E DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO, TRATTATO CON VITRECTOMIA VIA PAR PLANA, TAMPONAMENTO CON F6H8 ED ENDOLASER; CASE REPORT

P. Ferroni, S. Lippera, S. Morodei, M. Di Chiaro, A. Fiorani
U.O. Oculistica, A.S.U.R. Marche, Zona territoriale n 6, Fabriano

Gli Autori mostrano un caso di emovitreo, con grave compromissione visiva trattato con vitrectomia via par plana; durante l'intervento si repertava granuloma della media periferia retinica, circondato da vitreo marcatamente flogistico; il riscontro di una rottura retinica, nelle vicinanze del granuloma, con associato limitato distacco di retina richiedeva tamponamento con F6H8 ed endolaser, che veniva praticato anche intorno e sul granuloma. Gli esami ematici mostravano positività agli anticorpi antitoxocara e l'anamnesi era positiva per contatto con cuccioli di cane. A distanza di circa 20 giorni la lesione granulomatosa era scomparsa, e dopo rimozione del mezzo di tamponamento si aveva completo recupero visivo (20/20 c.c.). Gli Autori ricordano le modalità e le caratteristiche cliniche di tale infestazione.

P13 TRATTAMENTO DI ULCERA CORNEALE PROFONDA CON MEMBRANA AMNIOTICA E COLLA DI FIBRINA

P. Sivelli, L. Neroli, P. Chelazzi, L. Venco, C. Azzolini
Clinica Oculistica, Università dell'Insubria, Varese

Obiettivo: trattamento chirurgico di un'ulcera corneale inveterata di circa 4 mm di diametro approfondita fino agli strati profondi dello spessore stromale con neovascolarizzazione perilimbare. **Materiali e metodi:** effettuato uno

screeeping corneale superficiale, si esegue una peritomia limbare a 360° con conseguente diatermo applicazione in loco. Vengono applicati due patch di membrana amniotica fissati con colla di fibrina (Tissucol) senza l'utilizzo di punti di sutura. Si procede a sutura della congiuntiva con 2 punti in seta 6-0. **Risultati:** il paziente riferisce già dalle prime ore dopo l'intervento sensazione di sollievo e completa mancanza di algie. Nel decorso post operatorio a breve termine non si è verificata alcuna complicanza. Ai primi controlli la superficie corneale appare perfettamente uniforme e la membrana risulta ben distesa. **Conclusioni:** questo trattamento consente una efficace soluzione, per ulcere con imminente rischio di perforazione corneale. L'utilizzo della colla di fibrina come sutura facilita la distensione della membrana sulla superficie corneale e riduce l'effetto irritante di una sutura in nylon rendendo questa tecnica maggiormente tollerata.

P14 INFLIXIMAB (ANTI-TNF) NEL TRATTAMENTO DI UN CASO DI ULCERA DI MOOREN

G. Parente, L. Fontana, G. Tassinari
Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Scopo: viene riportata l'efficacia dell'Infliximab (farmaco immunomodulatore della famiglia degli anti-TNF) nel trattamento di un caso di ulcera di Mooren bilaterale. **Metodo:** viene rivisto il decorso clinico di una paziente con ulcera di Mooren bilaterale, ad andamento progressivo, trattata inizialmente con una terapia immunosoppressiva convenzionale e poi con Infliximab. **Risultati:** la paziente giunta alla nostra osservazione, donna, caucasica di 53 anni, in buono stato di salute generale, è andata incontro ad episodi ricorrenti di ulcerazione corneale periferica e perforazione in entrambi gli occhi, che hanno richiesto numerosi trapianti tettonici, nonostante una terapia immunosoppressiva convenzionale. Dopo l'inizio del trattamento con Infliximab la paziente ha mostrato una marcata riduzione dell'infiammazione oculare e nessun altro episodio di assottigliamento corneale e perforazione in 24 mesi di follow-up. **Conclusioni:** l'Infliximab è stato efficace nell'arrestare la progressione in un caso di ulcera di Mooren bilaterale, refrattaria alle terapie convenzionali.

P15 CHERATITE ED ENDOFTALMITE FUNGINA DA FUSARIUM IN PORTATORI DI LENTI A CONTATTO MORBIDE: DIAGNOSI E NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO

F. Quagliano, A. Mularoni, P.F. Fiorini, A. Sincich, G. Tassinari
Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Scopo del lavoro: descrivere le tecniche diagnostiche e un nuovo approccio terapeutico della cheratite da fusarium. **Materiali e metodi:** la cheratite da Fusarium è un evento grave, che attualmente rappresenta una delle cause emergenti di infezione opportunistica. La diagnosi precoce e la terapia mirata sono i due fattori determinanti la prognosi visiva di questi pazienti. Spesso nonostante una tempestiva terapia, si ha una progressione dell'infezione (endofthalmitte). Presentiamo un nuovo approccio terapeutico, da noi sperimentato, in pazienti affetti da cheratite e endofthalmitte causata da fusarium, refrattaria alla terapia con antifungini per via topica, sistemica, intravitreale: 5 iniezioni intrastromali di 0,05 ml di anfotericina B alla concentrazione di 5 µg/0,1 ml associate all'iniezione intracamerulare di 7,5 µg/0,1 ml. **Risultati:** il trattamento ha eradicato l'infezione. A tre mesi del trattamento non si è verificata nessuna recrudescenza dell'infezione. **Conclusioni:** il nuovo approccio terapeutico sembra garantire risultati a lungo termine nella cheratite ed endofthalmitte da fusarium.

P16 TRATTAMENTO TOPICO CON MITOMICINA C NEGLI EPITELIOMI CONGIUNTIVALI

C.A. Zotti, O. Antonioni, L. Cimino, L. Cappuccini
U.O. Oculistica Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

Obiettivo: valutare efficacia e sicurezza del trattamento locale con Mitomicina C negli epitelomi congiuntivali. **Materiali e metodi:** Il trattamento con Mitomicina C collirio 0,04% è stato effettuato su 3 pazienti con recidiva di epiteloma congiuntivale. Un altro paziente che presentava neoformazione congiuntivale aggressiva è stato sottoposto ad asportazione chirurgica della lesione e Mitomicina C 1% intraoperatoria. **Risultati:** il trattamento topico con Mitomicina C ha ottenuto la guarigione clinica in un caso da solo, in un secondo caso successivamente ad una nuova asportazione. In un terzo caso, precedentemente radiotrattato, a 4 mesi dall'inizio del trattamento si è verificata una perforazione bulbare da infiltrazione sclerocoroideale della neoplasia. Anche l'intervento di asportazione associato a Mitomicina C ha ottenuto la guarigione. Il trattamento è stato sempre ben tollerato, con modesti sintomi soggettivi di secchezza oculare in genere insorti dopo almeno 3-4 cicli di applicazione. **Conclusioni:** la Mitomicina C topica sembra utile anche in forme recidivanti o aggressive di epiteloma congiuntivale.

P17 SINDROME DI POSNER-SCHLOSSMAN E DISTROFIA ENDOTELIALE GUTTATA: CASE REPORT

A.M. Martini, E. Martini, L. Campi, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivo: valutare un caso di crisi di ipertono oculare monolaterale recidivante da 20 anni, cheratopatia bollosa intermittente ma simultanea alla crisi, distrofia endoteliale guttata. **Case report:** una donna di 63 anni sofferente di attacchi di glaucoma da circa 20 anni era trattata ad ogni attacco con farmaci topici inibitori della produzione di umor-acqueo per 10 giorni con normalizzazione del quadro. La campimetria computerizzata cinetica non evidenziava alterazioni della sensibilità. Una microscopia endoteliale eseguita alla risoluzione dell'ultimo attacco evidenziava nell'occhio interessato una densità endoteliale ridotta con presenza di grosse guttae endoteliali limitatamente all'occhio colpito. **Conclusioni:** dalla revisione della letteratura nessun articolo riporta una associazione con alterazioni endoteliali permanenti nonostante la presenza di fini precipitati endoteliali. La particolarità del case report risiede nella osservazione della distrofia endoteliale guttata nell'occhio colpito e la normalità dell'endotelio corneale nell'occhio controlaterale. Questo riscontro potrebbe indurre a ritenere che le crisi di ipertono possano indurre alterazioni endoteliali permanenti.

P18 CHERATOPLASTICA IN UN CASO DI ASCESSO CORNEALE DA FUSARIUM

M.A. Rigamonti, P. Regondi, O. Beccaria
U.O. di Oculistica, Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano

Obiettivo: valutare la necessità di una cheratoplastica perforante nel trattamento di una cheratite da fusarium non controllata da trattamento medico antifungino. **Materiali e metodi:** una paziente femmina di 37 anni, portatrice di lenti a contatto morbide, ci è stata inviata per ascesso corneale micotico da fusarium spp (visus percezione luce, essudazione in camera anteriore, eco-B-scan negativa per interessamento infiammatorio del polo posteriore). La paziente era in terapia con Natamycina per via topica e Voriconazolo per via orale. È stata eseguita una cheratoplastica perforante. **Risultati:** dopo tre settimane la paziente è stata sottoposta a lavaggio della camera anteriore con Anfotericina B per essudazione in camera anteriore e dopo altri 4 giorni l'essudazione persistente e l'infiltrazione del lembo hanno reso necessario una nuova cheratoplastica perforante. **Conclusioni:** nel caso di una cheratite da fusarium non controllata da una terapia antimicotica locale e generale può essere necessario eseguire una cheratoplastica perforante.

P19 LASER TRABECULOPLASTICA SELETTIVA NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA PSEUDOESFOLIATIVO

M. Cellini, P. Leonetti, E.C. Campos
Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Rianimatorie e dei Trapianti, Università di Bologna

Obiettivo: valutare l'efficacia della laser trabeculoplastica selettiva (SLT) nel ridurre l'oftalmotono (IOP) in pazienti affetti da glaucoma pseudoesfoliativo (PSXG). **Materiali e metodi:** quindici pazienti di età compresa fra 62 e 74 aa. (media 68.3 ± 3.4) affetti da PSXG in scarso compenso tensionale sono stati sottoposti a SLT eseguendo 50 spots di diametro 400 μm con potenza variabile da 0.600 a 0.850 mJ (media 0.772 ± 0.115) a livello dei 180° inferiori del trabecolato corneo-sclerale. A distanza di 30 gg. Dal trattamento non avendo raggiunto il target pressorio i pazienti sono stati sottoposti ad intervento fistolizzante con valutazione del rapporto MMP3/TIMP1 comparando tale rapporto con quello di un gruppo di pazienti affetti da PSXG precedentemente sottoposti ad intervento chirurgico filtrante. **Risultati:** la IOP di base e dopo 30 gg dal trattamento risultava essere di: 25.8 ± 1.9 vs 25.4 ± 1.6 mm/Hg ($p < 0.591$). I valori di MMP3 nei controlli e dopo SLT risultava essere di 1.817 ± 0.135 vs 1.909 ± 0.205 ng/mL ($p < 0.177$) mentre i valori di TIMP1 risultavano essere di 962.3 ± 33.9 vs 972.3 ± 24.6 ng/mL ($p < 0.264$). **Conclusioni:** la SLT si è dimostrata inefficace nel ridurre la IOP in caso di glaucoma pseudoesfoliativo.

P20 ANALISI DEI VALORI CHERATOMETRICI PREOPERATORI NELLA CATARATTA CONGENITA ED INFANTILE

P. Capozzi, P. Vadalà, M. Fortunato, F. Vadalà, C. Morini
Divisione di Oculistica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Obiettivo: determinare i valori cheratometrici preoperatori nei pazienti affetti da cataratta congenita ed infantile. **Materiali e metodi:** analisi retrospettiva di 308 occhi di 228 pazienti con cataratta congenita (diagnosi 0-1 anni) o infantile (diagnosi 1-4 anni), operati tra gennaio 2000 e dicembre 2005. Sono stati esclusi i casi di cataratta associata ad altre anomalie oculari. Le misurazioni dei K preoperatori sono state eseguite mediante cheratometro automatico Nidek (Nidek Co, Ltd, Tokyo, Japan). **Risultati:** nel gruppo dei pazienti con cataratta congenita la cheratometria media preoperatoria è risultata di 47.58 D (range 43-55.25 D), nel gruppo dei pazienti con cataratta infantile di 43.65 D (range 41-45.50 D). **Conclusioni:** i valori cheratometrici preoperatori nella cataratta congenita presentano una significativa variabilità nei primi anni di vita, in relazione alla fascia di età considerata. Poiché i suddetti valori possono discostarsi notevolmente dai valori convenzionali adottati tradizionalmente per il calcolo della IOL da impiantare (44/44 D), l'analisi della distribuzione dei valori di curvatura corneale, in una casistica pediatrica ampia, è di grande importanza ai fini di ottenere un'accuratezza sempre maggiore nei calcoli delle IOL nei bambini.

P21 DEGENERAZIONE MACULARE NEL BAMBINO: DUBBI DIAGNOSTICI

R. Migliorini, M. Vitiello, S. Abruzzese, L. Grasso, R. Halfeld Furtado de Mendonça
Dipartimento di Scienze Oftalmologiche, Università "La Sapienza", Roma

Obiettivo: dimostrare l'importanza dei test elettrofunzionali nella diagnosi di una rara forma di maculopatia. **Metodo:** una paziente di 8 anni, asintomatica, mai trattata farmacologicamente per via sistemica, è stata sottoposta ad esame oftalmologico completo di controllo. **Risultati:** in entrambi gli occhi l'acuità visiva era di 20/20, la motilità oculare normale ma, all'esame del fondo, era presente un'alterazione maculare. Il campo visivo non è risultato affidabile a causa dell'età. L'ERG, il mfERG, il FERG e l'EOG erano assolutamente normali. **Conclusioni:** la buona acuità visiva unitamente alla risposta elettrofunzionale nella norma, hanno consentito di escludere molte ipotesi diagnostiche, come, ad esempio, Stargardt, Distrofia dei coni, Malattia di Best e lipofuscinosi. Si ritiene che il caso rappresenti una patologia molto rara definita "Distrofia Maculare Anulare Concentrica Benigna".

P22 IMPORTANZA DEGLI ESAMI OFTALMOLOGICI NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA TROMBOSI DEI SENI VENOSI INTRACRANICI DA MASTOIDITE

R. Migliorini, S. Abruzzese, M. Vitiello, N. Iozzo, R. Halfeld Furtado de Mendonça
Dipartimento di Scienze Oftalmologiche, Università "La Sapienza", Roma

Obiettivo: la trombosi dei seni venosi intracranici da mastoidite è una rara ma potenziale minaccia per la vita. Descriveremo un caso in cui gli esami oftalmologici sono stati strumento essenziale per la diagnosi precoce. **Metodo:** una bambina di 7 anni si presentava al Centro di Fisiopatologia della motilità oculare per la comparsa di uno strabismo convergente. L'anamnesi risultava negativa per infezioni in atto o pregresse. La paziente veniva sottoposta ad esame oftalmologico ed ortottico completo. **Risultati:** l'acuità visiva corretta era di 20/100 a destra e di 20/40 a sinistra. La motilità oculare evidenziava un deficit di abduzione nell'occhio destro e l'esame del fondo un edema bilaterale della papilla. In entrambi gli occhi era presente ai PEV una riduzione di ampiezza. La paziente veniva immediatamente inviata al PS Pediatrico dove veniva diagnosticata una mastoidite destra associata a trombosi del seno venoso. **Conclusioni:** gli esami oftalmologici possono favorire la diagnosi precoce di una malattia sistemica molto grave.

P23 LACERAZIONE TRAUMATICA DEL M. RETTO MEDIALE: CASO CLINICO

R. D'Angelo, C. Pitrone, F.M.B. Ferreri, G. Strano, G. Ferreri
Clinica Oculistica, Dipartimento Specialità Chirurgiche, Università di Messina

Introduzione: la lacerazione traumatica di un muscolo extraoculare, in assenza di significative lesioni del globo oculare, è infrequente. **Materiali e metodi:** riportiamo il caso di una paziente con rottura del m. retto mediale in seguito a frattura della parete mediale. La diagnosi è stata attuata mediante TC dell'orbita nelle proiezioni assiali e coronali ed ecografia orbitaria. Il trattamento chirurgico ha previsto la ricostruzione della parete mediale, del m. retto mediale e l'infiltrazione di tossina botulinica per mettere a riposo il m. retto laterale. **Risultati:** il follow up ha evidenziato un recupero funzionale soddisfacente, in relazione all'età della paziente, confermato dal ripristino della cavità orbitaria evidente all'esame TC. **Conclusioni:** nel trattamento dei traumi cranio-facciali è importante la stretta collaborazione tra più specialisti (radiologo, oftalmologo, ch. maxillo-facciale). In tal modo infatti è possibile formulare una diagnosi precoce ed impostare un programma terapeutico funzionale per il paziente.

P24 [Poster ritirato]

P25 VARICI ORBITARIE: QUALE APPROCCIO

L. Colangelo¹, D. Weil², J.P. Aldecoa², A. Heidenreich², E. Trotta¹, L. Guarracino¹
1. Casa di Cura Salus, Battipaglia
2. Istituto di Oftalmologia, Università di Buenos Aires (Argentina)

Obiettivo: valutare le differenti varietà di varici orbitarie e i comportamenti da seguire durante la loro evoluzione. **Materiali e metodi:** vengono presentati 4 casi di varice orbitaria, 2 con ubicazione anteriore e compromissione palpebrale e 2 con ubicazione posteriore. **Risultati:** i due casi di varice orbitaria con ubicazione anteriore presentavano caratteristiche cliniche classiche, uno dei due è stato trattato chirurgicamente e l'altro, con buona evoluzione, viene tuttora controllato clinicamente. Analogamente, dei due casi con ubicazione posteriore, uno è tuttora monitorato clinicamente, e l'altro è stato trattato chirurgicamente, a causa della sintomatologia molto marcata. Il risultato chirurgico in entrambi i casi è stato soddisfacente risultando la manovra di Valsalva negativa, visus e motilità oculare conservata. **Conclusioni:** I risultati dimostrano che questa patologia necessita di trattamento chirurgico solo quando la sintomatologia altera la qualità della vita del paziente, in considerazione dell'elevato rischio chirurgico, mentre tale affezione raramente produce alterazioni visive severe.

P26 CELLULITE ORBITARIA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

L. Colangelo¹, D. Weil², J.P. Aldecoa², G. Fridrich¹, E. Trotta¹, L. Guarracino¹
1. Casa di Cura Salus, Battipaglia
2. Istituto di Oftalmologia, Università di Buenos Aires (Argentina)

Obiettivo: descrivere i differenti tipi di cellulite orbitaria, la sintomatologia e la gravità che si riscontrano nei singoli casi. Si descrivono inoltre gli approcci terapeutici più idonei. **Materiali e metodi:** vengono presentati, attraverso dei plastici tridimensionali, i differenti tipi di cellulite orbitaria che possono compromettere il tessuto orbitario. Inoltre si descrivono le differenti forme attraverso le quali si presenta questa patologia in relazione alla sua localizzazione e all'importanza che questa ha nell'indicazione del trattamento. **Risultati:** si descrivono: 1) celluliti pre-settali e post-settali, 2) ascesso orbitario della parete interna, 3) ascesso del tetto orbitario, 4) cellulite diffusa, 5) cellulite di origine oculare, 6) trombosi settica del seno cavernoso. **Conclusioni:** la presentazione di plastici tridimensionali mostra, in modo didattico e di immediata comprensione la sintomatologia e la compromissione topografica della cellulite orbitaria e permette di effettuare una diagnosi più precisa per un più corretto indirizzo terapeutico.

P27 LA RETINOPATIA DA DECOMPRESSIONE: RUOLO DELL'OCT NEL TRATTAMENTO CON CHIRURGIA MACULARE IN UN CASO CLINICO

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

Obiettivo: descrivere il percorso diagnostico-terapeutico in un caso di Retinopatia da Decompressione. **Materiali e metodi:** giovane donna operata bilateralmente per glaucoma cronico ad angolo stretto presentatasi 7 gg dopo l'intervento di trabeculectomia con un importante calo visivo in OD. L'esame obiettivo presentava un visus di 1/20. Il fundus mostrava un'ampia emorragia premaculare in OD e diffuse emorragie preretiniche in OS. È stata eseguita una fluorangiografia e un esame OCT per valutare la consistenza e i confini di tale emorragia. Successivamente è stata sottoposta ad un intervento di chirurgia vitreoretinica con l'asportazione della raccolta ematica e della ialoide posteriore. **Risultati:** il follow-up ha mostrato un completo recupero della funzione visiva, con la persistenza per alcune settimane di aree di essudazione retinica ai limiti della precedente raccolta ematica. **Conclusioni:** l'esame OCT ha mostrato un limite nel definire la natura della raccolta ematica: emorragia sottoretinica o retroialoidea. In fase chirurgica è stata dimostrata la natura retroialoidea dell'emorragia. Il trattamento chirurgico di tale complicanza richiede una tempistica e un percorso diagnostico corretto nel definire la natura della patologia.

P28 CHIRURGIA DEL FORO MACULARE IN PAZIENTE CON SINDROME DI USHER

M. Paci, M. Pantanetti, S. Salvolini, F. Viti, C. Mariotti

Istituto di Scienze Oftalmologiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Obiettivo: valutare l'efficacia anatomica e funzionale della vitrectomia via pars plana, peeling della membrana epiretinica e membrana limitante interna in pazienti con sindrome di Usher di tipo I che presentano foro maculare a tutto spessore. **Materiali e metodi:** 2 pazienti con sindrome di Usher che presentavano foro maculare a tutto spessore sono stati sottoposti a vitrectomia via pars plana, peeling della membrana epiretinica e della membrana limitante interna; è stato valutato il risultato anatomico mediante valutazione OCT e fluorangiografia ed il risultato funzionale mediante misurazione della acuità visiva con tavole ETDRS. **Risultati:** i 2 pazienti sottoposti a chirurgia presentavano nel post-operatorio foro maculare completamente richiuso e funzionalmente un miglioramento della acuità visiva. **Conclusioni:** la vitrectomia e peeling della membrana limitante interna è un idoneo approccio terapeutico nel paziente con sindrome di Usher che presenta foro maculare.

P29 IL RUOLO DELLA CHIRURGIA EPIRETINICA MACULARE NELLE EREDO-DISTROFIE

G. Di Giorgio, G. Beltrame, M. Chizzolini

Unità Operativa di Oculistica dell'Ospedale di San Donà di Piave (VE)

Obiettivo: valutare l'efficacia della vitrectomia via pars plana in alcuni casi di pucker maculare associato a patologie eredodegenerative retiniche. **Materiali e metodi:** sono stati operati 3 occhi di 3 pazienti nei quali era stata dimostrata una trazione vitreomaculare associata a distrofia maculare vitelliforme dell'adulto (due occhi) e retinopatia pigmentosa (un occhio). I pazienti sono stati sottoposti ad esame dell'acuità visiva, OCT e FAG prima ed un mese dopo intervento di vitrectomia via pars plana con asportazione di membrana epiretinica e della limitante interna maculare. **Risultati:** lo spessore maculare medio era di 320 micron (DS: 24 micron) prima dell'intervento, 246 micron (DS: 36 micron) dopo un mese; acuità visiva: 1\10 prima, 2\10 dopo; nei due occhi con distrofia vitelliforme non si sono osservate modificazioni del materiale giallastro presente sotto la neuroretina. **Conclusioni:** la chirurgia vitreoretinica epimaculare si è dimostrata efficace nel migliorare la funzione visiva in tre casi di rare patologie eredodegenerative.

P30 INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) NEL TRATTAMENTO DELLA RETINOPATIA DIABETICA

M. Imparato, A. Negri

Unità Operativa di Oculistica, Ospedale C. Cantù-Abbiategrosso

Obiettivo: valutare l'efficacia di iniezioni intravitreali di bevacizumab, anticorpo monoclonale anti-VEGF, in pazienti affetti da retinopatia diabetica proliferante e con edema maculare refrattario al tradizionale trattamento laser. **Materiali e metodi:** 2 occhi di 2 pazienti affetti da edema maculare refrattario al trattamento laser e 2 occhi di 2 pazienti con neovascolarizzazione retinica florida e emovitrei recidivanti venivano sottoposti a iniezione intravitreale di Avastin. Durante il follow-up si monitorizzavano: fluorangiografia, OCT, e eventuali effetti collaterali sistemici. **Risultati:** all'esame fluorangiografico e all'OCT al controllo a 1 mese si evidenziava una regressione della neovascolarizzazione, una riduzione dello spessore retinico con un progressivo miglioramento della acuità visiva. Non si sono rilevati effetti collaterali. **Conclusioni:** l'iniezione intravitreale di bevacizumab è un trattamento efficace e sicuro nel trattamento della retinopatia diabetica. La durata del suo effetto è pari a 6 settimane.

P31 UTILIZZO DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) NEL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA NEOVASCOLARE

S. Salvolini, M. Pantanetti, F. Viti, C. Mariotti

Istituto di Scienze Oftalmologiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Obiettivo: valutare i risultati e gli eventuali effetti collaterali dell'iniezione di avastin in camera anteriore in pazienti affetti da glaucoma neovascolare. **Materiali e metodi:** 3 pazienti che presentavano rubeosis iridis sono stati sottoposti ad iniezione in camera anteriore di avastin 1,25 mg (0,05 ml). La rubeosis è stata valutata preoperatoriamente e post operatoriamente a 1 ora, 1 giorno, 1 settimana ed 1 mese dall'iniezione. **Risultati:** la Rubeosis appariva già notevolmente ridotta dopo 1 ora dall'iniezione e si manteneva tale anche ad 1 settimana. Non sono stati descritti effetti collaterali evidenti. **Conclusioni:** l'utilizzo dell'Avastin nel trattamento del glaucoma neovascolare sembra essere estremamente efficace nel ridurre i neovasi a livello irideo.

P32 MACULOPATIA ATTINICA DA ECLISSI PARZIALE DI SOLE: STUDIO DI 3 CASI MEDIANTE OCT-3

G.L. Maini, A. Pupino, A. Lazzerini, L. Campi, G.M. Cavallini

Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo: valutare le caratteristiche e l'evoluzione della lesione retinica in pazienti esposti a luce solare diretta durante un'eclissi parziale di sole attraverso la tomografia retinica a coerenza ottica. **Materiali e metodi:** 3 pazienti, emmetropi e senza precedenti patologie oculari, afferenti al nostro pronto soccorso oculistico, per calo del visus e metamorfopsie dopo aver osservato l'eclissi parziale di sole del 29 marzo 2006, sono stati sottoposti ad attenta misurazione dell'acuità visiva e della refrazione, biomicroscopia ed oftalmoscopia; è stato inoltre eseguito un OCT dopo 1, 15, 30 giorni. **Risultati:** l'acuità visiva era di 4/10 in due pazienti con riferita esposizione monoculare di pochi minuti, mentre il terzo, con un visus di 2/10, ha riferito un'esposizione binoculare di circa due ore e lamentava scotoma positivo. La biomicroscopia era negativa, all'oftalmoscopia si apprezzava un'alterazione aspecifica del riflesso foveale di colore giallognolo. In tutti i pazienti al 1° giorno, l'OCT mostrava una lesione iperreflettente in sede subfoveale senza modificazioni del profilo maculare. La terapia adottata è stata di Indometacina cpr 50 mg/die e coll x4/die e Luteina cpr x1/die. La capacità visiva, nei primi due pazienti, è migliorata di 2-3 linee al primo controllo fino a normalizzarsi dopo 30 giorni, nel terzo il recupero è stato più lento con 5-6/10 dopo 30 giorni. La lesione OCT al 15° giorno si presentava come un piccola area iporeflettente subfoveale che scompariva al 30° giorno nei primi due pazienti, persistendo invece nel terzo. **Conclusioni:** l'OCT-3 si è dimostrato un valido strumento per diagnosticare e monitorare una lesione come la retinite attinica di difficile discriminazione al solo esame oftalmoscopico.

P33 ASSOCIAZIONE INTERFERONE-RIBAVIRINA E TROMBOSI VENOSA RETINICA

E. Antoniazzi, S. Pezzotta, P.E. Bianchi
Clinica Oculistica, Università di Pavia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Obiettivo: descrizione di un caso di occlusione della vena centrale della retina in un paziente con diagnosi di epatite C trattato con interferone e ribavirina. **Materiali e metodi:** maschio di 59 anni che giunge in clinica alla nostra osservazione lamentando un improvviso calo visivo nell'occhio sinistro. **Risultati:** all'esame obiettivo il paziente presenta acuità visiva OS di 2/50. L'esame oftalmoscopico evidenzia edema maculare e lungo l'arcata retinica inferiore, emorragie intraretiniche peripapillari con essudati cotonosi diffusi. L'esame fluoroangiografico rivela congestione venosa e tortuosità vasale, iperfluorescenza della papilla ottica e dei capillari, edema ed emorragie diffuse in esiti di OVCR. **Conclusioni:** vi è una correlazione tra trombosi venosa retinica e trattamento con interferone in pazienti con diagnosi di epatite C, tuttavia i casi descritti dalla letteratura sono per la maggior parte asintomatici e di natura benigna. Il nostro caso si discosta dalla letteratura e puntualizza la necessità di un attento e continuo monitoraggio oculistico durante tale trattamento.

P34 TERAPIA DEL DISTACCO SIEROSO MACULARE NEL COLOBOMA DELLA PAPILLA: RISULTATI A LUNGO TERMINE

M. Nicoletti, F. Quagliano, G. Tassinari
Divisione di Oculistica, Ospedale Maggiore, Bologna

Scopo del lavoro: valutare i risultati a lungo termine nella chirurgia del distacco sieroso della regione maculare da fossa colobomatosa del nervo ottico. **Materiali e metodi:** presentiamo la nostra casistica di 4 pazienti sottoposti a trattamento laser oppure a vitrectomia. La vitrectomia è riservata ai pazienti che non hanno avuto un beneficio dal trattamento laser, tuttavia in due pazienti abbiamo ritenuto opportuno intervenire subito. L'acuità visiva, campo visivo, foto fundus, fluorangiografia, oct sono stati eseguiti prima e 1, 6, 24 mesi dopo il trattamento. **Risultati:** a 2 anni dal trattamento l'acuità visiva è migliorata in tutti i pazienti; l'OCT ha dimostrato una diminuzione dello spessore foveale. Non si sono verificate recidive del distacco. **Conclusioni:** il trattamento laser e la vitrectomia garantiscono buoni risultati a lungo termine. La vitrectomia è indicata se è presente distacco degli strati retinici esterni dall'EPR (OCT), spessore foveale di oltre 1000 micron, distacco non di recente insorgenza, atrofia/assottigliamento foveale.

P35 CORRELAZIONE TRA TOMOGRAFIA RETINICA A COERENZA (OCT) E SENSIBILITÀ RETINICA CENTRALE MEDIANTE MICROPERIMETRIA NIDEK NELL'EDEMA MACULARE PRE E POST IVT

E. Giacomotti¹, P. Limoli¹, L. D'Amato¹, E.M. Vingolo²
1. Centro Studi Ipvisione, Milano
2. Università "La Sapienza", Roma

Obiettivo: valutazione dell'aspetto tomografico maculare e della variazione di sensibilità retinica centrale nell'edema maculare in diverse affezioni retino-vascolari prima e dopo iniezione intravitreale di Triamcinolone Acetato. **Materiali e metodi:** l'analisi morfologica retinica è stata condotta con il tomografo OCT Stratus di Zeiss, la misurazione della sensibilità retinica centrale con Microperimetro di Nidek Technologies. Le patologie studiate sono le degenerazioni maculari miopiche e senili, le occlusioni venose, le uveiti e l'edema diabetico. **Risultati:** l'aspetto tomografico ha mostrato una marcata riduzione dell'edema maculare post IVT ed un significativo incremento della sensibilità retinica centrale alla microperimetria. **Conclusioni:** la riduzione anatomica dell'edema maculare post IVT non sempre si è correlata ad un incremento del visus ma è risultata sempre caratterizzata da un miglioramento della sensibilità retinica centrale e dalla stabilizzazione della fissazione centrale o eccentrica rendendo più efficace il trattamento riabilitativo.

P36 SU DI UN RARO CASO DI EMANGIOMA CAPILLARE RETINICO A LOCALIZZAZIONE CENTRALE

O. Santinelli, G.a Cennamo, R. Forte, V. La Rocca, G. de Crecchio
Divisione di Oculistica, Università Federico II, Napoli

Obiettivo: gli emangiomi capillari retinici sono delle rare alterazioni vascolari localizzati in sede periferica. Si possono presentare isolati o in associazione con altre localizzazioni sistemiche configurando il quadro della Sindrome di Von Hippel Lindau. **Materiali e metodi:** viene descritto un caso di un raro emangioma capillare retinico localizzato in regione maculare. **Risultati:** il paziente è stato sottoposto a numerosi esami clinici e genetici. È stata effettuata terapia fotodinamica associata a TTT. **Conclusioni:** la terapia si è rivelata inefficace a distruggere completamente l'angioma in relazione alla grandezza dello stesso e alla localizzazione al polo posteriore.

P37 TRAUMATISMO ENDOTELIALE BILATERALE DA DISLOCAZIONE POST-INFIAMMATOIA DILENTE FACHICA RIFRATTIVA

D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini
Unità Operativa di Oculistica, Lugo (Ravenna)

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.

P38 **CORREZIONE DELL'ASTIGMATISMO POST CHERATOPLASTICA PERFORANTE E CATARATTA ATTRAVERSO IMPIANTO DI LENTI INTRAOCULARI CON OTTICA TORICA**

D. D'Eliseo, F. Grisanti, L. Longanesi, B. Pastena, V. Negrini
Unità Operativa di Oculistica, Lugo (Ravenna)

Scopo: presentare la validità dell'impianto di lente torica (Humanoptics Microsil Toric) in pazienti affetti da cataratta e astigmatismo iatrogeno da pregressa cheratoplastica perforante. **Metodi:** 6 pazienti affetti da cataratta e astigmatismo postchirurgico superiore alle 4 diottrie sono stati sottoposti ad intervento di cataratta con tecnica phaco-chop ed impianto endosaculare di lente torica. Vengono presentati tecnica chirurgica e risultati rifrattivi. **Risultati:** non si sono verificate complicanze intra o post operatorie. Tutti i pazienti hanno raggiunto un'acuità visiva superiore a 8/10 con correzione. La media della correzione cilindrica è stata di 0.75 D. **Conclusioni:** nella nostra esperienza, pur limitata come numero di casi, l'impianto di iol torica si è dimostrata tecnica efficace e sicura.

P39 **TRATTAMENTO DI DUE CASI DI METASTASI BILATERALE DA CARCINOMA DELLA MAMMELLA CON CHEMIOTERAPIA**

A. Lazzerini, S. Pelloni, G. Delvecchio, A. Pupino, G.M. Cavallini
Struttura Complessa di Oftalmologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il carcinoma della mammella è la neoplasia che dà più frequentemente metastasi bulbari a livello coroidale nel sesso femminile, la seconda in assoluto dopo il carcinoma del polmone. **Materiali e metodi:** una paziente di 46 anni, era stata trattata con quadrantectomia alla mammella destra per carcinoma e successivamente sottoposta a cicli di chemioterapia. Tre anni dopo, nel 2004, le furono diagnosticate metastasi coroidali in OD\OS con calo del visus e presenza di scotomi, trattate con chemioterapia con cicli di Carboplatino e Taxolo in una prima fase e Taxolo successivamente. **Risultati:** dopo trattamento con chemioterapia, si è evidenziata una netta regressione oftalmoscopica, fluorangiografica ed ecografica delle lesioni fino alla completa cicatrizzazione con un recupero del visus pari a 20\20 in OD\OS. **Conclusioni:** la chemioterapia in casi specifici appare essere un efficace trattamento nella terapia delle metastasi coroidali da carcinoma della mammella in alternativa o in affiancamento alla radioterapia.

P40 **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.

PO020 THE INCIDENCE OF ENDOPHTHALMITIS AFTER CATARACT SURGERY DEPENDS ON THE CHARACTERISTICS OF CLEAR-CORNEA APPROACH

Presenting Author: Massimo Busin MD

Co-Authors: Luca Zambianchi MD, Stefania Matteoni MD, Vincenzo Scorcia, MD

Purpose: To determine the structural characteristics of the clear-cornea tunnel possibly increasing the risk of postoperative endophthalmitis (PE). **Methods:** The incidence of PE was correlated with the site and width of the clear-cornea tunnel, as well as the use of sutures, in all patients undergoing phacoemulsification at our institution between January 1996 and December 2005. **Results:** PE developed in 17 of 9663 eyes operated on during the period considered. Differences in tunnel site (temporal =15; nasal = 2), tunnel width (5.5 mm = 11; 3.2 mm = 6), and use of suture (unsutured = 16; sutured = 1) were all statistically significant. **Conclusion:** A larger, temporal, unsutured clear-cornea tunnel exposes cataract patients to an increased risk of developing PE.

PO036 QUALITY OF VISION OF EYES IMPLANTED WITH ASPHERIC AND SPHERICAL IOLs

Presenting Author: Giorgio Tassinari MD

Co-Authors: Alessandro Mularoni MD, Lucia Porsia MD, Lillina Di Silvestre MD

Purpose: To detect differences in contrast sensitivity (CS) and aberrations among eyes implanted with spherical and two types of aspheric IOLs. **Methods:** Thirty patients (pts) underwent phacoemulsification in both eyes. In Group A (15 pts) one eye was implanted with AcrySof IQ (Alcon) and the fellow eye with AcrySof SN60AT (Alcon); in Group B (15 pts) one eye was implanted with AcrySof IQ and the fellow eye with Tecnis Z9000 (AMO). In addition to routine examinations, pupillometry, CS examination, and aberrometry were performed. **Results:** IQ showed better CS and reduced spherical aberrations in comparison with SN60 ($P < .01$). In Group B no significant difference was detected. **Conclusion:** AcrySof IQ provided a significant improvement in visual performance.

PO168 EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN PATIENTS WITH RESISTANT BEHÇET UVEITIS

Presenting Author: Loredana Latanza MD

Co-Authors: Emanuela Interlandi MD, Franco Del Prete MD, Francesco Calabro MD, Valentina Di Iorio MD

Purpose: To evaluate the efficacy of infliximab therapy in Behçet uveitis resistant to conventional immunosuppressive therapy. **Methods:** Retrospective chart review of 10 affected patients. Mean follow-up: 11.1 months. **Results:** After 2-15 series of intravenous infliximab infusions (approximately 5 mg/Kg of weight), visual acuity improved in 50% of patients while it worsened in 10%. Uveitis attacks decreased in 60% of patients, increasing in 20%. Daily corticosteroid dose was gradually reduced in 7 patients (70%) and even discontinued in 2. No patients developed infliximab-related side effects. **Conclusion:** Infliximab is effective on resistant Behçet uveitis, stabilizing clinical course and improving visual prognosis.

PO251 ULTRAFast 1000Hz EXCIMER LASER FOR TRANSEPIThelial CUSTOMIZED PRK

Presenting Author: Giovanni Alessio MD

Co-Authors: Maria Gabriella La Tegola, Carlo Sborgia MD

Purpose: To evaluate the results of transepithelial customized PRK with an ultrafast 1000Hz excimer laser. **Methods:** Forty eyes with mean spherical equivalent (SE) of -8.59 D had transepithelial PRK with the new IRES (Ligi) flying-spot excimer laser. The ablation, calculated by Cipta software (Ligi), was based on topography (Orbscan). Data on uncorrected UCVA, BCVA, predictability, stability, and contrast sensitivity were analyzed. **Results:** After a minimum follow-up of eight months, UCVA improved in all patients. All eyes fell between 1 diopter of attempted correction. No eye lost Snellen lines of BCVA. **Conclusion:** IRES 1000Hz laser provides faster treatments, better patient compliance, and stable and predictable results.

PO253 POST-REFRACTIVE SURGERY, COMPLICATED ULTRATHIN CORNEAS: THE PTK ALTERNATIVE FOR RE-TREATMENT. LONG-TERM FOLLOW-UP

Presenting Author: Paolo Vinciguerra MD

Co-Authors: Fabrizio I. Camesasca MD, Ingrid Torres MD, Daniel Epstein MD PhD

Purpose: To evaluate phototherapeutic keratectomy (PTK) in eyes with cornea-related vision problems and thin residual stroma. **Methods:** We retrospectively evaluated 48 eyes with less than 400 μ m cornea and post-PRK-related complications, with PTK using Nidek EC 5000, smoothing, and intraoperative topography. Mean preoperative BSCVA was 0.2 ± 0.09 SD, with -2.53 D ± 2.34 SD, and mean pachymetry 390 ± 38 μ . **Results:** At year one, mean BSCVA was 0.6 ± 0.72 SD with -2.15 D ± 1.67 SD, mean pachymetry was $341 \mu \pm 40$ SD. At year five, mean BSCVA was 0.7 ± 0.15 SD with -2.33 D ± 1.12 SD, mean pachymetry was $339 \mu \pm 48$ SD. Corneal curvature values were stable. **Conclusion:** PTK in ultrathin corneas improved BSCVA, offering long-term stable curvature and pachymetry.

PO269 LONG-TERM COMPLICATIONS OF ANTERIOR CHAMBER PHAKIC IOL FOR HIGH MYOPIA MANDATE STRICT, REGULAR FOLLOW-UP CONTROLS

Presenting Author: Matteo Piovella MD

Co-Authors: Barbara Kusa MD, Fabrizio I Camesasca MD

Purpose: To evaluate complications of Vivarte/GBR in highly myopic eyes. **Methods:** We evaluated four-year results in 34 Vivarte/GBR-implanted eyes. **Results:** Mean preoperative refraction was -15.1 ± 4.6 D SE. Final BSCVA was 0.9 ± 0.2 with -0.67 ± 1.22 D SE. Pupil ovalization was observed in 21.2% of eyes, at 127 ± 106 days. Progressive endothelial cell count reduction (-47.24%) imposed IOL removal in 11% of eyes, at 811 ± 455 days. Simultaneous cataract surgery with in-the-bag IOL implantation was performed. **Conclusion:** Vivarte/GBR appears as a temporary solution for high myopia. Accurate patient selection and constant six-month follow-up are mandatory.

PO279 EXCIMER LASER PRESBYOPIA CORRECTION BY PRK WITH SPHERICAL ABERRATION INCREASE: LONG-TERM RESULTS

Presenting Author: Franco Bartoli MD

Co-Author: Matteo Piovella MD

Purpose: To evaluate the results of presbyopia correction with refractive surgery in hyperopic and myopic patients by increase of spherical aberration. **Methods:** Based on Wasca wavefront analysis, we performed PRK with the MEL 80 excimer laser on 38 hyperopic and 11 myopic eyes of presbyopic patients, increasing spherical aberration. **Results:** At one-year control, hyperopic eyes had mean UCVA of 0.93 ± 0.15 for distance and 1.17 ± 0.42 J, while myopic eyes had mean UCVA of 0.96 ± 0.08 and 1.15 ± 0.24 J. **Conclusion:** PRK with spherical aberration increase provided excellent distance VA and good near VA in hyperopic and myopic eyes with presbyopia.

PO317 SHORT- AND LONG-TERM MICROPERIMETRIC (NIDEK MPI) FLUCTUATION IN 50- TO 80-YEAR-OLD SUBJECTS

Presenting Author: Antonio Fea MD

Co-Authors: Monica Dogliani MD, Anna Giacomello PhD, Federico M Grignolo MD PhD

Purpose: Microperimetry (MP) is useful for detection and monitoring of macular disorders, but little is known about age-normative data or short- and long-term fluctuation (SF and LF). **Methods:** Seventy subjects 51 to 80 years old underwent a 20-degree full-threshold microperimetric examination. The exam was repeated after 30 minutes and 15 days to evaluate SF and LF, respectively. **Results:** Mean sensitivity decreased from 19.1 to 18.3 dB with increasing age. The inferior visual field presented higher sensitivity in 51 to 70 years old ($P < .05$). Mean SF and LF were 1.31 and 1.36 and were not significantly different throughout age groups. **Conclusion:** Age-normative data are important for the clinical use of MP. The precise presentation of the stimuli by MP might explain the low LF.

PO318 CNV IN PATIENTS WITH SERPIGINOUS CHOROIDOPATHY

Presenting Author: Loredana Latanza MD

Co-Authors: Valentina Di Iorio MD, Antonio Solimeo MD, Emanuela Interlandi MD

Purpose: To evaluate CNV in serpiginous choroidopathy (SC). **Methods:** Retrospective review of 9 SC patients (18 eyes) treated with triple-agent immunosuppressive therapy. **Results:** Of 18 affected eyes, 3 developed macular CNV (16%), bilateral in one case. CNV was treated with intravitreal triamcinolone acetonide/photodynamic therapy (iTAA/PDT), which was effective on lesions during a 12-month follow-up period. **Conclusion:** CNV can occur in SC patients in spite of a triple-agent immunosuppressive therapy. Bilateral CNV in SC has a very low rate of frequency, and iTAA/PDT in these patients proved to be the only effective treatment in terms of vision preservation.

PO408 IOL POWER CALCULATION AFTER CORNEAL REFRACTIVE SURGERY WITHOUT TAKING INTO ACCOUNT THE AMOUNT OF TREATMENT: OUR RESULTS

Presenting Author: Nicola Rosa MD

Co-Authors: Michele Lanza MD, Luigi Capasso MD, Maria Borrelli MD, Maria Luisa Filosa MD

Purpose: To evaluate the reliability of a corneal radius correcting factor in eyes that developed a cataract after corneal refractive surgery. **Methods:** IOL power of thirty-four cataractous eyes with history of excimer laser treatment but without the preoperative parameters was calculated utilizing a corneal radius correcting factor, axial length related. **Results:** Utilizing this factor, 20 eyes (58%) were within ± 0.5 D, and 29 eyes (85%) were within ± 1 D from emmetropia after cataract surgery. Without this factor only 5 eyes would have been within ± 1 D. **Conclusion:** This method seems to be quite reliable in calculating IOL power in these patients even if the preoperative parameters and the amount of treatment are unknown.

PO419 BIGBAG POSTERIOR CHAMBER IOL: RESULTS ON 25 HIGH MYOPIC PATIENTS

Presenting Author: Vincenzina Mazzeo MD

Co-Authors: Laura Lodi MD, Alessandro Mularoni MD, Chiara Di Crescenzo COT, Giorgio Tassinari MD

Purpose: To assess the results of Big Bag IOL insertion in high myopic eyes. **Methods:** We retrospectively analyzed all data of 25 patients (38 implanted eyes). **Results:** IOL power calculated by SRK T formula went from -10 to $+10$ D (median 7 D). Two IOLs were inserted backwards and one was subluxated posteriorly. All patients resulted less myopic than expected; 14 eyes showed a refractive error ≤ 0.5 D from the predicted one, 21 eyes were ≤ 1 D. Postop anterior chamber depth on 35 eyes went from 5.10 to 6.33 mm (median 5.96). **Conclusion:** The refractive result was less myopic than expected. The reason is unclear.

PO471 DESCEMETIC AND PREDESCEMETIC DEEP ANTERIOR LAMELLAR KERATOPLASTY VS. PENETRATING KERATOPLASTY IN KERATOCONUS

Presenting Author: Vincenzo Sarnicola MD

Co-Authors: Luigi Conti MD, Deborah Ballerini MD, Domenico Gentile MD

Purpose: To compare the outcomes after deep anterior lamellar keratoplasty (DALK) and penetrating keratoplasty (PK) in keratoconus. **Methods:** 156 DALK in 118 patients have been retrospectively analyzed. Sixty DALK vs. 60 PK have been compared. **Results:** Among DALKs, microperforations were 12/156 (7.69%); macroperforations 5/156 (3.20%). Three DALKs were converted into PK (1.9%). "Survived" DALK were 153/156 (98%) (Descemet in 77/156 (49.35%). Between 60 DALK and 60 PK, no differences have been observed except for endothelial loss, which resulted significantly higher in the PK group ($P = 0$). **Conclusion:** In keratoconus DALK gives functional results comparable to PK, reducing the postsurgical endothelial cell loss. Anwar technique is our first choice.

PO672 EN FACE OCT OF POSTERIOR POLE IN HIGH MYOPIA

Presenting Author: Raimondo Forte MD

Co-Authors: Fabrizio Pascotto MD, Gilda Cennamo MD, Giuseppe De Crecchio MD

Purpose: To evaluate retinal changes in high myopia with recently introduced en face OCT that provides not only cross-sectional but also coronal retinal scans, which can be overlaid on the red-free image of the ocular fundus. **Methods:** We examined 200 highly myopic eyes with en face OCT. **Results:** We obtained a good quality visualization of both the thickness and lateral extent of posterior retinal detachment (21%; 12% without macular hole, 9% in presence of a macular hole), vascular tractions and paravascular mycrocysts (20%), and peripapillary detachment of the pigment epithelium (5%). **Conclusion:** En face OCT provides 3-dimensional imaging of retinal changes in high myopia and allows a prompt recognition of their topography.

PO704 LASER TREATMENT OR PHOTODYNAMIC THERAPY FOR JUXTAFOVEAL CNV SECONDARY TO PATHOLOGIC MYOPIA

Presenting Author: Maurizio B Parodi MD

Co-Authors: Marcella Pedio MD, Giuseppe Di Stefano MD, Anna Fantin MD, Giuseppe Ravalico MD

Purpose: Randomized clinical trial comparing laser treatment (LT) and photodynamic therapy (PDT) for myopic juxtafoveal choroidal neovascularization (JCNV). **Methods:** Thirty-five patients were randomized into LT group (krypton laser) or PDT group. CNV subfoveal recurrence after LT had to be treated with PDT. **Results:** Mean visual acuity and visual acuity score showed a statistically significant difference in favor of the LT group at the 9-month and the 12-month examinations. CNV recurrences were 9 (53%) in the LT group and foveal extension 13 (72%) in the PDT group. **Conclusion:** LT can achieve a better visual acuity performance in JCNV after one-year follow-up.

PO755 EFFECT OF IOP-LOWERING MEDICATION ON RISK OF OCULAR ISCHEMIC EVENTS: A CASE-CONTROL ANALYSIS

Presenting Author: Carlo E. Traverso MD

Co-Authors: John G Walt MBA, Tina Chiang PharmD, Lee Stern MS, John Doyle MPH, Sarah Hendlish MPH, Margarita Dolgitsers

Purpose: To determine if IOP-lowering medications reduce the risk of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy (NAION), retinal arterial occlusion (RAO), or retinal vein occlusion (RVO). **Methods:** 2399 NAION, 8468 RAO and 8284 RVO cases and matched controls (1:1) were selected from a large claims database (PharMetrics, 1996-2004) and examined retrospectively. **Results:** Controlling for covariates, patients with IOP-lowering medications were 1.49 ($P = .005$), 1.89 ($P < .0001$), and 1.49 ($P < .0001$) times less likely to have NAION, RAO or RVO events, respectively. **Conclusion:** IOP-lowering medication may protect against ocular ischemic events.

V01 CHIRURGIA MACULARE CON SISTEMA 25 GAUGE "RITORNO AL FUTURO"

G. Giunchiglia, L. Licandro

U.O. Oftalmologia Ospedale Civile di Palermo

Questo video presenta la tecnica chirurgica via parsplana transcongiuntivale 25-Gauge per le patologie maculari. Vengono mostrati diversi casi di pucker maculare, foro maculare ed edema maculare trattati con sistema 25-Gauge, puntualizzando le differenze nelle diverse fasi chirurgiche tra questa tecnica e la tradizionale tecnica 20-Gauge. Il sistema 25-Gauge si rileva efficace e sicuro, riducendo il tempo operatorio, la risposta infiammatoria post chirurgica e migliorando il confort del paziente.

V02 CHIRURGIA "POLE TO POLE": THE DANCER

P. Rossini, A. Aversano, C. Forlini

U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Il video mostra dei casi di traumatologia bulbare, con coinvolgimento di tutti i settori del bulbo oculare. In tali casi si è scelto un approccio di tipo "pole to pole", ovvero una chirurgia combinata del segmento anteriore e posteriore, in cui si alternano fasi chirurgiche ora sulla retina ora, sulla cornea, sull'iride o il cristallino. In caso di traumi oculari, dove è necessario sviluppare una strategia globale, in accordo con un approccio strategicamente pianificato, è importante che il chirurgo sia capace di integrare le procedure seguendo un modello bidirezionale e non monodirezionale, muovendosi cioè nei vari settori del bulbo oculare secondo le priorità chirurgiche che vi si presentino di volta in volta. Tutto ciò porta a muoversi nelle varie strutture superando le rigide settorializzazioni accademiche. In tal modo le manipolazioni chirurgiche dentro lo spazio endobulbare risultano simili ai movimenti di un danzatore su un palcoscenico.

V03 CHIRURGIA MINI-INVASIVA: EXPANDED INDICATIONS

C. Forlini, P. Rossini, A. Aversano

U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

La chirurgia mini-invasiva è stata introdotta da pochi anni, prima con il sistema 25 gauge e da poco anche con il sistema 23 gauge. Spesso essa viene limitata al trattamento di patologie vitreoretiniche maculari o comunque che necessitano di un approccio limitato. Ciò perché si ritiene che il calibro ridotto di tali strumentazioni, non si presti ad affrontare patologie vitreoretiniche complesse. Il video mostra un utilizzo alternativo dei sistemi mini-invasivi, in casi complessi o in situazioni particolari, dove sia necessario un approccio che riduca al minimo il traumatismo chirurgico.

V04 CON UN PICCOLO CALIBRO, SI PUÒ "COMBINARE" UN 48: 23+25 GAUGE SURGERY

A. Aversano, P. Rossini, C. Forlini

U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

Il video mostra l'utilizzo combinato dei sistemi mini-invasivi di chirurgia vitreoretinica 23 e 25 gauge. Vengono presentati dei casi di traumatologia e di patologia maculare, in cui si sfrutta la strategia chirurgica "Re-flow" con infusione in camera anteriore da 25 gauge, associata a strumentazione 23 gauge inserita via pars plana. Questa tecnica, ribalta il concetto tradizionale del flusso fisiologico che dalla camera posteriore scorre verso quella anteriore, sfruttando un flusso retrogrado, trans-zonulare nei pazienti fuchici, che sovverte la fluidinamica della chirurgia vitreoretinica convenzionale.

V05 ENDOSCOPIA IN CHIRURGIA VITREORETINICA

P. Rossini, A. Aversano, C. Forlini

U.O. di Oculistica, Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

L'endoscopia in chirurgia bulbare, viene ritenuta spesso a torto una subspecializzazione "di nicchia", troppo costosa e poco pratica. L'approccio vitreo-retinico invece, può trarre notevole giovamento dall'uso dell'endoscopia, in particolare in situazioni complesse (quali traumi, endoftalmiti ecc.) dove ci sia bisogno di una ricognizione diagnostica iniziale, un controllo intraoperatorio o finale del ditretto retro-irideo (zonula, corpi ciliari, periferia retinica), ad esempio in caso di impianto secondario di IOL. Utile è inoltre, l'endoscopia associata alla sonda laser, che permette di eseguire la fotocoagulazione ab-interno, e sotto osservazione diretta, dei corpi ciliari, ad esempio in casi di glaucomi scompensati, glaucomi post-traumatici, glaucomi neovascolari. In particolare, in questi ultimi sarà possibile completare la fotocoagulazione retinica periferica.

V06 TRATTAMENTO COMBINATO DEL DACRIOCISTOCELE CONGENITO

S. Cavazza, S. Primitivo

Ospedale Maggiore, Bologna

Il dacriocistocele congenito è una rara affezione dell'apparato lacrimale neonatale causata dalla contemporanea occlusione delle valvole di Rosemuller e di Hasner. Ciò determina un accumulo di secrezione mucosa all'interno del sacco e del dotto nasolacrimale con comparsa: all'esterno di una formazione cistica al canto interno, e a livello della cavità nasale inferiore di una cisti del dotto nasolacrimale che causa nei neonati un'importante difficoltà della respirazione. Gli AA dopo aver inquadrato il quadro etiopatogenetico di tale affezione presentano un filmato di un trattamento combinato del dacriocistocele in una neonata di 30 gg. che prevede il sondaggio delle vie lacrimali associato alla rimozione per via endoscopica di una cisti del dotto nasolacrimale.

V07 HYDRO DYNAMIC TRABECULOPLASTY (H.D.T.)

D. Romeo, G. Vadalà*, E. Savio*

Casa di cura S. Camillo di Messina

* Ospedale di Ivrea

Obiettivo: Viene illustrata una nuova metodica chirurgica, per il trattamento del POAG, finalizzata a riattivare la normale filtrazione trabecolare. **Materiali e metodi:** 94 pazienti in mono o multi terapia ipotonizzante. Di questi 84 sono stati sottoposti anche ad intervento di facoemulsificazione per concomitante cataratta, 4 sono stati sottoposti ad intervento primario di glaucoma e 6 a reintervento per fallita faco trab. Gli interventi sono stati tutti eseguiti in anestesia topica attraverso tunnel corneale 2,8 mm. È stata utilizzata una speciale cannula di infusione-aspirazione, dotata di terminale morbido in silicone, per raggiungere il trabecolato e sottoporlo, ab interno, ad una serie di spots di aspirazione per 90° - 120°. La procedura dura circa 1 minuto. **Risultati:** in tutti i casi abbiamo riscontrato una riduzione dei valori pressori dal 30% fino ad oltre il 60% nei glaucomi pigmentari ed esfoliativi. Il tono si è mantenuto stabile durante il follow up che in media è stato di 9 mesi. **Conclusioni:** l'H.D.T. ha consentito di raggiungere eccellenti risultati con un impegno chirurgico minimo. L'esame gonioscopico, dopo 45 giorni dalla chirurgia ha evidenziato che il trabecolato nelle aree trattate appare brillante, "ringiovanito" e depigmentato. Si ipotizza un triplice meccanismo d'azione: aspirazione e lavaggio di materiale depositato nel trabecolato, attivazione di un flusso forzato all'interno del canale di Schlemm, stiramento o apertura delle maglie trabecolari. L'intervento è eseguibile in anestesia topica, non sono necessarie attrezzature complesse, la parete oculare non viene indebolita, la congiuntiva è risparmiata, il tempo chirurgico è brevissimo, l'ipotonia post-operatoria è impossibile, la riabilitazione è rapidissima.

V08 TRAPIANTO LAMELLARE QUASI PROFONDO AD INCASTRO PER CHERATOGLOBO

M. Camellin, L. Kilzie

Sekal Microchirurgia Rovigo

Il Cheratogloblo è una rara affezione caratterizzata da un assottigliamento diffuso della cornea che comporta topograficamente un quadro compatibile con cheratocono. L'avanzamento della patologia richiede un trapianto di cornea che può risultare difficoltoso per l'eccessiva differenza di spessore presente a livello della cicatrice. Una particolare tecnica di lavorazione del lenticolo e del letto del ricevente, permette di affrontare in modo più razionale la problematica. Il principio base dell'intervento chirurgico è di creare un incastro periferico che permette un'eccellente stabilizzazione della cicatrice in periferia e contemporaneamente ripristina il giusto spessore. Il lenticolo viene lavorato sulla camera anteriore artificiale con un bisturi in diamante e così pure l'asportazione della lamella sul ricevente. Una levigatura con laser ad eccimeri garantisce la levigatura del letto ricevente. Il risultato refrattivo di questa chirurgia è stato caratterizzato da un basso astigmatismo ed un recupero veloce. Riteniamo che il profilo periferico ad incastro costituisca una soluzione ottimale per tutte le cheratoplastiche lamellari in cornee particolarmente sottili quali cheratogloblo, cheratocono molto avanzati o degenerazioni pellucide estese.

V09 IMPIANTO SECONDARIO DILENTE INTRAOCULARE PER LA RICOSTRUZIONE DELL'IRIDE IN BULBO AFACHICO

G. Perone, L. Rubiolini

Poliambulatorio Medico ALSO, Saronno

Un paziente sottoposto ad intervento di estrazione della cataratta con tecnica extracapsulare 10 anni prima. L'intervento aveva lasciato un bulbo afachico e con un ampio coloboma irideo con conseguente deficit visivo, fotofobia e compromissione estetica. Il paziente è stato sottoposto a vitrectomia anteriore e ad impianto a sospensione sclerale di lente intraoculare per ricostruzione dell'iride (Ophtec). Il video illustra il caso, le fasi dell'intervento, le caratteristiche della lente ed il risultato ottenuto.

presidenti, moderatori, relatori

Abbruzzese S. 48, 64
Acciarri R. 50
Acquaviva A. 71
Actis G. 33
Agnifili L. 39
Aharrh-Gnama A. 54
Aiello A. 32
Aimino G. 33, 77
Aldecoa J.P. 64
Alessio G. 41, 54, 56, 57, 58, 70, 76
Altafini R. 59
Amadori R. 50
Amistà P. 67
Angora C. 38
Anselmetti G. 36
Antoniazzi E. 65
Antonioni O. 64
Aondio A. 53, 63
Aprile A. 48
Aragona P. 42, 67
Aricò M. 71
Arpa P. 30, 47, 72, 73
Artal P. 57
Aureggi D. 42
Auricchio A. 61
Aurilia P. 74
Avellis F.O. 38
Aversano A. 78
Avitabile T. 45
Avoni L. 63
Azzolini C. 30, 40, 45, 58, 60, 64, 72, 73
Azzolini M. 44
Babighian S. 76
Baccini F. 43
Badinelli A. 50
Bagetta G. 66
Bagolini B. 48
Baiocchi S. 78, 79
Balacco Gabrieli C. 30, 35, 42, 43, 57, 62, 66, 71
Baldascino A. 38
Baldassarri L. 63
Baldeschi L. 33, 34
Balestrazzi E. 33, 38, 40, 41, 74
Ballerini D. 78
Bandello F. 45, 46, 51, 58, 60, 68, 69, 71
Banfi S. 61
Bardocci A. 51, 52
Barile P. 78
Barosco F. 63
Bartoli F. 53
Battaglia Parodi M. 37, 48, 67, 76
Battistello D. 38
Battistini A. 72
Bauchiero L. 33, 34
Beccaria O. 63, 64
Beck M. 63
Belloli V. 38
Bellucci R. 50, 56
Bellusci C. 40, 48
Beltrame G. 41, 47, 50, 57, 63, 64, 72
Benedetti S. 54
Bernardini F.P. 33, 34, 60, 67
Bernasconi E. 57
Bertoldo G.M. 52, 55
Bianchi C. 35, 43, 51
Bianchi L. 77
Bianchi P.E. 36, 65
Bianchi Marzoli S. 60, 68, 77
Bifani M. 42, 71
Binetti N. 38
Bini A. 40
Birattari F. 43
Blasi M.A. 39
Boccassini B. 40, 42
Boccassini G. 42
Bocchetta F. 51
Boles Carenini B. 74, 75
Bohm E. 53, 78
Bolla N. 34
Bonaldi L. 40
Bonavolontà G. 33, 39, 67
Bonavolontà P. 33
Bonci E. 53, 72
Bonci P. 46
Boni C. 63
Bonora A. 52
Bordin P. 57
Borgioli M. 60, 69, 72, 73, 76
Borin S. 55
Boschi G. 37, 59
Boscia F. 36, 40, 58, 69, 72
Boscolo Rizzo P. 70
Bottoni F. 36, 46, 55
Bozzetti A. 33
Brancato R. 30, 31, 45, 60, 61
Brait L. 77
Brasse K. 31
Bricola G. 42
Briganti F. 39
Brinalli M. 33
Broggi G. 77
Brogliatti B. 35, 36, 68
Brombin A. 75
Brugin E. 78
Brusaferro S. 46
Brusini P. 35, 36, 43, 60, 62, 74, 75, 76
Bruzichessi D. 77
Burattini L. 52
Buratto L. 39, 68
Busatto P. 63
Buscemi M. 63
Busin M. 30, 31, 39, 51, 66, 70, 78, 79
Cagini C. 78

presidenti, moderatori, relatori

Camellin M. 46
Camesasca F. 30, 31, 32, 40, 54, 55, 56, 76
Campanelli M. 53
Campi L. 63, 64, 65
Campos E. 64, 77
Candino M. 33
Cantera E. 39, 54
Capone A. 47
Caporossi A. 31, 35, 39, 42, 43, 44, 46, 52, 56, 57, 66, 67, 78, 79
Capotosto F. 63
Capozzi P. 64, 68
Cappai G. 49
Cappello E. 68
Cappuccini L. 50, 51, 63, 64, 69
Caprioglio G. 34, 42, 43
Caramello G. 70
Carassa R. 49, 59, 74, 76
Carbonara C. 56
Cardelli T. 40
Cardillo Piccolino F. 48, 68, 69
Carella G. 66
Caretto L. 41
Carlevale C. 56
Carlevaro G. 30, 56, 57, 63, 69, 70, 72
Carnovale Scalzo G. 77
Carollo C. 67
Carones F. 70
Carpineto P. 68
Carpino V. 44
Carta A. 60
Casati V. 54
Casprini F. 52
Casuccio A. 51
Catalano C. 75
Catena F. 75
Cavallini G.M. 41, 50, 63, 64, 65, 75
Cavazza S. 34, 78
Cazzola A. 54, 75
Cellini M. 64
Cennamo G. 39, 40
Cennamo G.a 40, 65
Centofanti M. 39, 59
Cerase A. 49
Cerulli L. 53, 62, 66, 73
Chang S. 38
Checcucci M. 52
Chelazzi P. 40, 64, 73
Chizzolini M. 63, 64
Cian R. 44
Ciancaglini M. 61, 68
Ciapparoni V. 33
Cimino L. 64, 69
Cillino G. 51
Cillino S. 41, 51, 58
Ciompi L. 52
Clemente A. 75
Cocco F. 32
Codenotti M. 38, 74
Colabelli-Gisoldi R. 43, 54
Colangelo L. 64, 68
Colasse-Marthelot V. 71
Colecchia L. 32, 56
Colliardo P. 74
Colotto A. 35, 36, 74
Console V. 36
Conte E. 63
Conti L. 34, 42, 43, 51, 54, 78
Conti P. 46
Coppola M. 44
Coscas F. 71
Coscas G. 71
Costante G. 77
Costantino O. 54, 78
Cravedi U. 34
Cruciani F. 62
Cupo G. 39
Cusani M. 68
d'Agostino P. 31, 32
Dal Fiume E. 46, 72, 76
Dal Vecchio M. 53
D'Amato L.M. 65
D'Amelio S. 79
D'Amico G. 38
D'Angelo A. 74
D'Angelo R. 64
Da Pozzo S. 75
D'Arrigo F. 32
Davì G. 32, 77
De Casa N. 30, 56, 57, 72
de Conciliis C. 33, 67
De Crecchio G. 40, 63, 65
De Divitiis E. 39
De Dominicis C. 49, 65
De Fazio R. 39, 72
De Feo F. 68
De Francesco S. 49
De Gaetano C. 52
De Gioia E. 53
De Gregorio A. 76, 79
De Gregorio F. 66
D'Eliseo D. 65
Delle Grottaglie M. 63
Delle Noci N. 40
De Liberato P. 77
De Luca M. 42
Delvecchio G. 65, 75
De Marco R. 74
De Maria F. 60
Demarie G. 33
Dementiev D. 70
De Molfetta V. 30, 44, 47, 72, 73
De Negri A. 60
De Pino A. 68
De Renzo A. 39
De Rosa G. 39
De Ruggiero P. 40

presidenti, moderatori, relatori

De Santis R. 38
De Stefani E. 48
De Vitto V. 62
Di Biase A. 52
Dichiara G. 63
Di Chiaro M. 63, 75
Di Crescenzo C. 52
Di Giorgio G. 63, 64
Di Gregorio A. 54
di Lauro R. 30, 40, 72
Di Maita M. 56
Di Maria A. 77
Di Marzio G. 54, 68
Di Matteo G. 34
Di Nuzzo A. 63
Di Pace F. 51
Di Pietro R. 68
Diplomatico A. 33
Di Porto F. 71
Di Simplicio S. 39
Distefano V.F.A. 63
Di Stefano G. 75
Dolce S. 78
Donati L. 34
Donati M.C. 40
Donati S. 60, 64, 72, 73
Doro D. 67
Dossi F. 70
Dossi R. 56
Driussi G.B. 63
Ducange P. 41
Eandi C.M. 38
Ebner R. 68
Engelbert M. 38
Eter N. 71
Facchin P. 48
Falsini B. 40, 41, 74
Fanaro A. 54
Fantaguzzi P. 30, 50, 72
Fanti A. 63
Faraldi F. 38
Fariselli L. 77
Fasciani R. 41
Fasolo A. 76
Fea A.M. 53
Fenzi G. 39
Ferentini F. 53
Ferrari M. 61
Ferrat H. 48
Ferrerri A. 33
Ferrerri F. 42, 64
Ferrerri G. 64
Ferroni P. 63, 75
Fiasca A. 54
Filippello M. 58
Fine H.F. 38
Fiorani A. 63, 75
Fiorillo A. 39
Fiorini P.F. 64, 77
Fogli M. 52
Fontana L. 34, 39, 42, 53, 54,
64, 69, 78
Foresta C. 41
Forlini C. 69, 76, 78
Fornara E. 38
Forte R. 40, 63, 65
Forti M. 33
Fortunato M. 51, 56, 64, 68
Fossarello M. 49
Franch A. 43, 54
Franchini A. 50
Frantone L. 33
Fratto M. 75
Fresina M. 77
Frezzotti P. 35, 36, 59, 62
Frezzotti R. 62, 71
Fridrich G. 64
Frisina R. 78
Frongia G.B. 32
Fruscella S. 46
Fucci S. 62
Gagliardo F. 48
Gaido C. 33
Galan A. 41, 42, 50
Gallenga P.E. 68, 71
Gallucci M. 33
Galluzzi P. 49
Gambaro S. 36, 42, 62
Gambato C. 78
Gandolfi S. 43, 59, 62, 74
Garavaglia P. 40, 75
Garimoldi P. 53, 54, 63, 75
Garuti S. 39, 48, 55, 77
Garzione F. 33
Gaucher D. 71
Gentile D. 78
Georgiou P. 33
Ghirelli G. 51
Ghirlando A. 78
Giacomelli G. 40, 74
Giacomin A.L. 33
Giacomotti E. 65
Gianecchini G. 32
Giansanti F. 40, 60, 69
Giardini P. 32, 41, 50, 58
Gini G.P. 76
Giò M. 77
Giordano Resti A. 33, 60
Giorgi P. 54, 63, 75
Giovannini A. 44, 48, 68, 69, 72
Gismondi M. 38
Giugno S. 38
Giustiniani P. 40
Goffi V. 53
Grasso L. 64
Gravina L. 68
Graziani C. 34
Graziani G. 49, 65
Graziosi P. 51
Grignolo F. 53

presidenti, moderatori, relatori

Grieco G. 38
Grisanti F. 65
Grispino D. 63
Gualdi M. 52, 56
Guarnaccia G. 46
Guarracino L. 64
Guglielmelli F. 67
Hache J.-C. 71
Haddad W.M. 71
Hadjistilianou T. 49, 71, 76
Halfeld Furtado De Mendonca R. 48, 64
Haouchine B. 71
Haritoglou C. 71
Hauranieh N. 41
Heidenreich A. 64
Hounda M. 33
laborante A. 33
Iaccarino G. 40
Iacono G. 73
Iaculli C. 40
Idone L. 39
Iester M. 59, 61
Ignagni S. 68
Imparato M. 65
Incarbone F. 54, 78
Insacco C. 42
Introini U. 48, 58, 69
Ioannidis A. 63
Iori M. 38
Iorio P. 73
Iozzo N. 64
Isola V. 36, 51
Iuliano A. 33
Kampik A. 71
Knopp B. 42
Kyenge K. 63
Labonia A. 77
Laffi G.L. 34, 35, 36, 52, 59, 78
Laguardia M. 38
Lanzafame F. 79
Lanzetta P. 46, 58, 69
Lanzini M. 42, 78
La Rocca V. 65
La Sorella G. 42
La Tegola G. 54
Lattanzio R. 38, 68, 74, 76
Lazzaroni F. 39
Lazzarotto M. 79
Lazzerini A. 41, 65
Lenzetti I. 79
Leonardi A. 33
Leonetti P. 64
Lepore D. 38
Lepri F. 52
Lesnoni G. 30, 32, 44, 45, 56, 58
Le Tien V. 71
Leuenberger P. 51
Leveziel N. 40
Liberali T. 78
Limoli P.G. 65, 73
Lipperera S. 63, 75
Locatelli F. 71
Lodato Milio G. 51
Lodi L. 34, 78
Loffredo A. 77
Loffredo L. 32
Lofoco G. 52
Lo Giudice G. 37, 38
Lograno M. 66
Longanesi L. 65
Lorenzano D. 33
Losavio P. 33
Lovisolò C. 51, 70
Lucchini C. 33
Lupidi G. 52
Macaluso C. 39
Macrì S. 46
Maestranzi G. 38, 74
Maggi R. 68
Magli A. 56
Magliozzi P. 33
Mainardi P.U. 63
Malagoli A. 52
Mallocci M.C. 49
Maimone P. 48
Maini G. 65
Manganotti A. 53, 72
Manitto M.P. 61, 68
Manni G.L. 35, 36, 39, 43, 49, 59, 74, 76
Mannucci L. 72, 73
Mansoldo C. 55
Mantovani E. 33
Mantovani R. 62
Manzi G. 51
Marangoni D. 40
Marchini G. 36, 39, 46, 50, 52, 55, 59, 68, 74, 76, 78
Marcon G. 56, 75
Mariniello G. 39
Marino A. 35, 36
Marino L. 60
Mariotti C. 30, 38, 47, 60, 64, 65, 68, 69, 72, 75
Martina E. 68
Martini A. 64
Martini A.M. 33
Martini E. 41, 64
Martinoli C. 74
Martone G. 52
Masi G. 31
Masini C. 63
Massacesi A. 36
Massaro C. 68
Mastromarino A. 33
Mastropasqua L. 30, 35, 36, 39, 42, 49, 51, 53, 54, 55, 57, 59, 68, 73, 78

presidenti, moderatori, relatori

Matteoni S. 78, 79
Mazza M. 36
Mazzacane D. 51
Mazzarolo M. 48
Mazzini G. 63
Mazzone M.G. 44
Mazzotta C. 78
Mazzucato M. 48
Meduri R.A. 73
Mehta A. 63
Melani P. 73
Mele A. 74
Melina E. 68
Memmi I. 68
Menabuoni L. 79
Menchini U. 38, 40, 45, 46, 58, 59, 60, 61, 63, 69, 72
Mencucci R. 41, 50
Menegotti A. 38, 52
Menna A. 68
Merlin F. 42
Merlin U. 42, 70, 72
Merlotti C. 77
Mesiani Mazzacuva F. 75
Micelli T. 72
Michelone L. 75
Midena E. 39, 40, 51, 67, 72, 78
Migliardi R. 34
Miglior S. 49, 61, 62, 67, 76
Migliorini R. 64
Mignone U. 34
Milanesi I. 77
Mininni F. 33
Minnella A.M. 40, 41
Mirabelli P. 49
Mocellin A. 31, 34, 35, 36, 38, 43, 56, 57
Modesti M. 74
Modugno A. 33, 76
Molle F. 36, 38
Mollo R. 42
Montanari P. 35, 36
Montaruli V. 56
Montericcio A. 34, 35, 42, 51, 54, 57, 70
Monterosso C. 78
Montrone F. 35
Montrone L. 40, 74
Moramarco A. 77
Moretto E. 78
Morgese G. 71
Morini C. 64
Moro F. 67
Morocutti A. 30, 32, 72
Morodei S. 63, 75
Morreale Bubella R. 51
Mortini P. 60
Mosca L. 46
Moschini G.B. 45
Mosci C. 39
Mularoni A. 50, 51, 52, 54, 56, 64, 76
Napoli M. 48, 55
Nardi M. 35, 42, 46, 48
Negri A. 53, 65
Negrini V. 65
Neri P. 34, 68, 69
Nicoletti M. 39, 48, 55, 65, 77
Nicolò M. 48
Nicotina L. 48
Nofroni I. 48
Nubile M. 39, 42, 54, 68, 76, 78
Nucci C. 66
Nucci P. 56, 77
Nuzzi G. 38, 72
Nuzzi R. 74
Oddone F. 39
Orazi L. 38
Orefice G. 40, 57
Orfeo V. 32, 50, 56, 57, 58, 70
Orione C. 32
Orsoni J. 42
Pacella E. 42
Pacella F. 42
Paci M. 38, 64, 75
Packo K. 47
Pagliara M. 38
Pagliaro E. 33
Palamara A. 52
Paliaga G.P. 76
Palma S. 53, 72
Pan A. 49
Panozzo G. 37, 59, 60
Pantanetti M. 38, 64, 65, 75
Paola A. 77
Paoli D. 75
Paonessa A. 33
Papi L. 62
Papini S. 42
Paradiso A. 79
Parente G. 42, 64, 78
Parise S. 77
Parisi L. 74, 75
Parisi V. 66
Parolini B. 37
Parrozzani R. 40
Pascotto F. 40
Pasqua R. 55, 63
Passilongo M. 78
Pastena B. 65
Pastore L. 61
Pasutto F. 75
Patelli F. 47
Paterakis N. 33
Pavesi G. 67
Pece A. 36, 40, 48, 51, 58, 73, 76
Pedrotti E. 52, 76, 78, 79
Pedrotti M. 79
Pellegrini G. 42

presidenti, moderatori, relatori

Pellistri I. 42
Pelloni S. 63, 65
Pendino V. 77
Perdicchi A. 59, 61, 67
Perone G. 39, 54, 56, 57, 78
Pertile G. 38, 51, 52
Pesce G. 75
Pescosolido N. 73
Petretti N. 52
Petroni S. 40
Petrucci G. 55
Pezzotta S. 65
Picardo V. 32, 57
Piccirillo V. 40, 55, 63
Pichierri P. 77
Pieri C. 52
Piermarocchi S. 36, 37, 51, 58, 59
Pierro L. 39
Pignatto S. 37
Pillitteri F. 51
Pilotto E. 37, 38, 39, 51, 67
Pinello L. 48
Pini R. 79
Pinna R. 54
Piovella M. 30, 31, 34, 35, 38, 44, 50, 53, 56, 57, 58, 70
Piozzi E. 36
Pirazzoli G. 46, 49, 50, 74, 76
Pisani M. 56
Pitrone C. 33, 64
Pitz S. 63
Pocobelli A. 43, 54
Polito A. 30
Polito E. 77
Ponzin D. 31, 39, 42, 46, 53, 78
Ponzoni M. 33
Porsia L. 52, 76
Possanzini M. 77
Possati G.L. 54, 78
Prascina F. 40
Primavera V. 40
Primitivo S. 78
Prisco D. 72
Puccioni M. 32, 33, 67
Pupino A. 41, 63, 65
Quagliano F. 64, 65
Quaranta Leoni F. 32, 33, 67, 76, 77
Quaranta L. 36, 61
Quercioli P. 52
Querques G. 40
Rabbione M.M. 38
Rama P. 39, 42, 46, 54, 61
Ramella G. 44
Rapinese M. 73
Rapizzi A. 46
Rapizzi E. 38, 40
Rapisarda A. 35, 44, 57, 72
Rapisarda L. 52
Ratiglia P. 30
Ravalico G. 35, 41, 50, 57, 75
Rechichi M. 75
Redaelli C. 77
Regondi P. 64
Reibaldi A. 35, 36, 72
Revoltella R. 42
Riccardi C. 55, 63
Ricci R. 77
Rigamonti M.A. 63, 64
Rinaldi E. 45, 61
Ripandelli G. 45
Rispoli E. 31, 48
Rizzo S. 30, 47, 57, 72
Roagna B. 68
Rolle T. 61, 68
Romano F. 40
Rosa L. 49
Rosa N. 39
Rose G.E. 34
Rosellini A. 42
Rossetti L. 59
Rossi F. 79
Rossi G.C.M. 75
Rossi M. 53, 54, 63, 75
Rossi P. 30, 36, 45, 48, 72
Rossi S. 38, 41, 50, 56, 58, 70
Rossi T. 30, 39, 44, 56, 71
Rossini P. 76, 78
Rottier J.B. 31
Rubino P. 42
Russo V. 40, 68
Sadun F. 60
Salati C. 56
Salgarello T. 35, 36, 74
Salmaso M. 48
Salvatore F. 61
Salvetat M.L. 74, 75
Salvolini S. 38, 64, 65, 68, 75
Sanfelici G. 32
Santella M. 77
Santillo C. 38, 48
Santinelli O. 65
Santoro N. 34
Santoro R. 74
Sarnicola V. 34, 42, 43, 44, 51, 54, 70, 78
Sartore M. 59
Sartori A. 63
Sasso P. 40, 41
Savastano M.C. 40, 55, 63
Savastano S. 55, 63
Saviano S. 37, 59
Savino G. 33
Savio E. 33
Savion N. 66
Sbabo A. 52, 78
Sborgia C. 35, 36, 59
Sborgia M. 44, 72
Scala A. 32

presidenti, moderatori, relatori

Scalinci S.Z. 73	Staurenghi G. 36, 44, 48, 55, 69	Trivella F. 34
Scarpa G. 37, 45	Stefani S. 44	Troiano P. 35, 42, 53, 72, 78
Scassa C. 67	Stefano D. 31	Trotta E. 64
Scatà M.L. 50	Sterpetti U. 52	Uccello G. 33, 39
Scerrati E. 32, 52	Stifano G. 40, 74	Ucci F. 33
Schiano Lomoriello D. 52	Stirpe M. 31, 45, 60	Uva M. 35, 36, 74
Schiavi C. 40	Stramare G. 38, 52	Vadalà F. 64
Scienza R. 67	Strano G. 64	Vadalà G. 33, 34
Schmid M. 74	Strianese D. 33, 39	Vadalà P. 51, 64, 68
Schmidt M. 53, 54, 63, 73, 75	Sulli P. 54	Valente P. 74
Scordia G. 38, 40, 75, 77	Surace D. 32, 67, 76	Vandelli G. 51
Scordia G.B. 77	Taloni M. 74	Vanni M. 49
Scordia V. 75, 77, 78, 79	Tamburrini L. 55, 63	Vannozi L. 38, 63
Scorolli L. 73	Tardini M.G. 38	Vaona P. 38
Scuderi G. 67	Tarquini S. 78	Varano M. 58, 59, 60, 69, 77
Scupola A. 40, 41	Tassinari G. 30, 35, 39, 42, 44, 48, 52, 56, 64, 65, 69, 72, 73, 76, 77, 78	Vassallo P. 33, 77
Schiavi C. 48	Tempo E. 75	Vattovani O. 61
Serafino M. 76, 77	Teramo P. 32	Vecchiadini M. 49
Sergio P. 42	Tirassa P. 76	Vecchione G. 76
Sforzi C. 66, 78	Tisbo R. 32	Venco L. 64
Simi C. 78	Tofani F. 68	Ventura F. 62
Simona F. 51	Tognetto D. 46, 50, 58, 72, 76	Vergani S. 48, 63
Simonelli F. 61, 68	Tognon M.S. 49, 65	Vetrugno M. 35, 39, 43, 59, 66, 76
Sincich A. 64, 78	Tollot L. 68	Vigasio F. 49
Sivelli P. 64	Tomazzoli L. 36	Villa G. 54
Skoufaras A. 33	Toni F. 32, 57	Villani C.M. 43
Sodi A. 61, 63, 68	Tormene A.P. 67	Villani G.F. 68
Solomon A.S. 66	Toro P. 42	Vinciguerra A. 53
Sottotetti P. 51	Torreggiani A. 52	Vinciguerra P. 32, 41, 55, 57, 58
Soubrane G. 40, 71	Torricelli F. 61	Vingolo E.M. 65, 73
Souied E. 40	Tosolini M. 46	Viola F. 36, 55
Sozzi D. 33	Tosoni C. 74, 75	Virgili G. 40, 46, 58, 69
Spadea L. 44, 46, 54	Toto L. 39, 51, 53, 54, 68	Vitale Brovarone F. 75
Spasse S. 51	Traina S. 41	Vitali D. 52
Specchia L. 68	Tranfa F. 33, 39	Viti F. 38, 64, 65, 75
Spedale F. 55, 70	Traversi C. 42, 46	Vitiello M. 64
Spinella R. 42	Traverso C.E. 42, 43, 58, 59, 68, 74, 76	Volpe R. 73
Spinelli D. 36, 42, 50, 62, 73		Vujosevic S. 40, 51, 67
Stagni E. 32		Weil D. 64, 68
Staibano S. 39		

presidenti, moderatori, relatori

Welge-Lüssen U. 71

Wiersinga W.M. 34

Wilkinson C.P. 31, 45

Yu A. 71

Zambelli C. 75

Zampaglione C. 34

Zampini A. 78

Zemella M. 30, 45, 68

Zenoni S. 30, 47, 72, 73

Zeppa L. 30, 35, 43, 56, 57, 58,
72

Zeppa P. 39

Ziccardi L. 40

Zinzanella G. 40

Ziosi M. 49

Zotti C.A. 64

Zucca I. 49

Zuccarini S. 32, 73



1st EYE DOCTOR WORLD SKI CHAMPIONSHIP

15th National Championship of Italian Medical Doctors
Memorial Bruno Confortola

Cortina, Italy
January 25-27, 2007

Promoted by



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

**OCULAR
SURGERY NEWS**
EUROPE/JAPAN/PALATIN EDITION



Preliminary Programme

Sunday, January 21st	Arrival of International Guests spending a week in Cortina	
Wednesday, January 24th	Arrival for the races	
Thursday, January 25th	Slalom (2 runs), 9.00 a.m. and 11.30 a.m. Parallel Slalom, 1.30 p.m.	SILO Round Table "The priority role of sunglasses for eye defence and healthy sight" Thursday 6.00 to 7.15 p.m.
Friday, January 26th	SuperG, 10.00 a.m Cross Country, 1.30 p.m.	Journalist Press Conference Friday, January 26th, 5.30 - 6.30 p.m.
Saturday, January 27th	Giant Slalom (2 runs), 9.00 a.m and 11.30 a.m.	
Sunday, January 28th	Departure	

AMO
ADVANCED MEDICAL OPTICS
Innovating Vision

Transitions



SILO Società Italiana Laser in Oftalmologia
23° Congresso Nazionale



Organizing Secretariat
Congresso Medici Oculisti srl
Via dei Mille 35, 00185 Roma
ph. +39 064464514 / 0644702826
fax +39 064468403
congressomedici@sedesol.com

www.ocuski.com



**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 OFTALMOLOGICA ITALIANA

OCULAR SURGERY NEWS

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA

primo annuncio



“Il Consiglio Direttivo ringrazia i major sponsor:

Alcon Italia

Novartis Ophthalmics

Pfizer Italia

Sifi

per il contributo dato all'Oftalmologia Italiana”



PROSSIMI CONGRESSI SOI

CONGRESSI 2007

5° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI
23-26 Maggio - Roma

periodo di sospensione congressuale:
dal 1° Maggio al 31 Maggio

87° CONGRESSO NAZIONALE SOI
24-27 Ottobre - Venezia

periodo di sospensione congressuale:
dal 21 Ottobre al 10 Dicembre

CONGRESSI 2008

6° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI
14-17 Maggio - Roma

periodo di sospensione congressuale:
dal 1° Maggio al 31 Maggio

88° CONGRESSO NAZIONALE SOI
26-29 Novembre - *località da definire*

periodo di sospensione congressuale:
dal 1° Novembre al 31 Dicembre



5 Congresso Internazionale SOI 2007

Roma
23-26 maggio 2007
Hotel Cavalieri Hilton

12th Annual Joint Meeting
on Cataract and Refractive Surgery

SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA
OCULAR SURGERY NEWS
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRAATTIVA



primo annuncio