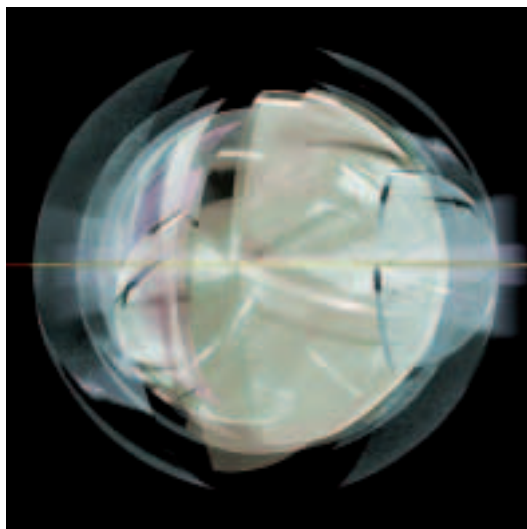


Società Oftalmologica Italiana



VIII CONGRESSO INTERNAZIONALE

ROMA
19-22 MAGGIO 2010

Sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

e con il patrocinio
del Ministero della Salute



Si ringrazia



BAUSCH+LOMB



INDICE

3	Consiglio Direttivo SOI - Comitato scientifico Consulenti scientifici SOI
4	Società monotematiche aderenti
5	Presentazione
6	Elenco Commissioni - Delegati SOI
8	SOI Medal Lectures
10	SOI Award "A Life Spent Serving Ophthalmology"
12	Mario Gelsomino SOI Award
13	SOI Outstanding Humanitarian Service Award
14	SOI Keynote Lecture
16	Informazioni generali
22	Aziende espositrici
23	Planimetria dell'esposizione
24	In agenda
25	Sintesi programma scientifico
28	Programma day by day
	Programma scientifico
32	• Mercoledì 19 maggio
39	• Giovedì 20 maggio
45	• Venerdì 21 maggio
51	• Sabato 22 maggio
56	Corsi istituzionali
58	Corsi monotematici
64	Comunicazioni
70	Poster
80	Abstract Subspecialty Day
86	Abstract International Sessions

CONSIGLIO DIRETTIVO SOI COMITATO SCIENTIFICO

Presidente

Matteo Piovella

Vice Presidente Vicario

Marco Nardi

Vice Presidente

Giorgio Tassinari

Segretario Tesoriere

Teresio Avitabile

Vice Segretario

Alberto Montericcio

Consiglieri

Bernardo Billi

Emilio Campos

Giovanni Cennamo

Stefano Miglior

Antonio Mocellin

Severino Santoro

Vincenzo Sarnicola

Giovanni Scorcìa

Pasquale Troiano

Lucio Zeppa

Revisori dei Conti Effettivi

Rosario Giorgio Costa

Gian Primo Quagliano

Luca Capoano

Revisore dei Conti Supplente

Danilo Mazzacane

CONSULENTI SCIENTIFICI SOI

Fabrizio Camesasca

Luigi Conti

Luigi Fontana

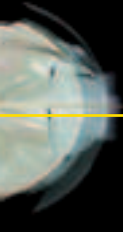
Giorgio Marchini

Antonio Marino

Vincenzo Maurino

Edoardo Midena

Mario Nubile



SOCIETÀ MONOTEMATICHE ADERENTI

A.D.M.O.I.

Associazione Dirigenti Medici Oculisti Italiani

Presidente: G. Tassinari

Segretario: P. Troiano

Clinica Oculistica Fondazione Policlinico di Milano IRCCS

Via M. Fanti, 6 - 20122 Milano

ptroiano@policlinico.mi.it

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, 62 - 80132 Napoli

Segreteria c/o AIM Group - AIM Congress

Via G. Ripamonti, 129 - 20141 Milano

Tel. 02 56601207 - Fax 02 56609045

segreteriaaiccer@aimgroup.it

A.I.E.R.V.

Association International pour l'Enfance et la Réhabilitation Visuelle

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

Presidente: I. Molnar

Segretario: M. Fortunato

Viale Medaglie d'Oro, 40 - 00136 Roma

Tel./Fax 06 39742614

info@aierv.it - www.aierv.it

A.I.O.L.

Accademia Italiana di Oftalmologia Legale

Presidente: D. Siravo

Segretario: P. Troiano

Clinica Oculistica Fondazione Policlinico di Milano IRCCS

Via M. Fanti, 6 - 20122 Milano

ptroiano@policlinico.mi.it

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

Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica

Presidente: G. Actis

Segretario: G. Aimino

Vice Segretario: A.G. Actis

Corso Galileo Ferraris, 75 - 10128 Torino

Tel. 011 599307 - Fax 011 5808444

A.S.M.O.O.I.

Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani

Presidente: C.M. Villani

Segretario: M. Piovella

Via dei Mille, 35 - 00185 Roma

Tel./Fax 06 44340015

I.A.P.B. 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

sezione.italiana@iapb.it

O.P.I.

Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana

Presidente: G. Lesnori

Segretario: F. D'Arrigo

Via Ugo Bassi Is. 157, 91 - 98122 Messina

Tel. 090 2935549 - Fax 090 2923890

segreteria@oculistiopi.it

S.E.M.O.R.I.

Società EuroMediterranea di Ortottica Riabilitazione e Interdisciplinarietà

Presidente: C. Campana

Segretario: K. Waldhauser

Via Miss Mabel Hill, 9 - 98039 Taormina ME

Tel./Fax 0942 24251

info.semori@gmail.com - www.semori.it

S.I.C.O.P.

Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

Presidente: L. Baldeschi

Segretario: M. Puccioni

Via Zara, 7 - 50129 Firenze

Tel./Fax 055 4377749

info@sicopweb.it - www.sicopweb.it

S.I.E.T.O.

Società Italiana di Ergo oftalmologia e Traumatologia Oculare

Presidente: V. De Molfetta

Segretario Ergo oftalmologia: V. Bongiorno

Segretario Traumatologia: M. Borgioli

Viale Martiri della Libertà, 57 - 62100 Macerata

Tel. 0733 236493 - Fax 0733 237977

S.I.O.F.

Società Italiana di Ottica Fisiopatologica

Presidente: U. Merlin

Segretario: P. Troiano

Clinica Oculistica Fondazione Policlinico di Milano IRCCS

Via M. Fanti, 6 - 20122 Milano

Tel. 02 55033919 - ptroiano@policlinico.mi.it

S.I.O.G.

Società Italiana di Oftalmologia Geriatrica

Presidente: M. Piovella

Segretario: P. Troiano

Clinica Oculistica Fondazione Policlinico di Milano IRCCS

Via M. Fanti, 6 - 20122 Milano

Tel. 02 55033919 - ptroiano@policlinico.mi.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

S.M.O.

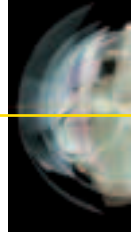
Società Mediterranea di Ortottica

Presidente: E. Gallo

Segretario: S. Basile

Via Asilo Sant'Agata, 74 - 95129 Catania

Fax 0961 3647133 - info@ortottica.org



Cari Colleghi,

sono lieto di darvi il benvenuto all'8a edizione del Congresso Internazionale SOI che si tiene a Roma dal 19 al 22 maggio 2010 presso il Centro Congressi Hotel Rome Cavalieri (via Cadlolo 101).

La manifestazione inizia con due novità: i lavori aprono alle ore 14.00 di mercoledì 19 e si concludono sabato 22 alle ore 17.30. Naturalmente sarà possibile registrarsi e visitare l'area espositiva sin dalle ore 8.00 del mercoledì.

Nell'ultima giornata congressuale, sabato 22, in una climax crescente, sono programmati i Subspecialty Day Retina e Glaucoma, in sala Cavalieri e in sala Belle Arti per una full immersion specialistica, dalle ore 8.00 fino alle ore 17.30. Quest'anno per la prima volta, nel corso dei due Subspecialty Day, si realizzerà una sezione speciale di chirurgia in diretta, in collegamento con le sale operatorie dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

Come di consueto, si confermano tra i momenti di confronto internazionale il 15° Joint Meeting SOI-OSN AICCR in collegamento con la Live Surgery al venerdì e sabato, l'appuntamento con le Società Scientifiche sopranazionali, con il Simposio SOI in collaborazione con SAO Società Oftalmologica Argentina e dedicato ai tumori orbitali, fissato al giovedì.

Quest'anno inoltre, alla gestione post operatoria del paziente glaucomatoso è dedicato il Simposio SOI che vedrà la partecipazione straordinaria del prof. Antony C.B. Molteno, Capo del Dipartimento di Oculistica presso l'Università di Otago, Nuova Zelanda, in calendario sempre al giovedì.

Il prof. Molteno inoltre interverrà nella sezione di chirurgia in diretta per una dimostrazione della tecnica di impianto d'avanguardia e relativa al dispositivo di drenaggio Molteno 3.

Al Congresso parteciperanno altri due nomi illustri del panorama scientifico d'oltre oceano: Lawrence A. Yannuzzi, professore di Oftalmologia Clinica alla Columbia University Medical School, insignito della Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture che esporrà la Lezione Magistrale intitolata "The Expanded Clinical Spectrum of Vitelliform Maculopathy" e Samuel Masket, professore di Oftalmologia Clinica presso il Jules Stein Eye Institute UCLA Center for Health Sciences USA, insignito della Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture che terrà la Lezione Magistrale "The Future of Cataract Surgery".

Ancora una volta l'edizione Internazionale del Congresso SOI presenta un ricco programma scientifico, interamente accreditato ECM, con oltre 28 sessioni, 8 corsi istituzionali e 25 Corsi d'istruzione e due Corsi ASOC dedicati all'autocertificazione di qualità degli studi oculistici. Un aggiornamento a tutto campo sulle principali tematiche che interessano la nostra professione. Approfondendo finanche il profilo di rappresentanza sindacale della categoria con un incontro SOI in collaborazione con ASMOOI e destinato alla formazione di rappresentanti territoriali per tutti quegli oftalmologi di buona volontà che vogliono candidarsi a promuovere le istanze dei medici oculisti.

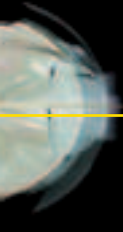
SOI e ASMOOI sono inoltre promotori di un simposio dedicato a verificare le opportunità future per le possibili convergenze sul ruolo dell'oftalmologo con quello dell'ortottista, immaginando lo scenario futuro per un moderno sviluppo del profilo professionale dell'ortottista. Alla sessione interverranno l'On. Luigi Palumbo, presidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati e il Sen. Antonio Tomassini, presidente Commissione Igiene e Sanità Senato della Repubblica.

Ai soci SOI si ricorda che giovedì 20 maggio alle ore 13.00 in sala Belle Arti, si terrà l'Assemblea Ordinaria dei Soci. È possibile consegnare le deleghe, entro le ore 11.00 di giovedì 20 all'apposito desk situato presso il piano lobby, di fronte la segreteria.

Segnalo inoltre la speciale area espositiva che caratterizza i nostri Congressi, un appuntamento consueto per un aggiornamento sulle novità del settore e per favorire opportunità di scambio e relazione.

Buon lavoro a tutti!

Matteo Piovella
Presidente SOI



ELENCO COMMISSIONI - DELEGATI SOI

COMITATO ETICO

Presidente

Pier Enrico Gallenga

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

Fulvio Carraro
Edoardo Midena
Costantino Bianchi
Marco Nardi

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO per lo studio della responsabilità Professionale in Oftalmologia

Presidente

Pasquale Troiano

Vice Presidenti

Maurizio Buscemi
Paolo d'Agostino

Coordinatore

Roberto Dossi
Claudio Carbonara
Filippo Cruciani
Vincenzo De Vitto
Umberto Merlin
Mario Motta
Mauro Schiavone

ESPERTI NAZIONALI

PRK

Giovanni Alessio
Umberto Benelli
Maurizio Buscemi
Giovanni Cennamo
Giorgio Cusati
Fabio Dossi
Roberto Dossi
Umberto Merlin
Antonio Mocellin
Giuseppe Panzardi
Matteo Piovella
Antonio Rapisarda
Vincenzo Scorcia
Paolo Vinciguerra

Lasik

Leonardo Mastropasqua
Alberto Montericchio
Marco Nardi
Giuseppe Panzardi
Giuseppe Perone

Matteo Piovella
Scipione Rossi
Adolfo Sebastiani

Chirurgia Incisionale

Massimo Camellin
Fabio Dossi
Umberto Merlin

Glaucoma

Roberto Carassa
Stefano Gandolfi
Michele Marraffa
Leonardo Mastropasqua
Stefano Miglior
Marco Nardi
Carmela Sannace
Carlo Enrico Traverso
Pasquale Troiano
Maurizio Uva

Cataratta

Rossella Appolloni
Giorgio Oddo Bravetti
Maurizio Buscemi
Guido Caramello
Pier Enrico Gallenga
Vincenzo Orfeo
Giuseppe Panzardi
Matteo Piovella
Giorgio Tassinari
Pasquale Troiano

Vitreoretina

Paolo Arpa
Teresio Avitabile
Giorgio Beltrame
Bernardo Billi
Marco Borgioli
Paolo Carpineto
Fulvio Carraro
Nino De Casa
Vito De Molfetta
Guido Lesnoni
Alberto Montericchio
Giuseppe Nuzzi
Grazia Pertile
Roberto Ratiaglia
Alfredo Reibaldi
Severino Santoro
Giovanni Scorcia
Mario Stirpe
Giorgio Tassinari
Marco Vecchi
Lucio Zeppa
Stefano Zenoni
Retina Medica
Livio Colecchia
Alfredo Greco

Giuseppe De Crecchio
Giorgio Lofoco
Luca Mastroni
Giorgio Randazzo
Gerardo Santoni

Chirurgia Plastica

Gianni Ugo Aimino
Giamberto Casini
Giulio Bonavolontà
Giuseppe Davì
Carlo de Conciliis
Fabio Dossi
Giovanni Frongia
Francesco Mininni
Fausto Trivella
Patrizia Vassallo

Oncologia

Giulio Bonavolontà
Carlo de Conciliis
Theodora Hadijstilianou
Edoardo Midena
Giulio Maria Modorati
Carlo Mosci
Paolo Perri
Alfredo Reibaldi

Diagnostica

Giovanni Cennamo
Daniele Doro
Michele Figus
Pier Enrico Gallenga
Federico Grignolo
Stefano Miglior
Eduardo Motolese
Mario Nubile
Pasquale Troiano

Contattologia

Dario Aureggi
Emanuela Bonci
Luciano Cerulli
Umberto Merlin
Pasquale Troiano

Retinopatia Pretermine

Adriano Magli
Grazia Pertile
Elena Piozzi
Alfredo Reibaldi
Pietro Rossi
Costantino Schiavi
Alessandro Tortorella

Trapianti di cornea

Elisabetta Bohm
Massimo Busin
Ettore Loffredo
Claudio Macaluso
Leonardo Mastropasqua

Umberto Merlin
Paolo Rama
Albino Rapizzi
Vincenzo Sarnicola

Medicina Legale

Maurizio Buscemi
Massimo Busin
Paolo d'Agostino
Vincenzo De Vitto
Roberto Dossi
Pier Enrico Gallenga
Umberto Merlin
Duilio Siravo
Pasquale Troiano
Paolo Vinciguerra

Traumatologia Oculare

Vittorio Bongiorno
Marco Borgioli
Giovanni Cennamo
Vito De Molfetta
Cesare Forlini
Tommaso Rossi
Alfredo Reibaldi

Oftalmologia Pediatrica

Emilio Campos
Ettore Chiosi
Michele Fortunato
Adriano Magli
Pasquale Vadalà

TESORIERE FISM

Matteo Piovella

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO NOTIZIARIO SOI

Responsabile

Costantino Bianchi
Pier Enrico Gallenga
Vittorio Picardo
Gerardo Santoni

COMMISSIONE DRG (TARIFE MINIME)

Fulvio Carraro
Pasquale Troiano

AGENZIA SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE LAZIO

Rappresentanti SOI
Claudio Carbonara
Luciano Cerulli

AGENZIA INTERNAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLA CECITÀ SEZIONE ITALIANA - IAPB

Corrado Balacco Gabrieli
Leonardo Mastropasqua
Alfredo Reibaldi
Carlo M. Villani

DELEGATI REGIONALI

Piemonte

Gustavo Brusasco
Federico Grignolo
Franco Sebastiani

Liguria

Gianpaolo Pesce
Alfredo Rivara
Pietro Rossi
Carlo Enrico Traverso

Lombardia

Fabrizio Camesasca
Danilo Mazzacane
Stefano Zenoni

Trentino Alto Adige

Mauro De Concini

Veneto

Giorgio Manzotti
Giorgio Marchini
Edoardo Midena

Friuli Venezia Giulia

Paolo Brusini
Giuseppe Ravalico

Emilia Romagna

Luca Cappuccini
Stefano Gandolfi
Enrico Martini
Alessandro Mularoni

Toscana

Eduardo Motolese
Giuseppe Panzardi
Andrea Romani
Fulvio Carraro

Marche

Marco Borgioli
Cesare Mariotti

Umbria

Cesare Fiore
Giovanni Lupidi

Abruzzo

Paolo Antonucci
Marco Ciancaglini
Concetta Di Nardo
Mario Nubile

Molise

Ermanno Dell'Omo
Ciro Costagliola

Lazio

Bernardo Billi
Luciano Cerulli
Vittorio Picardo

Campania

Vittorio Bongiorno
Raffaello di Lauro
Alessandro Mele
Vincenzo Orfeo
Pasquale Petrella
Giovanni Smaldone

Basilicata

Pietro Auteri
Domenico Lacerenza

Puglia

Giuseppe Addabbo
Pasquale Attimonelli
Giuseppe Durante
Mauro Di Pilato
Giuseppe Princigalli

Calabria

Sante Luigi Formoso
Giuseppe Guarnaccia
Umberto Sorrentino
Massimo Turtoro

Sicilia

Salvatore Azzaro
Lucio Casano
Alberto Belluardo
Attilio Squeri
Antonino Pioppo

Sardegna

Sergio Manuel Solarino
Renato Piccinini
Giacomo Spano

RAPPRESENTANTI SOI CURE ALL'ESTERO

(in corso di aggiornamento i referenti delle regioni)

Referenti e Coordinatori

Pier Enrico Gallenga
Federico M. Grignolo
Antonio Mocellin
Alfredo Reibaldi

ACCADEMIA NAZIONALE MEDICINA (Sez. Oftalmologia)

Leonardo Mastropasqua

RAPPORTI SOI CON SOCIETÀ OFTALMOLOGICHE EUROPEE

Coordinatori

Matteo Piovella
Pier Enrico Gallenga

RAPPORTI SOI-WOC

Emilio Campos

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

Umberto Merlin
Matteo Piovella
Antonio Mocellin

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO ISO/SOI (CERSOI)

Giov. Battista Angelini
Claudio Carbonara
Scipione Rossi
Adolfo Sebastiani
Maurizio Terrana

Consulenti

Umberto Merlin
Giuseppe Perone

ASOC

Autocertificazione Studi Oculistici in Community

Giov. Battista Angelini
Claudio Carbonara
Scipione Rossi
Adolfo Sebastiani
Maurizio Terrana

ASMOOI

(Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani)

Presidente

Carlo M. Villani

Vice Presidente

Antonio Rapisarda

Segretario

Matteo Piovella

Vice-Segretario

Costantino Bianchi

Consiglieri

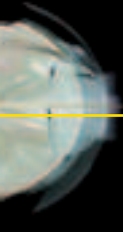
Filippo Cruciani
Katia Filippone
Emilia Gallo
Danilo Mazzacane
Alberto Montericcio

GRUPPO DI LAVORO SOI UTILIZZATORE LASER INTRASTROMALE

Coordinatore

Mario Nubile

Carlo Cagini
Leonardo Mastropasqua
Luca Menabuoni
Giuseppe Perone
Nicola Rosa
Scipione Rossi



SOI MEDAL LECTURES



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2005

History of intra Ocular Implant: the role of an Italian genius

Pier Enrico Gallenga



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2006

Cataract Surgery in the Glaucoma Patient

Richard L. Lindstrom



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2007

Intraoperative Floppy Iris Syndrome

David F. Chang



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2008

Phacoemulsification in Difficult and Challenging Cataract Cases

I. Howard Fine



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2009

The Pursuit of Implants to Correct Presbyopia

Roger F. Steinert



Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2010

The Future of Cataract Surgery

Samuel Masket

Il Dott. Masket continua attivamente la pratica clinica ed è coinvolto nella ricerca clinica e nell'insegnamento della chirurgia oculare. Il Dott. Masket è un Professore di Oftalmologia Clinica al Jules Stein Eye Institute-UCLA. È stato Presidente del Comitato Cataract Special Interest della Società Americana di Cataratta e Chirurgia Refrattiva. Dal 1998 al 2001 è stato membro del Consiglio dei Fiduciari dell'Accademia Americana di Oftalmologia ed è stato Presidente della Società Americana di Cataratta e Chirurgia Refrattiva. Ha scritto molte pubblicazioni, è nel Consiglio Editoriale di diverse riviste ed è il consulente del Journal of Cataract and Refractive Surgery. È stato invitato come chirurgo ospite e ha tenuto conferenze in tutto il mondo. Ha presentato la 22° Binkhorst Medal Lecture. I suoi colleghi lo hanno votato affinché fosse incluso tra i "Best Doctors of America" e il LA Magazine lo ha inserito nella lista dei "Best Doctors in LA". Inoltre fa parte ed è stato Osservatore Clinico per la FDA per quanto riguarda nuovi metodi e prodotti chirurgici. Il Dott. Masket ama trascorrere il tempo libero con la famiglia, ama la cucina gourmet e il rollerblading.

In cooperation
with AMO



Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2006

Congenital Glaucoma Management

Roberto Sampaolesi



Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2007

Advances in Ultrasound Evaluation of the Eye for the Vitro-Retinal Surgeon

D. Jackson Coleman



Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2008

Surgical Technique for Suture Fixation of an Acrylic Intraocular Lens in the Absence of Capsule Support

Walter J. Stark



Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2009

Optic Nerve Anomalies and Retinal Detachment

Stanley Chang

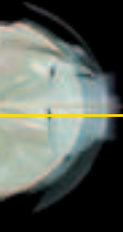


Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2010

The Expanded Clinical Spectrum of Vitelliform Maculopathy

Lawrence A. Yannuzzi

Un interprete intuitivo e creativo delle espressioni del fundus, una voce risonante per la scienza clinica e l'insegnamento, il Professore Lawrence A. Yannuzzi è stato un leader carismatico e brillante per quanto riguarda le malattie medico-retiniche. Egli ha dato numerosi contributi all'imaging (fluoresceina e verde di indocianina), allo sviluppo di medicinali quali l'uso delle anti-prostaglandine per l'edema maculare cistoide, medicinali anti-vasogenici per la degenerazione maculare senile e per disordini retinici vascolari essudativi, all'introduzione di modalità terapeutiche, quali la fotocoagulazione e la fotosensibilizzazione. La descrizione di nuove malattie e una maggiore comprensione di quelle esistenti ha portato all'apprezzamento e all'ammirazione della comunità retinica di tutto il mondo nei suoi confronti. Tali risultati sono stati riconosciuti con ogni possibile docenza e premio ambito e prestigioso, inclusa una laurea honoris causa dell'Università di Ancona, l'illustre Premio "Alumnus" della Boston University, il Premio "Retinal Research Award" da Alcon e dalla Società della Retina, la Medaglia Gass dalla Società della Macula, il Premio "Michelson Award" dalla Comunità Internazionale e il Premio "Lifetime Achievement Award" della American Academy of Ophthalmology per citarne solo alcuni. E' stato uno straordinario guaritore per i suoi pazienti, restituendo loro la vista; è stato un maestro di pensiero innovativo e duraturo attraverso osservazioni originali e pubblicazioni voluminose o enciclopediche per i suoi distinti colleghi e amici; è stato un marito, un padre e un nonno amorevole e devoto per la sua famiglia. Oggi continua a lanciare la sfida e ad essere d'ispirazione per i medici e gli accademici con la sua naturale intelligenza, l'inarrestabile energia, la dedizione instancabile e un inflessibile senso morale.



SOI AWARD “A LIFE SPENT SERVING OPHTHALMOLOGY”



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2006
Bruno Monfrini



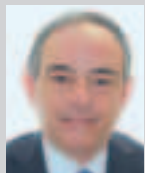
SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2007
Victor Manuel Dias Ferreira



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2008
James V. Mazzo



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2009
Giuseppe Benanti



SOI Award “A life spent serving ophthalmology” 2010

Fabio David

Fabio David, dopo aver concluso, nel 1980, gli studi specialistici in chimica, inizia la propria attività lavorativa presso l'azienda farmaceutica “Alfa Intes” fondata nel 1941 e di proprietà della famiglia Gelsomino, con la mansione e la responsabilità, nell'ambito del Controllo Qualità, del controllo e rilascio delle materie prime e dei prodotti finiti. Dopo circa un anno di attività in tale settore, maturando un'esperienza, se pur breve ma intensa, il Dott. Gelsomino, fine conoscitore di uomini e innato imprenditore, intuiva le sue grosse capacità organizzative e la spiccata motivazione al raggiungimento degli obiettivi, gli proponeva la gestione totale, produttiva e di marketing, del nuovo settore strumentale per la diagnosi e la chirurgia oftalmica. Fabio David, affascinato dalla grossa sfida accettava il nuovo incarico senza indugio e da subito, si è dovuto cimentare con un mondo nuovo, non solo a livello aziendale ma soprattutto a livello nazionale, ove innovazioni e cambiamenti tecnologici, nello specifico settore, mutavano continuamente in quegli anni. Tali difficoltà non lo scoraggiavano, anzi, risultavano determinanti e stimolanti per il raggiungimento di obiettivi significativi fino a farlo divenire punto di riferimento nel panorama delle tecnologie innovative della oftalmologia. Si deve a lui, con il costante apporto imprenditoriale del dott. Gelsomino, nel corso degli anni, l'introduzione e la diffusione di quelle novità in ambito oftalmologico che furono determinanti allora e sono ancora attuali oggi. In particolare, dal 1983 fu introdotta in Italia la Visco-chirurgia, con l'utilizzo, per la prima volta, dell'“Healon”, il primo viscoelastico prodotto al mondo. Sulla spinta di questi primi successi, Fabio David e l'Azienda, in collaborazione con l'amico Bruno Monfrini introdussero in Italia la “Storz Instruments USA” che muoveva i primi passi e nel campo della chirurgia Extracapsulare con strumenti computerizzati e nell'impianto delle lenti intraoculari, rappresentando la vera novità in chirurgia Oftalmica. La profonda dedizione, nonché le spiccate capacità manageriali di Fabio David, supportato da tutto il management, permisero all'azienda di assicurarsi quote di mercato con relativi volumi di vendita al di là di ogni più rosea aspettativa e superiori a quelle di altre similari aziende già affermate in campo internazionale. Dal 2004, dopo la sconvolgente scomparsa del Dott. Mario Gelsomino, l'azienda ha ridisegnato un nuovo assetto organizzativo le cui figure chiavi sono ricoperte dai figli Vincenzo e Lucia, nonché dallo stesso David. La nuova organizzazione, sulla base degli insegnamenti e della formazione professionale trasmessa dal fondatore Mario Gelsomino, ha portato l'azienda “Alfa Intes” e la neonata del gruppo “Alfa Instruments” a primeggiare, tra le aziende interamente a capitale Italiano, sul mercato Oftalmico con oltre 150 collaboratori tra interni ed esterni. Attualmente l'Azienda ricopre una significativa posizione nel mercato delle innovazioni farmacologiche in Italia e in molti Paesi del mondo e primeggia nella promozione tecnologica propria e di parthenership con aziende produttrici mondiali di attrezzature per la chirurgia e la diagnostica Oftalmica. Continuando la tradizione l'Azienda, sicura di poter contare sulle indubbie capacità di Fabio David e di tutto lo staff dirigenziale, sta curando la progettazione di ulteriori linee innovative nel campo delle biotecnologie e della nutrizione che vedranno la costituzione di nuove aziende satelliti dell'“Alfa Intes”. L'obiettivo fondamentale di questi ultimi progetti è quello di consolidare e di sviluppare ulteriormente, con spirito costruttivo e innovativo, la presenza dell'azienda sia nel nostro Paese che nel panorama industriale mondiale.



Mario Gelsomino SOI Award 2006
Bruno Michelone



Mario Gelsomino SOI Award 2007
Luigi Colangelo



Mario Gelsomino SOI Award 2008
Michele Illiano



Mario Gelsomino SOI Award 2009
Sonia De Francesco



Mario Gelsomino SOI Award 2010
Liberatina De Martino

Liberatina De Martino, è nata a Salerno il 23 maggio 1978. Laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Bologna con 110/110 cum laude il 30/10/2002, si è specializzata in Oftalmologia presso l'Università degli Studi di Bologna con 70/70 cum laude il 3 Novembre 2006. Durante gli Studi Superiori, ha trascorso un anno negli Stati Uniti, Smithtown, NY in qualità di "exchange student", conseguendo il diploma come senior student e completando il II anno di liceo classico all'estero. Durante il corso di laurea, ha trascorso 1 mese presso l'Università di Tubingen, Germania, come studente frequentatore in Medicina Interna e Cardiologia. Durante la Scuola di Specializzazione, ha trascorso un periodo di formazione presso lo Scheie Eye Institute di Philadelphia, per approfondire le conoscenze su Retina Medica. In quegli anni, l'Istituto era tra i primi al mondo a sperimentare i farmaci anti-VEGF per il trattamento della degenerazione maculare senile. Dal 2007, lavora come oculista presso la S.C. di Oculistica dell'ASMN di Reggio Emilia, diretta dal dott. Luca Cappuccini. Ha acquisito competenza nelle principali indagini diagnostiche strumentali, in particolare per retina medica e glaucoma ed ha eseguito in qualità di I operatore oltre 200 interventi sul segmento anteriore e interventi in urgenza. È autrice di numerosi abstract nazionali e internazionali e ha partecipato in qualità di relatore a numerosi congressi di calibro internazionale. Ha pubblicato su riviste nazionali e internazionali. Ha vinto il Primo Premio come "Miglior Poster" in occasione del 89° Congresso Nazionale SOI del 2009.



SOI Outstanding Humanitarian Service Award 2008

Alessandro Pezzola

SOI Outstanding Humanitarian Service Award 2009

Il Consiglio Direttivo SOI ha deliberato di devolvere il premio per un supporto oftalmico a sostegno del sisma in Abruzzo.

SOI HONORARY AWARD IN OPHTHALMOLOGY



SOI Honorary Award in Ophthalmology 2008

H. Dunbar Hoskins, Jr.



SOI Honorary Award in Ophthalmology 2009

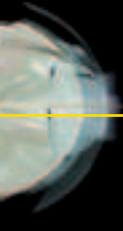
Mary D'Ardis



SOI Honorary Award in Ophthalmology 2010

David A. Karcher

Direttore Esecutivo/CEO della American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS), Mr. Karcher è nato e cresciuto nello Stato di Washington. Nel 1967, dopo aver conseguito la laurea dalla Central Washington State University, facoltà di Business Administration and Economics, ha fatto il servizio militare, trascorrendo 19 mesi dei 3 anni di ferma in Vietnam. Nel 1970 ha iniziato una collaborazione con la catena alberghiera Western International Hotels come manager tirocinante. Nel 1972 è stato trasferito a Los Angeles ed è diventato il Direttore Commerciale del Century Plaza Hotel. Dopo diversi cambiamenti in ambito lavorativo, Mr. Karcher ha deciso di concentrare la sua attività sulla pianificazione di eventi. Per due anni ha lavorato per una compagnia con base nel Connecticut come produttore di OptiFair, attualmente noto come Vision Expo. Volendo fare ritorno sulla West Coast, nel 1981 Mr. Karcher ha deciso di fondare la propria società di pianificazione eventi. Proprio in quella fase è stato contattato dalla American Intraocular Implant Society (AIOIS), un cliente di quando lavorava al Century Plaza, come potenziale contractor. In quel periodo AIOIS subiva una forte riorganizzazione interna e dopo vari negoziati con Direttori volontari, Mr. Karcher accettò di diventare il Direttore Esecutivo della società. Nel 1985, il gruppo dirigente della società decise di trasferire la sede da Santa Monica, California a Fairfax, in Virginia, vicino al Campidoglio americano. In concomitanza con il trasloco, la società decise di trasformare la sua denominazione in American Society of Cataract and Refractive Surgery. Venne, inoltre, deciso di istituire un'organizzazione di amministratori oftalmici, così si formò la American Society of Ophthalmic Administrators (ASOA). Mr. Karcher è diventato il Presidente del Board ASOA, nonché il Direttore Esecutivo/CEO di ASCRS. Attualmente, l'ASCRS conta più di 10.000 soci a livello internazionale, ha 48 impiegati e un budget annuale di più di 17 milioni di dollari.



Anthony Christopher Bernard Molteno

Why Valvular Implants

Qualifica:	Istituto:	Data conseguimento:
FRACO	Royal Australasian College of Ophthalmologists	1983
FRCS(Ed)	Royal College of Surgeons, Edinburgo	1968
MB ChB	University of Cape Town, S.A.	1962

Socio del Royal College of Surgeons (Edimburgo). Socio del Royal Australasian College of Ophthalmologists. Membro del RANZCO Glaucoma Club. Fiduciario del OSNZ Postgraduate Education Trust. Membro della American Academy of Ophthalmologists. Membro associato del Comitato ANSI della American Federal Drug Administration (ANSI - American National Standards for Glaucoma Drainage Implants). Membro onorario della New Zealand Society of Contact Lens Practitioners. Membro del Foreign Specialists Interviewing Committee for New Zealand. È anche stato membro del Education and Qualification Committee, Ophthalmological Society of New Zealand. È stato Presidente della Ophthalmological Society of New Zealand. È stato fiduciario del Glaucoma Trust della Ophthalmological Society of New Zealand.

Lingue: Afrikaans - parlato, letto, scritto.

Attività lavorativa

• Posizione attuale

2002 Professore, Direttore della Divisione Oftalmologica, University of Otago Scuola di Medicina a Dunedin, nonché Consulente Oftalmologo all'Ospedale di Dunedin.

• Attività lavorativa

1987-2002 Professore Associato, Capo Dipartimento, University of Otago Dunedin Scuola di Medicina e Consulente Oftalmologo; Dunedin Hospital

1977-1987 Docente Senior (in seguito Direttore provvisorio di Dipartimento), Dipartimento di Oftalmologia, University of Otago, e Consulente Oftalmologo Ospedale di Dunedin

1970-1977 Consulente, in seguito Consulente Capo e Direttore provvisorio di Dipartimento, Dipartimento di Oftalmologia, University of Stellenbosch, Ospedale Tygerberg, Sud Africa

Attività di ricerca

Competenza nella ricerca

- Glaucoma: Il campo in cui ho maggiore esperienza per quanto attiene alla ricerca è quello del trattamento di casi di glaucoma grave e complesso. Tali casi sono comuni e di solito avevano una prognosi infausta. Il mio lavoro in questo settore ha portato degli importanti sviluppi.
- Sviluppo visivo e Cura dello Strabismo: L'altro campo in cui sono esperto è quello dello sviluppo di strumenti ottici che misurano il fixing, la messa a fuoco, nonché le proprietà ottiche degli occhi degli esseri umani e degli animali. Questo lavoro è stato fatto in collaborazione con il Professore Associato I.J. Hodgkinson del Dipartimento di Fisica e ci ha condotto a una maggiore comprensione delle proprietà ottiche dell'occhio umano. Ha inoltre consentito lo sviluppo di strumenti (tra cui il fotoscreener di Otago che hanno trovato applicazione clinica. Il fotoscreener di Otago in particolare è stato usato per screening sanitari e a livello clinico per migliorare in maniera drastica i risultati della cura dell'ambliopia e dello strabismo a Otago. Questo lavoro è stato confermato, tra gli altri, dal Professor Glen Cole (Brisbane) e dal Dott. A. Putterman (Bruxelles).
- Brevetti: Criosonda Witz, uno strumento criochirurgico; Dispositivo di drenaggio per il glaucoma e perfezionamenti (impianti Molteno); Fotoscreening Ortogonale.
- Borse di studio per la Ricerca (solo negli ultimi cinque anni)
 - 2008-10 Healthcare Otago Charitable Trust: Assistant Research Fellow Grant
 - 2004-6 Healthcare Otago Charitable Trust: Assistant Research Fellow Grant
 - 2002-3 Healthcare Otago Charitable Trust: Assistant Research Fellow Grant

Publicazioni

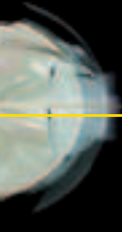
- Libri: Note di Corso per la Parte 1 Ottica
- Capitoli di Libri: 9
- Articoli di Giornale rilevanti: 91



L'occhio umano è già un'opera d'arte,
scegli la tecnologia per i ritocchi.



Chirurgia sicura. Risultato efficace. Performance superiore.



INFORMAZIONI GENERALI

Sede del Congresso

Centro Congressi Hotel Rome Cavalieri
Via Cadlolo, 101 - 00136 Roma - Tel. 06 35091

Segreteria Scientifica

Consiglio Direttivo SOI - Comitato Scientifico SOI
Via dei Mille, 35 - 00185 Roma - Tel. 06 4464514-06 44702826 - Fax 06 4468403
internazionalesoi@sedesoi.com

Direzione Comunicazione e Marketing

Alessandra Esposito
SOI - Via dei Mille, 35 - 00185 Roma - Tel. 06 4464514-06 44702826 - Fax 06 4468403
alessandra.esposito@sedesoi.com

Segreteria Organizzativa

Congressi Medici Oculisti Srl
Via dei Mille, 35 - 00185 Roma - Tel. 06 4464514 - Fax 06 4468403
congressi@sedesoi.com

Prenotazioni alberghiere

Studio Schiavo
Via Tiburtina, 325 - 03100 Frosinone - Tel./Fax 0775 871538
renata.schiavo@tin.it

Ufficio stampa

Monica Assanta
ufficiostampa@soiweb.com

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO

Per partecipare all'8° Congresso Internazionale SOI, all'esposizione e a tutte le manifestazioni in programma è necessario essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione (come da prospetto di seguito riportato).

Il Congresso è riservato a: medici oculisti, specializzandi in oftalmologia, medici specialisti non oculisti, biologi, ortottisti e assistenti di sala operatoria, studenti in medicina ed in ortottica.

I congressisti registrati sono muniti di badge nominativo personale completo di foto. Non è consentito l'accesso all'area espositiva e congressuale se il badge risulta sprovvisto di foto.

I Congressi Nazionali delle Società Monotematiche possono prevedere una quota di partecipazione a totale discrezione delle società stesse i cui importi verranno riscossi a cura delle relative segreterie.

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

QUOTE DI ISCRIZIONE

Anche per questa edizione Internazionale del Congresso SOI, tutti gli eventi sono completamente gratuiti. Si ricorda che per tutti i soci SOI il Congresso è **completamente gratuito**.

Congresso

• Soci SOI (in regola con la quota associativa 2010)	€ 0,00
• Medici specialisti non Oftalmologi (su presentazione di attestato di specialità)	€ 250,00
• Oftalmologi non Soci SOI (su presentazione di attestato di specialità)	€ 800,00
• Studenti in medicina ed in ortottica (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica di studenti)	€ 0,00
• Biologi, Ortottisti	€ 250,00
• Ortottisti Soci ASMOOI	€ 50,00
• Assistenti di sala operatoria (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica)	€ 100,00
• Oftalmologi stranieri non Soci SOI	€ 300,00

Corsi

• Corsi Istituzionali SOI	€	0,00
• Corsi di istruzione	€	0,00
• Corso ASOC	€	80,00

Buffet lunch

• N. 1 coupon giornaliero (fino ad esaurimento)	€	35,00
• N. 2 coupon (per 2 giornate congressuali, fino ad esaurimento)	€	60,00
• N. 3 coupon (per 3 giornate congressuali, fino ad esaurimento)	€	80,00

PAGAMENTO

Le suddette quote dovranno essere pagate a Congressi Medici Oculisti Srl con le seguenti modalità:

- Contanti
- Bancomat
- Visa, Master Card, American Express

REGISTRAZIONE

Il banco di registrazione del congresso avrà i seguenti orari:

- Mercoledì 19 maggio ore 08.00-19.00
- Giovedì 20 maggio ore 07.30-19.00
- Venerdì 21 maggio ore 07.30-19.00
- Sabato 22 maggio ore 07.30-17.00

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE A CORSI E SESSIONI

La partecipazione ai Corsi e alle Sessioni è nominativa. Pertanto, non cedibile al fine di evitare disguidi nell'assegnazione dei posti disponibili.

Si ricorda che la prenotazione è obbligatoria. Per chi ancora non l'avesse fatto, è possibile in sede congressuale prenotarsi a seconda della disponibilità degli eventi in programma.

Per coloro che hanno già prenotato, si rammenta che in caso di Sessioni e/o Corsi che si svolgono in contemporanea e/o in sovrapposizione, la Segreteria si riserva la facoltà di assegnazione a seconda della disponibilità di spazio.

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

CORSI ISTITUZIONALI SOI DI AGGIORNAMENTO PERMANENTE

I corsi sono stati programmati come segue:

Mercoledì 19 maggio 2010

- | | | | |
|-----------|---------------|-----------------|-----------------|
| • Corso A | Cornea | ore 16.00-17.30 | Sala Belle Arti |
| • Corso C | Contattologia | ore 14.00-15.30 | Sala Caravaggio |

Giovedì 20 maggio 2010

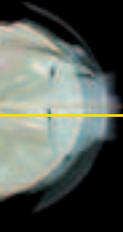
- | | | | |
|-----------|-------------------|-----------------|----------------|
| • Corso D | Oncologia oculare | ore 8.00-9.30 | Sala Cavalieri |
| • Corso F | Oftalmoplastica | ore 17.00-18.30 | Sala Ellisse |

Venerdì 21 maggio 2010

- | | | | |
|-----------|--------------------|-----------------|-----------------|
| • Corso G | Lenti progressive | ore 8.00-9.30 | Sala Ellisse |
| • Corso H | Semeiotica oculare | ore 13.30-15.00 | Sala Ellisse |
| • Corso L | Vie lacrimali | ore 11.30-13.00 | Sala Caravaggio |

Sabato 22 maggio 2010

- | | | | |
|-----------|--|----------------|--------------|
| • Corso I | Corso pratico di oftalmologia pediatrica | ore 8.30-10.00 | Sala Ellisse |
|-----------|--|----------------|--------------|



INFORMAZIONI GENERALI

CORSO ASOC - AUTOCERTIFICAZIONE STUDI OCULISTICI IN COMMUNITY

Nell'ambito del Congresso si tiene un corso ASOC suddiviso in due parti, aperto a tutti, anche a chi non è ancora iscritto all'ASOC - al costo di 80 euro - dal titolo: "Norme ISO 9001: sistema ASOC di autocertificazione degli studi di oculistica". Il Corso è previsto per giovedì 20 maggio, in Sala S. Malta, dalle ore 9.00 alle ore 10.30 (prima parte) e dalle ore 11.00 alle ore 12.30 (seconda parte).

SESSIONI ISTITUZIONALI SOI

Giovedì 20 maggio 2010

Simposio SOI - Gestione post-operatoria del paziente glaucomatoso ore 11.00-12.30 Sala Ellisse
Simposio SOI/SAO ore 11.15-13.00 Sala Cavalieri

Simposio SOI/ASMOOI - Professione Ortottista:
quale futuro e quali convergenze? ore 16.45-18.30 Sala Cavalieri

Venerdì 21 maggio 2010

15th Annual Joint Meeting SOI, OSN, AICCER ore 8.00-19.00 Sala Cavalieri

Sabato 22 maggio 2010

15th Annual Joint Meeting SOI, OSN, AICCER ore 8.00-11.15 Sala Cavalieri
Retina Day ore 11.15-17.15 Sala Cavalieri
Glaucoma Day ore 8.00-16.30 Sala Belle Arti

Ulteriori condizioni di prenotazione per i Subspecialty Day

Ogni congressista potrà prenotare solamente un Subspecialty Day.

Gli iscritti ad una delle sessioni del Subspecialty Day potranno accedere alle altre sessioni dopo aver verificato con la segreteria la disponibilità di posti.

PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO CONTINUO - ACQUISIZIONE CREDITI

La partecipazione all'8° Congresso Internazionale SOI dà diritto all'acquisizione di crediti stabiliti dal Ministero della Salute.

L'accREDITamento degli eventi è stato richiesto per sala e giornata, suddiviso tra mattina e pomeriggio.

Sono state invece accreditate singolarmente le seguenti Sessioni:

Sessione 4, Sessione 15, Sessione 20, Sessione 21, Sessione 22, Sessione 24, Sessione 25, Sessione 28

ed i seguenti Corsi:

Corso 109, Corso 115, Corso ASOC, Corso 122

Sono stati richiesti i Crediti anche per Ortottisti relativamente alle seguenti Sessioni e Corsi:

- Sessione 1 + Sessione 2
- Sessione 3 + Corso Istituzionale SOI - A
- Sessione 4
- Sessione 5 + Sessione 6
- Corso 103 + Corso 104
- Corso Istituzionale SOI - D + Sessione 10 + Sessione 11
- Sessione 12 + Sessione 14 + Sessione 13
- Sessione 22

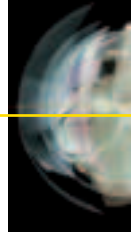
Modalità per l'ottenimento dei crediti

- Partecipazione effettiva all'intera durata degli eventi come da rilevazione elettronica dei badge.
- Compilazione delle schede di valutazione degli eventi ECM.
- Compilazione dei test di apprendimento, sulla base delle relazioni seguite.
- Restituzione del Fascicolo RISPOSTE alla Segreteria, prima di lasciare il Congresso, completo di tutti i dati richiesti, codice del partecipante (numero posto in basso a destra sul badge), firma.

La certificazione attestante l'acquisizione dei Crediti verrà inviata dopo l'avvenuta comunicazione da parte del Ministero e dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.

Comunicazioni

I presentatori di comunicazioni avranno a disposizione 6 minuti.



Poster

Session poster informatica

I poster accettati possono essere consultati solo in formato elettronico. È stata adibita infatti una postazione informatica dedicata, con computer a disposizione dei congressisti per la visione e l'analisi dei poster. Le presentazioni per la consultazione elettronica, a cura degli autori potranno contenere non solo foto ma addirittura filmati esplicativi (1 slide di max 3 minuti).

Discussione

I poster sono discussi nelle sessioni loro dedicate. I presentatori di poster avranno a disposizione 3 minuti.

Badge

Al momento della registrazione in sede congressuale ad ogni partecipante in regola con le quote di iscrizione verrà consegnato un badge nominativo personale completo di foto e non cedibile (pena l'annullamento) che dovrà essere portato in modo visibile. Il badge consentirà l'accesso all'area espositiva e congressuale tramite la lettura di un codice a barre.

Non sarà possibile accedere all'area congressuale con badge sprovvisti di foto. I Soci che non abbiano il badge completo di fotografia devono recarsi all'apposita postazione.

L'eventuale duplicazione del badge darà luogo automaticamente all'annullamento del precedente ed avrà un costo di 50 euro.

I badges saranno così contraddistinti:

Partecipanti Staff Espositori  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 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.

Attestati di partecipazione

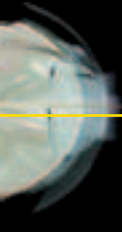
Gli attestati, validi ai soli fini fiscali, verranno rilasciati unicamente su richiesta personale dell'interessato ed emessi solo per i giorni di effettiva presenza.

Kit congressuale

A tutti i partecipanti saranno consegnati in sede congressuale:

- Badge indispensabile per l'accesso alle aree
- Attestato di partecipazione
- Borsa congressuale
- Documentazione ECM

Inoltre, per i soci SOI iscritti al Congresso, sono a disposizione i Quaderni di Oftalmologia della Società.



INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONI PER I RELATORI

- Tutte le sale saranno dotate di proiezione da computer alla risoluzione di 1024x768 (XGA) e di videoproiezione esclusivamente DVD. Non è prevista la proiezione di diapositive o VHS.
- I relatori sono pregati di recarsi al centro prova proiezioni almeno tre ore prima della loro presentazione, consegnando ai tecnici una copia del lavoro su CD, DVD e USB Memory stick. Il lavoro può essere scaricato anche dal proprio PC al centro prova proiezioni.
- È consentito l'utilizzo del proprio PC solo per i corsi.
- Si consiglia di munirsi di una copia del lavoro su CD, DVD e USB Memory stick e di verificare comunque con i tecnici del centro prova proiezioni la compatibilità del proprio strumento con le dotazioni del congresso e di presentarsi in sala almeno 30 minuti prima dell'intervento.
- I lavori dovranno essere preparati con programma MS Power Point 2003 (Office 2003) e "*.pdf" (Adobe Acrobat) files ed idonei alla visualizzazione con risoluzione di 1024x768 (XGA).
- Tutte le postazioni del congresso (PC del centro prova proiezioni e PC di sala) avranno l'ultima versione di OFFICE 2007 aggiornata e i codec video più diffusi: MPEG-2, DivX, Intel INDEO e Cinepak. I relatori che utilizzano video con codec differente da quello specificato in questa scheda sono tenuti a portare con la presentazione anche i files di installazione dei codec utilizzati per permettere ai tecnici l'installazione. Solo tale procedura potrà garantire la visualizzazione dei video in Power Point.
- Per utilizzatori MAC: salvare il lavoro in Power Point. Per i filmati inseriti nella presentazione selezionare l'opzione "Quick time" per salvare il filmato in "*.mpeg 1 (2)", "*.DIVx", o "*.avi". I relatori sono comunque pregati di verificare la compatibilità del loro lavoro presso il centro prova proiezioni almeno tre ore prima della loro presentazione.
- Non è possibile proiettare in contemporanea un filmato e una proiezione da computer, in quanto ogni aula sarà attrezzata con un solo proiettore dedicato alternativamente a proiettare un filmato o una presentazione da computer.

Centro prova proiezioni

È stato allestito un centro prova proiezioni in Sala Pisa, sia per i contributi relativi alla Sala Cavalieri che per tutte le altre Sale.

Il servizio sarà a disposizione con i seguenti orari:

- Mercoledì 19 maggio dalle ore 08.00 alle ore 19.00
- Giovedì 20 maggio dalle ore 07.30 alle ore 19.00
- Venerdì 21 maggio dalle ore 07.30 alle ore 19.00
- Sabato 22 maggio dalle ore 07.30 alle ore 16.30

Traduzione simultanea

È previsto un servizio di traduzione italiano-inglese nelle sessioni internazionali in Sala Cavalieri.

ISCRIZIONE ALLA SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA

QUOTE ASSOCIATIVE SOI

• Socio ordinario (entro il 31 gennaio dell'anno in corso)*	€ 500,00
• Socio benemerito sostenitore	€ 700,00
• Specializzandi e Medici frequentatori	€ 200,00
• Oftalmologi stranieri (con residenza e attività professionale all'estero)	€ 200,00

* Dopo il 31 gennaio 2010 è usufruibile la quota di Socio Benemerito Sostenitore a 700 euro.

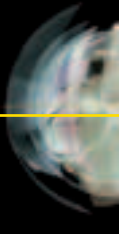
Come da Regolamento della società, i soci che facciano richiesta di iscriversi nuovamente a SOI, dopo un periodo di interruzione associativa di non oltre due anni, potranno aderire versando una quota di socio benemerito sostenitore a 700 euro.

I nuovi iscritti e tutti i soci fermi al 2007 pagheranno la quota SOI di socio ordinario a 500 euro.

Nella quota di **Socio Benemerito Sostenitore** sono comprese le seguenti agevolazioni:

- la polizza infortuni (limitata alla partecipazione ai due Congressi annuali)
- la polizza che in materia di circolazione stradale offre un contributo per i corsi di aggiornamento per il riacquisto dei punti patente
- l'apposita tutela legale per i casi di incidente della circolazione stradale.

In tutti i Congressi SOI, i Soci Benemeriti sostenitori potranno ritirare il badge e la borsa presso il desk dedicato.



Modalità di iscrizione a SOI

L'iscrizione può essere effettuata on-line scaricando il modulo dal sito www.soiweb.com o richiedendo la scheda alla Segreteria SOI al n. 06 4464514.

Documenti da allegare alla domanda di iscrizione alla Società Oftalmologica Italiana

1. Modulo di iscrizione compilato
2. 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.
3. Quietanza di pagamento della tassa d'iscrizione.

Il pagamento della quota associativa 2010 potrà essere effettuato con le seguenti modalità:

- Assegno di conto corrente intestato a SOI
- Bonifico bancario intestato a SOI
BANCA POPOLARE DI BERGAMO - SEDE CENTRALE DI ROMA - Via dei Crociferi 44 - 00187 Roma
IT65 1 05428 03200 00000000811 - SWIFT BEPOIT BLOPIT22
- On line con carta di credito.

In sede congressuale sarà possibile iscriversi all'Associazione, rinnovare la quota associativa, effettuando il pagamento secondo le modalità seguenti:

- Contanti
- Bancomat
- Visa, MasterCard, American Express.

AREA SERVIZI

Esposizione

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

Ristorazione

Il servizio ristorazione è disponibile dalle ore 12.30 alle ore 14.30 nelle giornate di giovedì 20, venerdì 21 e sabato 22, presso la sala Michelangelo al piano lobby principale.

È garantito un servizio esclusivo e di alta qualità, come sempre nella sede prestigiosa dell'Hotel Rome Cavalieri, oggi primo Hotel in Europa a far parte della celebre Waldorf Astoria Collection.

A tutti i partecipanti che hanno aderito al pacchetto "buffet lunch" i coupon verranno consegnati al ritiro del badge. Sarà possibile acquistare in segreteria i coupon ancora disponibili fino ad esaurimento delle scorte.

Con orario continuativo è aperto il bar nell'area espositiva.

Guardaroba

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

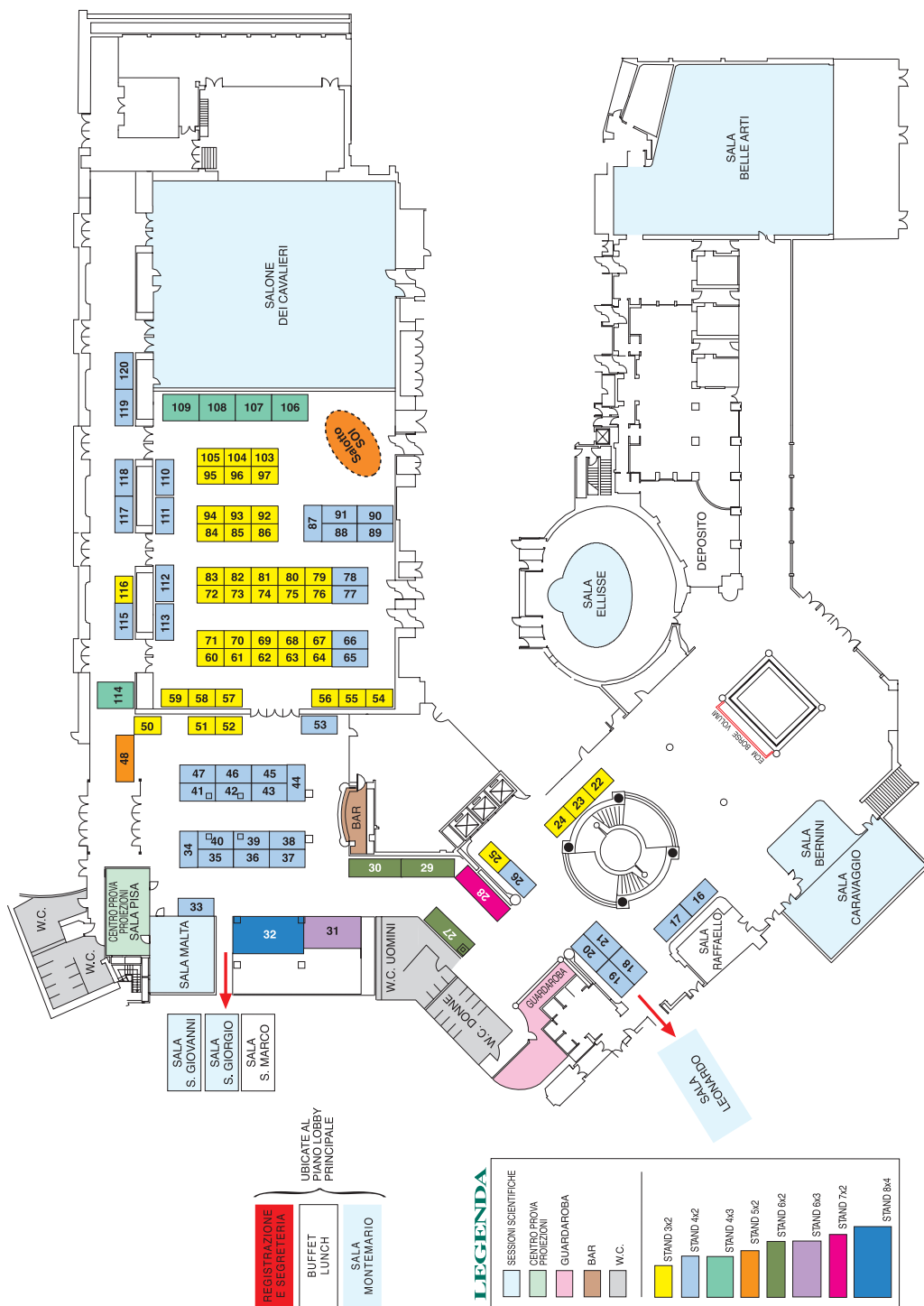
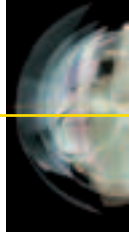
Prenotazioni alberghiere

In sede congressuale, presso l'apposito desk, è possibile contattare lo Studio Schiavo per la gestione delle camere congressuali SOI.

Servizio navetta

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

AZIENDA	STAND
ABBOTT MEDICAL OPTICS	108-109
AGENZIA INTERNAZIONALE PREVENZIONE CECITÀ	
ALCON ITALIA S.p.A.	36-37-38-39
ALFA INTES S.r.l.	57-58-59-60-61-62-69-70-71-112-113
ALLERGAN S.p.A.	18-19-20-21
ASMOOI	115
ASSICURAZIONI SOI	16
BAUSCH & LOMB IOM S.p.A.	43-44-45
BRUSCHETTINI S.r.l.	105
C.B. MEDICAL S.r.l.	30
C.S.O. S.r.l.	73-74-75
CARL ZEISS S.p.A.	84-85-86-92-93-94
CERSOI - ASOC	114
COMPAGNIA ITALIANA OFTALMOLOGICA SCARL	95-96-97
COOPERVISION ITALIA S.r.l.	25
DIPO S.r.l.	27
EOS OFTALMICA S.r.l.	65
ESPANSIONE MARKETING S.p.A.	116-117
F.A.S.S. S.r.l.	77
FABIANO GROUP S.r.l.	26
FARMIGEA S.p.A.	34-35-40
FRATEMA OPHTHALMICS S.r.l.	23-24
GP CARE	119
I.M. MEDICAL s.a.s.	33
INNOVED S.r.l.	22
KEELER Ltd	51
LEICA MICROSYSTEMS S.r.l.	118
LIGI TECNOLOGIE MEDICALI S.r.l.	48
MECCANOTTICA MAZZA S.r.l.	110
MEDICAL BOOKS	
MEDIVIS S.r.l.	52
NEW TECH S.p.A.	63-64-67-68
NIDEK MEDICAL S.r.l.	87-88-89-90-91
NIKON INSTRUMENTS S.p.A.	78
O.V.I. OPTICAL VENTURE ITALY S.r.l.	103
OCULAR SURGERY NEWS EUROPE	120
OFTAGEN S.r.l.	106-107
OFTALMEDICA S.r.l.	54-55-56
OOGROUP	41-42-47
OPTIKON 2000 S.p.A.	32
OPTITECH / SEGAL	50
POLYOFTALMICA.NEW S.r.l.	111
S.I.D.O. S.c.r.l.	72-80-81-82-83
SALMOIRAGHI & VIGANO' S.p.A.	17
SICSYSTEM S.r.l.	79
SOLEKO S.p.A.	66
SYNERGETICS ITALIA S.r.l.	76
THEA S.p.A.	53
TOPCON ITALIA	28-29
VISION SERVICE GROUP S.p.A.	46
VISUFARMA S.p.A.	31



SOI AWARDS 2010

Venerdì 21 Maggio, Sala Cavalieri

Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture

Samuel Masket, MD

The Future of Cataract Surgery

in cooperation with AMO

Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture

Lawrence A. Yannuzzi, MD

The Expanded Clinical Spectrum of Vitelliform Maculopathy

SOI Honorary Award in Ophthalmology

David A. Karcher, ASCRS Executive Director

A Life Spent Serving Ophthalmology

Fabio David, General Manager Alfa Intes Srl

Sabato 22 Maggio, Sala Cavalieri

Mario Gelsomino

Liberatina De Martino, MD

APPUNTAMENTI

Giovedì 20 Maggio

Sala Cavalieri

Simposio SOI/SAO

Società Oftalmologica Italiana - Società Oftalmologica Argentina

Simposio SOI/A.S.M.O.O.I.

"Professione Ortottista: quale futuro e quali convergenze?"

Intervengono:

On. Giuseppe Palumbo, Presidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

Sen. Antonio Tomassini, Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato della Repubblica

Sala Ellisse

Simposio SOI

"Gestione post-operatoria del paziente glaucomatoso"

Sala Belle Arti, ore 13.00

Assemblea Soci SOI

Venerdì 21 Maggio e Sabato 22 Maggio, Sala Cavalieri

15th Annual Joint Meeting on Cataract and Refractive Surgery SOI - OSN - AICCER

Sabato 22 Maggio

Retina Day, Sala Cavalieri

Glaucoma Day, Sala Belle Arti

SOI Keynote Lecture, Sala Belle Arti

Anthony Christopher Bernard Moltano, MD

Why Valvular Implants

Indometacina 0.5%

Collirio 7ml

30 Monodosi da 0.5ml



INDOM 0.5%

CONTRO L'INFIAMMAZIONE

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO: 1. **DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE:** INDOM. 2. **COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 100ml di collirio, sospensione contengono: Principio attivo: Indometacina mg 500. 3. **FORMA FARMACEUTICA:** Collirio, sospensione. 4. **INFORMAZIONI CLINICHE:** 4.1. **Indicazioni terapeutiche:** Stati infiammatori eventualmente dolorosi, e non su base infettiva, a carico del segmento anteriore dell'occhio in particolare per interventi di contatto. 4.2. **Posologia e modo di somministrazione:** Secondo prescrizione medica. **AGITARE IL FLACONE PRIMA DELL'USO.** 4.3. **Controindicazioni:** Ipersensibilità nota verso i componenti. Pazienti con crisi di broncospasmo scatenate dall'aspirina o da altri antinfiammatori non steroidei. Evitare l'impiego del prodotto nei portatori di lenti a contatto. 4.4. **Speciali avvertenze e precauzioni d'uso:** L'uso, specie se prolungato di prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione; in tali casi è necessario sospendere il trattamento e consultare il medico. Sebbene l'assorbimento sistemico di indometacina sia modesto, usare il prodotto con le dovute cautele nei portatori di ulcera peptica. **TENERE FUORI DELLA PORTATA DEI BAMBINI.** La monodose non contiene conservanti, pertanto dopo l'uso va gettata anche se parzialmente utilizzata. **Uso esteso.** Per assicurare la sterilità della sospensione durante l'uso del flacone multidose, evitare che la punta del contagocce venga a contatto con le superfici oculari, con le dita o con altre superfici. 4.5. **Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione:** L'indometacina può interferire con l'effetto ipotensivo oculare dell'epinefrina. Monitorare pertanto, in caso di trattamenti concomitanti, la pressione endoculare per accertare il mantenimento dei valori pressori oculari desiderati. 4.6. **Grossi gravidanza e allattamento:** Nelle donne in gravidanza e in allattamento, il prodotto deve essere usato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. La sicurezza del prodotto in età pediatrica non è stata stabilita. 4.7. **Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari:** Sebbene l'assorbimento sistemico di indometacina dopo instillazione di Indom collirio sia modesto, va comunque segnalato che in alcuni pazienti l'indometacina può determinare senso di stordimento, vertigini e cefalea, di ciò devono essere avvertiti coloro che potrebbero condurre veicoli di qualsiasi tipo o attendere ad operazioni richiedenti integrità del grado di vigilanza. 4.8. **Effetti indesiderati:** Con l'uso del prodotto sono stati descritti i seguenti effetti indesiderati: rossore e bruciore congiuntivali, alterazioni dell'epitelio corneale, aumento della pressione intraoculare, edema palpebrale, edema della cornea e cherite stazionate, prurito. 4.9. **Sovradosaggio:** La quantità di indometacina per flacone da 7ml e 35mg valore questo non tossico, comunque in caso di ingestione accidentale recente di notevole quantità di indometacina, si deve ricorrere a lavanda gastrica, altrimenti praticare le comuni terapie di sostegno. Il paziente deve essere seguito per diversi giorni per sorvegliare l'eventuale comparsa di ulcerazioni o emorragie gastrointestinali, può essere utile la somministrazione di antiacidi. 5. **PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE:** 5.1. **Proprietà farmacodinamiche:** Il principio attivo dell'Indom collirio è l'indometacina, farmaco inibitore della ciclo-ossigenasi, l'enzima per la formazione di prostaglandine, trombossani e prostaciline. La biosintesi e il rilascio delle prostaglandine avvengono nell'occhio in seguito a stimoli irritativi. È stato dimostrato che l'instillazione di indometacina mantiene basso il numero dei leucociti nel fluido lacrimale, riduce l'infiltrazione leucocitaria dello stroma corneale e ha un'influenza favorevole sulla rigenerazione dell'epitelio danneggiato. 5.2. **Proprietà farmacocinetiche:** L'indometacina per via topica oculare attraverso facilmente la cornea raggiungendo nell'umor acquoso la massima concentrazione fin dalla prima ora. I livelli diminuiscono nel tempo ma alla quarta sono ancora sufficientemente elevati. Contemporaneamente i livelli plasmatici rimangono costantemente bassi diminuendo il rischio di eventuali effetti collaterali. 5.3. **Dati preclinici di sicurezza:** DL50 orale ratto: 12mg/kg - DL50 Mus musculus: 19mg/kg per os - TDLO orale uomo: 2.433mg/kg/4 anni. 6. **INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:** 6.1. **Lista degli eccipienti:** Flacone 7ml multidose metilidrossipropilcellulosa "4000"; sodio fosfato monobasico diidrato; sodio fosfato dibasico dodecaidrato; sodio cloruro; edetato bisodico; acqua depurata. 6.2. **Incompatibilità:** Vedere al punto "Interazioni". 6.3. **Validità:** Durata di stabilità a confezionamento integro: 36 mesi. Flacone da usare entro 10 giorni della sua apertura. La monodose va gettata dopo l'uso anche se solo parzialmente utilizzata. 6.4. **Speciali precauzioni per la conservazione:** Conservare ad una temperatura non superiore a 25°C. Conservare il medicinale nel contenitore ben chiuso per tenerlo al riparo dalla luce. 6.5. **Natura e capacità del contenitore:** 30 contenitori monodose in polietilene da 0,5ml cadauno e un foglio illustrativo per astuccio. 1 flacone multidose di vetro scuro con contagocce munito di sigillo di garanzia e 1 foglio illustrativo per astuccio. 6.6. **Istruzioni per l'uso:** Agitare bene prima dell'uso. 7. **TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE SUL MERCATO:** ALFA INTES - Industria Terapeutica Splendore S.r.l. - Via Fratelli Bandiera, 26 - 80026 Casoria (NA). 8. **NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** 028464016 30 monodosi da 0,5ml, 028464028 flacone da 7ml. 9. **DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE:** 29.05.93 / maggio 2003. 10. **DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO:** Giugno 2007.

Sintesi programma scientifico

		Venerdì 21 maggio																			
sale	Cavalieri	Sessione 20 15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR - Part one										Sessione 21 15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR - Part two									
							p.45					1 p.47					p.46				
Belle Arti	Ellisse	Corso G Lenti progressive						Sessione 23 Simposio ASMOOI SOS diopia		Corso H Semelotica oculare				Sessione 22 Simposio SMO				Sessione 6 Simposio AIERY			
		p.48						p.48		p.48								p.48			
Montemario	Caravaggio	Sessione 24 Simposio AIOL																Sessione 25 Simposio SIOF			
		p.49																p.49			
San Giovanni		Corso 121 Cataratta nei Paesi in Via di sviluppo						Corso L Vie lacrimali		Corso 125 Gestione epifora								Corso 122 Complicanze uveiti			
		p.49						p.49		p.50								p.49			
		Corso 123 Uveiti iniettive																Corso 124 MICS e MIVS			
		p.50																p.50			

		Sabato 22 maggio																			
sale	Cavalieri	Sessione 26 15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR - Part three										Sessione 27 Subspecialty Day - Retina Day - Seconda parte									
							p.51					p.52					p.52				
Belle Arti	Ellisse	Corso I Corso pratico di oftalmologia pediatrica						Open Day "Per Vedere Fatti Vedere" O.N.L.L.U.S.		Sessione 28 Subspecialty Day - Glaucoma Day - Prima parte		Sessione 28 Subspecialty Day - Glaucoma Day - Seconda parte									
		p.55						p.55		p.53		p.54									

Programma day by day

Mercoledì 19 maggio

ORA	N°	TIPO	TITOLO	ARGOM.	SALA	PAG.
14.00-15.30	1	SM	Simposio SIETO - Traumi oculari infantili	12	Cavalieri	32
14.00-15.30	3	TR	Diagnostica strumentale in Oftalmologia: referto e fascicolo sanitario elettronico	17	Belle Arti	33
14.00-15.30	5	SM	Simposio SICOP - Chirurgia orbito-oftalmoplastica: stato dell'arte, novità e prospettive	8	Montemario	34
14.00-15.30	C	C	Corso Istituzionale SOI - Contattologia	7	Caravaggio	34
14.00-15.30	103	C	Correzione dei vizi di rifrazione in età preverebale: quando e perché	9	Leonardo	34
14.00-15.30	105	C	L'approccio multidisciplinare (Ocu-Reuma-Net) al paziente con uveite: dalla diagnosi alla terapia	5	San Giovanni	35
14.00-15.30	7	SM	Corso SIOI - Dalla certificazione al danno in oftalmologia	17	Malta	35
14.00-15.45	8	S	Comunicazioni e Poster su Glaucoma, Retina Medica, Chirurgia Vitreoretinica, Orbita, Chirurgia Plastica, Oftalmologia Pediatrica, Strabismo, Neurooftalmologia	4,6,8 10,15,9	Bernini	36
15.45-16.45	101	C	Diagnosi e terapia del nistagno oculare patologico	6	Caravaggio	34
15.45-17.15	106	C	Approccio mini-invasivo alla chirurgia orbitaria per l'oculista	8	San Giovanni	35
16.00-17.30	2	SM	Simposio OPI - Optical Coherence Tomography del segmento anteriore: nuova prospettiva diagnostica per il segmento anteriore		Cavalieri	32
16.00-17.30	A	C	Corso Istituzionale SOI - Cornea	2	Belle Arti	33
16.00-17.00	108	C	Valutazione diagnostica e strumentale in età pediatrica: indicazioni e limiti	9	Malta	35
16.30-18.00	4	SM	Simposio SEMORI - Valutazione oftalmologica ed ortottica nei disturbi specifici di apprendimento e possibilità di intervento nella componente visuo-spaziale	9	Ellisse	33
16.45-18.15	104	C	Guida al cross-linking corneale nel cheratocono: selezione dei pazienti, comprensione della risposta al trattamento, tecnica chirurgica, follow-up, gestione delle complicanze	2	Leonardo	35
16.45-18.30	9	S	Comunicazioni e Poster su Cataratta, Cornea, Tumori Oculari, Uveiti, Ipvisione	1,2,30 5,14	Bernini	37
17.00-18.30	102	C	Correzione della miopia elevata con lente pseudofachica retroiridea (PRL)	16	Caravaggio	34
17.30-18.30	107	C	Cataratte estreme: no limits?	1	San Giovanni	35

Giovedì 20 maggio

ORA	N°	TIPO	TITOLO	ARGOM.	SALA	PAG.
8.00-9.30	D	C	Corso Istituzionale SOI - Oncologia oculare	3	Cavalieri	39
8.00-9.30	109	C	Laser a femtosecondi nella chirurgia corneale	16	Belle Arti	40
8.00-9.30	18	SM	Simposio AILARPO - Casi particolari in oftalmoplastica	8	Ellisse	42
8.00-9.30	110	C	Impianto secondario nell'era mini-invasiva	1	Caravaggio	43
8.00-9.30	113	C	Tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare anteriore	2	Leonardo	43
8.30-15.30			AcrySof Cachet Phakic Lens Surgeon Seminar		Montemario	42
9.00-12.30	ASOC	C	Norme ISO 9001: sistema ASOC di autocertificazione degli studi di oculistica	17	Malta	44
9.30-11.00	10	S	Simposio SOI/IAPB - La visita oftalmologica alla nascita	9	Cavalieri	39
9.45-11.15	15	SM	Simposio ADMOI - Nella foresta delle intravitreali	11	Belle Arti	40
9.45-11.15	116	C	News e controversie nella correzione della presbiopia e dell'astigmatismo durante intervento di cataratta	1	Caravaggio	43
10.30-12.00	114	C	Le IOL multifocali toriche. La customizzazione della chirurgia rifrattiva della cataratta	1	Leonardo	44
11.00-12.30	19	S	Simposio SOI - Gestione post-operatoria del paziente glaucomatoso	4	Ellisse	42
11.15-13.00	11	S	Simposio SOI/SAO - SOI/SAO	3,8,16	Cavalieri	39
11.45-13.15	119	C	Correzioni delle ametropie elevate con lenti fache: VisianICL - ICL e TICL		Bernini	44
13.00			Assemblea Ordinaria Soci SOI		Belle Arti	
14.00-15.30	12	SM	Simposio SIOG - L'occhio che invecchia	2,8,10	Cavalieri	39
14.15-15.45	111	C	La gestione dell'Oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia	8	Caravaggio	43
14.30-16.00	16	S	Simposio - Glaucoma: tre personaggi in cerca di soluzioni	4	Belle Arti	41
14.30-16.00	117	C	La terapia conservativa del cheratocono: soluzioni e combinazioni	2	Leonardo	44
14.30-16.00	120	C	Tecniche mediche e chirurgiche nel rimodellamento e ringiovanimento della regione orbito-palpebrale e del volto	8	Bernini	44

Programma day by day

Giovedì 20 maggio (segue)

ORA	N°	TIPO	TITOLO	ARGOM.	SALA	PAG.
15.45-16.35	14	S	Corso A.S.M.O.O.I. - Un'efficace attività sindacale: sviluppo e formazione delegati A.S.M.O.O.I.	17	Cavalieri	40
16.00-17.00	112	C	Cataratta con microincisione: perché MICS per tutti i giorni?	1	Caravaggio	43
16.45-18.30	13	S	Simposio SOI/A.S.M.O.O.I. - Professione Ortottista: quale futuro e quali convergenze?	17	Cavalieri	40
17.00-18.30	17	S	Simposio - New Standards of Eyecare	1,2,7,15	Belle Arti	41
17.00-18.30	F	C	Corso Istituzionale SOI - Oftalmoplastica - Approccio clinico-pratico alla patologia dell'orbita	8	Ellisse	42
17.00-18.30	118	C	Steroidi ed altri antinfiammatori in oftalmologia: come, quando e perché		Leonardo	44
17.15-18.45	115	C	Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche	2	Caravaggio	43
18.30	Assemblea Ordinaria Soci ASMOOI				Cavalieri	

Venerdì 21 maggio

ORA	N°	TIPO	TITOLO	ARGOM.	SALA	PAG.
8.00-9.30	G	C	Corso Istituzionale SOI - Lenti progressive	17	Ellisse	48
8.00-9.30	121	C	La cataratta nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS): quale approccio chirurgico?	1	Caravaggio	49
8.00-9.30	123	C	Le uveiti infettive	5	San Giovanni	50
8.00-13.00	20	S	15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER - part one		Cavalieri	45
9.30-11.00	24	SM	Simposio AIOL - Processo per colpa da omissione in una visita oculistica ambulatoriale	17	Montemario	49
11.30-13.00	23	S	Simposio A.S.M.O.O.I. - SOS diplopia	17	Ellisse	48
11.30-13.00	L	C	Corso Istituzionale SOI - Vie lacrimali - Le vie lacrimali dalla semeiotica alla chirurgia	17	Caravaggio	49
13.30-15.00	H	C	Corso Istituzionale SOI - Semeiotica oculare	15,17	Ellisse	48
13.30-15.00	125	C	La gestione dell'epifora: strategie chirurgiche	8	San Giovanni	50
14.00-19.00	21	S	15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER - part two		Cavalieri	46
15.00-16.00	22	SM	Simposio SMO - La dominanza oculare: dalla fisiologia alla patologia		Belle Arti	47
16.30-18.00	25	SM	Simposio SIOF - Dalla miopia semplice alla miopia patologica	7	Montemario	49
16.30-18.00	122	C	La gestione delle complicanze delle uveiti	5	Caravaggio	49
16.30-18.00	124	C	La chirurgia con microincisione della cataratta (MICS) e del vitreo e della retina (MIVS) negli interventi combinati	15	San Giovanni	50
16.30-18.30	6	SM	Simposio AIERV - Cornea pediatrica II	2,9	Ellisse	48

Sabato 22 maggio

ORA	N°	TIPO	TITOLO	ARGOM.	SALA	PAG.
8.00-11.15	26	S	15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER - part three		Cavalieri	51
8.00-16.30	28	S	Glaucoma Day	4	Belle Arti	53
8.30-10.00	I	C	Corso Istituzionale SOI - Corso pratico di oftalmologia pediatrica	9	Ellisse	55
10.30-12.30			Open Day: "Per Vedere Fatti Vedere" O.N.L.U.S.		Ellisse	55
11.15-17.15	27	S	Retina Day	10	Cavalieri	52

Tipo

C Corso
S Simposio SOI
SM Simposio Società Monotematica
R Riunione
TR Tavola rotonda
VS Videosimposio

Argomenti

1 Cataratta
2 Cornea, superficie oculare, malattie degli annessi
3 Tumori oculari
4 Glaucoma
5 Uveiti
6 Neuro-oftalmologia
7 Ottica, refrazione, contattologia medica
8 Orbita, chirurgia plastica
9 Oftalmologia pediatrica, strabismo
10 Retina medica
11 Retina chirurgica
12 Traumatologia oculare
13 Epidemiologia
14 Ipvisione
15 Chirurgia vitreoretinica
16 Chirurgia refrattiva
17 Altro



SEDE LEGALE: Via Borgo Vico, 35 - 22100 Como
c/c postale 11030228
SEGRETARIA: c/o Mattioli 1885 spa
43036 Fidenza (PR) - Strada di Lodesana 649/xx, loc. Vaio
Tel. 0524-892111
Fax 0524-892006
E-mail: geo@mattioli1885.com

aziende associate:

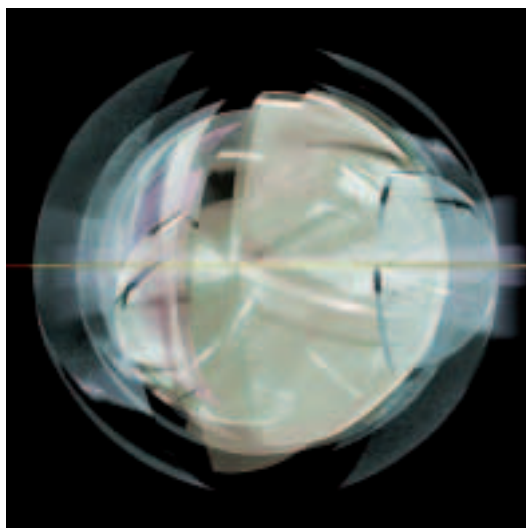


aziende affiliate:



Al Servizio degli Oftalmologi Italiani

Società Oftalmologica Italiana



VIII CONGRESSO INTERNAZIONALE

ROMA
19-22 MAGGIO 2010

Mercoledì 19 maggio

Cavalieri

14.00-15.30

Sessione 1 Simposio SIETO - Società Italiana di Ergoftamologia e Traumatologia Oculare

Traumi oculari infantili

Presidente: V. De Molfetta
 Moderatori: G. Cennamo, S. Zuccarini
 Coordinatore Scientifico: M. Borgioli

- 14.00 Traumi muscolari - R. Frosini
- 14.10 Traumi palpebrali e delle vie lacrimali - G. Frongia
- 14.20 Traumi della cornea - M. Fortunato
- 14.30 Traumi del cristallino - G. Carlevaro
- 14.40 Glaucoma post traumatico - P. Frezzotti
- 14.50 Traumi della retina - M. Sborgia
- 15.00 Traumi della retina - S. Rizzo
- 15.10 Discussione
- 15.30 Fine Sessione

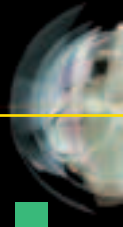
Cavalieri

16.00-17.30

**Sessione 2 Simposio OPI - Oculisti dell'Ospedalità Privata Italiana
 Optical Coherence Tomography del segmento anteriore:
 nuova prospettiva diagnostica per il segmento anteriore**

Presidente: P. Vinciguerra
 Moderatore: G. Lesnoni
 Coordinatori Scientifici: I. Torres, F. D'Arrigo

- 16.00 Introduzione - G. Lesnoni, V. Orfeo, P. Vinciguerra.
- OCT del Segmento anteriore: guida pratica all'utilizzo**
 Moderatori: V. Orfeo, P. Vinciguerra, M. Nubile, L. Loffredo
- 16.01 Cosa può visualizzare, cosa non vede, gli artefatti, influenza dell'impiego di una sorgente laser infrarossa sul risultato dell'esame - M. Nubile
- 16.09 Time domain, spectral domain e Fourier domain: differenze tecniche - M. Quaranta
- 16.17 Specificità e caratteristiche degli strumenti attualmente sul mercato - L. Pierro
- 16.25 Campo grande o alta risoluzione? - P. Vinciguerra
- 16.33 OCT vs Scheimpflug - E. Albè
- L'OCT del SA: applicazioni cliniche, utilità e guida pratica all'utilizzo**
 Moderatori: G. Lesnoni, L. Colecchia, I. Torres
- 16.41 La chirurgia corneale lamellare - L. Mastropasqua
- 16.49 Chertocono, cross-linking e PTK - F. Camesasca
- 16.57 IOL sizing - M. Piovella
- 17.05 Discussione e conclusione
- 17.30 Fine Sessione



Belle Arti

14.00-15.30

Sessione 3

Tavola Rotonda ASMOOI - Associazione Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani
Diagnostica strumentale in Oftalmologia: referto e fascicolo sanitario elettronico

Presidente: C.M. Villani

Moderatore: C. Bianchi

Coordinatore Scientifico: D. Mazzacane

- 14.00 Presentazione - C.M. Villani
 14.05 Introduzione - D. Mazzacane
 14.10 **Panel Oftalmologi e Ortottisti:** C. Carbonara, M. Varano, A. Perdicchi, D. Morreale, K. Filippone, E. Gallo
 14.40 **Panel Giuridico-Legale-Assicurativo:** R. La Placa, V. Castiglione, P. d'Agostino, F. Marmo, F. Cruciani, P. Sottotetti
 15.10 Free questions time
 15.25 Conclusioni
 15.30 Fine Sessione

Belle Arti

16.00-17.30

Corso A

Corso Istituzionale SOI

Cornea

Direttore: M. Busin

Istruttori: A. Caporossi, L. Fontana, G. Marchini, L. Mastropasqua, D. Ponzin, P. Rama

- 17.30-18.30 **Comunicazioni SOI su Cornea**
 17.30 **C15** VALUTAZIONE MEDIANTE SISTEMA SCHEIMPFLUG DELL'OPACITÀ DEL CRISTALLINO INDOTTA DAL CROSS-LINKING CORNEALE
 F. Camesasca, P. Vinciguerra, S. Trazza (Milano)
 17.36 **C16** CROSS-LINKING PER IL TRATTAMENTO DELL'ECTASIA DOPO CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI
 F. Camesasca, P. Vinciguerra, E. Albè, S. Trazza (Milano)
 17.42 **C17** TRATTAMENTO DELLE CONGIUNTIVITI ALLERGICHE. STUDIO MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO, IN SINGOLO CIECO
 S. Lazzeri, P. Fogagnolo, M. Figus, M. Romagnoli, A. Canovetti, M. Iester, L. Rossetti, M. Nardi (Pisa, Genova, Milano)
 17.48 **C18** LA DCR LASER TRANSCANALICOLARE IN EQUIPE OCULISTA - OTORINOLARINGOIATRA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA
 D. Bonfanti, A. Colli, M. Chiodi (Bergamo)
 17.54 Discussione
 18.30 Fine Sessione

Ellisse

16.30-18.00

Sessione 4

Simposio SEMORI - Società EuroMediterranea di Ortottica Riabilitazione e Interdisciplinarietà

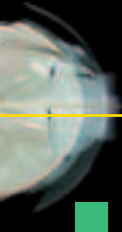
Valutazione oftalmologica ed ortottica nei disturbi specifici di apprendimento e possibilità di intervento nella componente visuo-spaziale

Presidente: C. Campana

Moderatori: C. Campana, R. Caputo

Coordinatore Scientifico: S. Simonetta

- 16.30 Introduzione - D. Drago
 16.35 Definizione, diagnosi ed epidemiologia dei DSA - E. Sechi
 16.50 Valutazione oculistica nella dislessia - C. Aleci
 17.10 Valutazione e riabilitazione ortottica nella dislessia - D. Bergamaschi
 17.35 Dibattito relatori pubblico - A. Balzano, D. Bottin, C. Campana, R. Caputo
 18.00 Fine Sessione



Montemario

14.00-15.30

Sessione 5 Simposio SICOP - Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica Chirurgia orbito-oftalmoplastica: stato dell'arte, novità e prospettive

Presidente: L. Baldeschi
Moderatore: G. Aimino
Coordinatore Scientifico: M. Puccioni

- 14.00 Oncologia orbitopalpebrale - A. Giordano Resti
- 14.10 Infezioni orbitarie - L. Colangelo
- 14.20 Infiammazioni orbitarie non infettive - D. Strianese
- 14.30 Orbitopatia distiroidea - L. Baldeschi
- 14.40 Malposizioni palpebrali congenite e acquisite - F. Quaranta Leoni
- 14.50 Enucleazione eviscerazione e protesica oculare - A. Modugno
- 15.00 Paralisi del faciale e blefarospasmo - G. Graziani, R. Migliardi
- 15.10 Trattamenti estetici perioculari medici - C. Lucchini
- 15.20 Trattamenti estetici chirurgici della regione perioculare - G. Davì

15.30-15.45 Comunicazioni SOI su Orbita, Chirurgia plastica

- 15.30 **C19** GESTIONE DELLE COMPLICAZIONI DOPO CHIRURGIA PERIOCLARE: L'ALTERNATIVA DELLA "BIOSURGERY"
G. Renieri, A. Gericke, S. Pitz (Mainz)
- 15.36 **C20** ANALISI DEI MARGINI DOPO ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI TUMORI MALIGNI PERIORBITARI: QUALE METODICA UTILIZZARE: ESAME ESTEMPORANEO, ESAME DEFINITIVO STANDARD O DEFINITIVO URGENTE?
M. Vaccaro, K. Chiarelli, P. Monaco (Belluno)
- 15.42 **Discussione**
- 15.45 **Fine Sessione**

Caravaggio

14.00-15.30

Corso C Corso Istituzionale SOI Contattologia

Direttore: P. Troiano
Istruttori: P. Troiano, M. Bifani, E. Bonci, F. Cavallaro, V. Goffi, S. Palma

Caravaggio

15.45-16.45

Corso 101 Diagnosi e terapia del nistagno oculare patologico

Direttore: E. Campos
Istruttori: E. Campos, M. Fresina, C. Schiavi

Caravaggio

17.00-18.30

Corso 102 Correzione della miopia elevata con lente pseudofachica retroiridea (PRL)

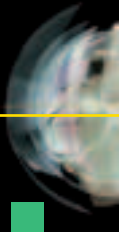
Direttore: G. Perone
Istruttori: D. Dementiev, F. Incarbone, G. Perone, M. Piovella

Leonardo

14.00-15.30

Corso 103 Correzione dei vizi di rifrazione in età preverbale: quando e perché

Direttore: A. Magli
Istruttori: F. Esposito, G. Marsico, P. Nucci, A. Papparella, E. Piozzi, L. Seregni, A. Torre



Leonardo **16.45-18.15**

Corso 104 **Guida al cross-linking corneale nel cheratocono: selezione dei pazienti, comprensione della risposta al trattamento, tecnica chirurgica, follow-up, gestione delle complicanze**

Direttore: P. Vinciguerra
Istruttori: E. Albè, F. Camesasca, P. Rosetta

San Giovanni **14.00-15.30**

Corso 105 **L'approccio multidisciplinare (Ocu-Reuma-Net) al paziente con uveite: dalla diagnosi alla terapia**

Direttore: L. Cimino
Istruttori: P. Allegri, L. Cimino, A. De Fanti, P. Neri, N. Pipitone, C. Salvarani, M. Zannin, L. Cappuccini, D. Cirone, L. De Martino, A. Mastromarino

San Giovanni **15.45-17.15**

Corso 106 **Approccio mini-invasivo alla chirurgia orbitaria per l'oculista**

Direttore: F. Bernardini
Istruttori: L. Baldeschi, F. Bernardini, S. Bianchi Marzoli, A. Giordano Resti, D. Strianese, D. Surace

San Giovanni **17.30-18.30**

Corso 107 **Cataratte estreme: no limits?**

Direttore: P. Fantaguzzi
Istruttori: L. Cappuccini, R. Servadei, G. Tassinari

Malta **14.00-15.30**

Sessione 7 **Corso S.I.O.L. - Società Italiana di Oftalmologia Legale
Dalla certificazione al danno in oftalmologia**

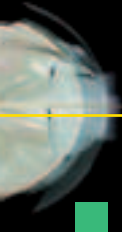
Direttore: D. Spinelli
Istruttori: D. Alberti, R. Migliorini, G. Valdè, D. Ciacci

- 14.00 Aspetti oculistici per la certificazione della patente di guida, porto d'armi, patente nautica - D. Alberti
- 14.15 Polizza infortuni: limiti delle polizze, valutazione medico legale - R. Migliorini
- 14.30 La Responsabilità Professionale in ambito Oftalmologico - G. Valdè
- 14.45 Assetto sulla valutazione medico legale del danno oftalmologico in chirurgia refrattiva - D. Ciacci
- 15.00 Discussione - V. De Vitto, L. Marino, D. Micochero, F. Cruciani, S. Gambaro
- 15.30 Fine Sessione

Malta **16.00-17.00**

Corso 108 **Valutazione diagnostica e strumentale in età pediatrica: indicazioni e limiti**

Direttore: E. Piozzi
Istruttori: A. Del Longo, G. Marsico, M. Mazza, V. Mazzeo



Bernini

14.00-15.45

Sessione 8 Comunicazioni e Poster su Glaucoma, Retina Medica, Chirurgia Vitreoretinica, Orbita, Chirurgia Plastica, Oftalmologia Pediatrica, Strabismo, Neuroftalmologia

Presidente: F. Camesasca

Moderatori: G. Carlevaro, M. Romano

- 14.00 **C01** VANTAGGI IN EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELL'USO DEL BETA BLOCCANTE SENZA CONSERVANTE NELLA TERAPIA DEL GLAUCOMA
D. Capobianco (Napoli)
- 14.06 **C03** ASPETTI ECOGRAFICI E OCT SPECTRAL DELLA MORNING GLORY SINDROME
G. Cennamo, R. Forte, M. Finelli, G. De Crecchio (Napoli)
- 14.12 **C04** RIPRODUCIBILITÀ INTRA E INTER-INDIVIDUALE DELLE MISURAZIONI DELLO SPESSORE MACULARE ESEGUITE CON OCT NIDEK RS 3000 - M. Gismondì, L. Parisi, M. Salvetat, C. Salati, P. Brusini (Udine)
- 14.18 **C05** ANALISI DELL'INTERFACCIA VITREO RETINICA (IVR) CON OFTALMOSCOPIO A SCANSIONE LASER (SLO) A CORTA LUNGHEZZA D'ONDA
E.M. Vingolo, S. Salvatore, M. Esposito (Roma)
- 14.24 **C06** VALUTAZIONE FUNZIONALE CON MICROPERIMETRIA NELLA CHIRURGIA DEL FORO MACULARE
G. Macrì, V. Ferrara, V. Belloli, L. Baraggia (Arona)
- 14.30 **P01** TONO ENDOCULARE E SPESSORE CORNEALE CENTRALE IN ETÀ PEDIATRICA: CHE IMPORTANZA HANNO?
D. Capobianco (Caserta)
- 14.33 **P02** ANALISI GENETICO-MOLECOLARE DI CYP1B1 E MYOC IN PAZIENTI AFFETTI DA GLAUCOMA CONGENITO
I. Giuffrè, A. Magli, P. Capozzi (Roma, Napoli)
- 14.36 **P03** TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA SECONDARIO NEOVASCOLARE
G. Vecchione (Napoli)
- 14.39 **P04** SU UN CASO DI IMPIANTO DI EXPRESS X200 IN UN GLAUCOMA NEOVASCOLARE PRE TERMINALE, COMPLICATO DA IMPERFORAZIONE DELLE MEMBRANE CORNEALI INTERNE
P. Lepre, A. Piccolo, G. Napoleone (Mugnano)
- 14.42 **P05** IMPIANTO DI EXPRESS P200 IN UN CASO DI GLAUCOMA A.A. DA FISTOLA CAROTIDO-CAVERNOSA A BASSO FLUSSO
P. Lepre, A. Piccolo, G. Napoleone (Mugnano)
- 14.45 **P05b** QUANTO CONTA LO SPESSORE CORNEALE NELLA MISURAZIONE DEL TONO OCULARE?
D. Capobianco (Napoli)
- 14.48 **P06** DISTACCO MACULARE SIEROSO BILATERALE IN LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA
G. Carlevaro, P. Mainardi, V. Marino, O. Beccaria (Milano)
- 14.51 **P07** NEOVASCOLARIZZAZIONE SOTTORETINICA IJXTAPAPILLARE ASSOCIATA A NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA ANTERIORE NON ARTERITICA REGREDITE DOPO TERAPIA STEROIDEA IN UNA PAZIENTE DIABETICA
P. Monaco, L. Morgante, M. Vaccaro (Belluno, Monfalcone)
- 14.54 **P08** CASO CLINICO DI MASSIVO EDEMA MACULARE DI BERLIN IN RAGAZZA QUATTORDICENNE
F. Basiliaco, L. Crisigiovanni, A. Gabaglio, F. Incarbone, G. Perone (Saronno)
- 14.57 **P09** EFFICACIA A LUNGO TERMINE DI UNA SINGOLA INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB NELLA TROMBOSI PARCELLARE DELLA VENA CENTRALE RETINICA NON ISCHEMICA: CASO CLINICO
M. Fruschelli, M. Sparano, I. Motolese, G. Haka, P. Motolese, E. Motolese (Siena, Grosseto)
- 15.00 **P10** VITRECTOMIA 25 G PARS PLANA PER IPERTONO IN CORSO DI DSAEK
G. Carlevaro, P. Mainardi, O. Beccaria, V. Marino (Milano)
- 15.03 **P11** VITRECTOMIA 25 G PER EMORRAGIA PREMACULARE SUB IALOIDEA E SUB LIMITANTE INTERNA (ILM)
G. Carlevaro, P. Mainardi, V. Marino, O. Beccaria (Milano)



- 15.06 P12 PDT PER IL TRATTAMENTO DEI NEOVASI CORNEALI NEI BAMBINI
G. Carollo, M. Fortunato, L. Buzzonetti, R. Maggi, A. Ubaldi, R. Di Pietro (Roma)
- 15.09 P13 ESPERIENZA DELL'USO DI CANNULA DI BANGERTER MODIFICATA, NELLA CHIRURGIA DELLE VIE LACRIMALI IN ETÀ PEDIATRICA
A. Menna, L. Gravina, M. Fortunato (Napoli, Marcianise, Roma)
- 15.12 P14 TRATTAMENTO DELL'EMISPASMO FACCIALE CON TOSSINA BOTULINICA: NOSTRA ESPERIENZA
M. Al Oum, L. Cerri, S. Donati, P. Sivelli, P. Chelazzi, C. Azzolini (Varese)
- 15.15 P15 LESIONI DEL CAMPO VISIVO PER ALTERAZIONI RETROCHIASMATICHE SECONDARIE AD INTERVENTO DI BY-PASS CORONARICO
G. Vecchione (Napoli)
- 15.18 P15b LIPOSARCOMA PRIMITIVO DELL'ORBITA
P. Bonavolontà, D. Strianese, P. Magliozzi, A. Iuliano, F. Tranfa, G. Uccello, G. Bonavolontà (Napoli)
- 15.21 **Discussione**
- 15.45 **Fine Sessione**

Bernini

16.45-18.30

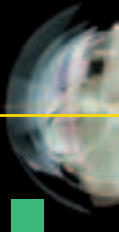
Sessione 9 Comunicazioni e Poster su Cataratta, Cornea, Tumori Oculari, Uveiti, Ipvisione

Presidente: L. Fontana

Moderatori: L. Buzzonetti, G. Lofoco, V. Mazzeo, F. Camesasca, E. Albè

- 16.45 C09 CHERATOPLASTICA PERFORANTE "A FUNGO": TECNICA SEMI-AUTOMATIZZATA
L. Fontana, G. Parente, M. Napoli, G. Tassinari (Bologna)
- 16.51 C10 LA CHERATOPLASTICA LAMELLARE ASSISTITA DA LASER A FEMTOSECONDI INTRALASE IN ETÀ PEDIATRICA: TECNICHE A CONFRONTO
L. Buzzonetti, A. Laborante, M. Fortunato, G. Petrocelli (Roma, S. Giovanni Rotondo)
- 16.57 C11 PTK E PTERIGIO: UN NUOVO CAMPO DI UTILIZZO
P. Fiorini, A. Mularoni, L. Di Silvestre, S. Primitivo, G. Tassinari (Bologna)
- 17.03 C12 BIOFEEDBACK TRAINING CON STIMOLO VISIVO STRUTTURATO IN PAZIENTI AFFETTI DA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE (AMD)
S. Salvatore, E.M. Vingolo (Roma)
- 17.09 C13 FARMACI ANTI-TNF NEI BAMBINI CON UVEITE ASSOCIATA AD ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE
E. Miserocchi, G. Modorati, I. Pontikaki, V. Gerloni, F. Bandello (Milano)
- 17.15 C14 PROFILO CLINICO DELLE UVEITI ANTERIORI DA CITOMEGALOVIRUS NEL PAZIENTE IMMUNOCOMPETENTE
M. Angi, B. Bodaghi, P. Le Hoang (Roma, Parigi)
- 17.21 P16 UTILIZZO DI COLLA BIOLOGICA (OCUSEAL) NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
A. Mularoni, L. Di Silvestre, G. Tassinari, S. Primitivo (Bologna)
- 17.24 P17 LENTI INTRAOCULARI AGGIUSTABILI CON LA LUCE: UN'ALTERNATIVA PER LA CORREZIONE DI MIOPIA, IPERMETROPIA ED ASTIGMATISMO
F. Badalà, F. Bergamini (Milano)
- 17.27 P18 STABILITÀ ED ACCURATEZZA REFRATTIVE DELLA IOL DA MICROINCISIONE BAUSCH & LOMB MI60
A. Bardocci, G. Lofoco, C. De Gaetano (Roma)
- 17.30 P19 AZIONE DELL'AVASTIN INTRAVITREALE SULL'EDEMA MACULARE DIABETICO NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA
P. Aurilia, L. Peloso, I. Mele, R. De Marco (Napoli)
- 17.33 P20 LA LIGHT ADJUSTABLE LENS: PRIMA ESPERIENZA ITALIANA
R. Bellucci, A. Morgante, G. Santin, C. Chierogo, M. Cargnoni (Verona)

- 17.36 **P20b** STUDIO DINAMICO DEL DIAFRAMMA IRIDEO CON OCT-VISANTE (ZEISS) NEI SOGGETTI IN TERAPIA CON α 1-BLOCCANTI: QUALI SONO I CANDIDATI ALLA "FLOPPY-IRIS SYNDROME"? UN AIUTO IN PIÙ PER METTERE IN CAMPO STRATEGIE VINCENTI
G. Orefice, A. D'Aloia, R. di Lauro (Napoli)
- 17.39 **P21** DACRIOCISTORINOSTOMIA ENDOSCOPICA ENDONASALE (EN-DCR): COMPARAZIONE MANOMETRICA FUNZIONALE TRA STOMIA ANTERIORE E POSTERIORE
A. Salicone, M. Gamerra, G. Sorrentino, G. Arienzo, M. Motta, L. Motta (Castellamare di Stabia)
- 17.42 **P22** AUTOTRAPIANTO CONGIUNTIVALE ASSOCIATO AD APPLICAZIONE TOPICA DI MITOMICINA C PER IL TRATTAMENTO DELLO PTERIGIO RECIDIVANTE: RISULTATI A 3 ANNI. NOSTRA ESPERIENZA
C. Zotti, L. De Martino, D. Cirone, L. Cimino, L. Cappuccini (Reggio Emilia)
- 17.45 **P23** CHIRURGIA DELLO PTERIGIO MEDIANTE AUTOTRAPIANTO LIMBO-CONGIUNTIVALE CON TECNICA CUT AND PASTE
E. Savio, R. Protti, C. Panico (Torino)
- 17.48 **P24** TRATTAMENTO CROSS-LINKING NORMALE E PER VIA TRANS-EPITELIALE IN ETÀ PEDIATRICA
A. Turtoro, M. Fortunato (Catanzaro, Roma)
- 17.51 **P25** TRATTAMENTO DELLE NEOVASCOLARIZZAZIONI CORNEALI CON ANTI-VEGF
A. Turtoro, M. Turtoro (Catanzaro)
- 17.54 **P26** IMPIEGO DI AZITROMICINA TOPICA IN ASSOCIAZIONE CON FLUOROCHINOLONICO IN UN CASO DI ASCESSO CORNEALE DA PSEUDOMONAS AERUGINOSA
C. Manganelli, S. Turco (Roma)
- 17.57 **P27** STUDIO COMPARATIVO SULL'EFFICACIA TERAPEUTICA DEL CLORIDRATO DI OLOPATADINA E DEL FUMARATO DI CETOTIFENO
R. Halfeld Furtado de Mendonça, C. Halfeld Furtado de Mendonça, K. Sary Sunahara (San Paolo, Rio de Janeiro)
- 18.00 **P28** LA CHERATOPLASTICA PERFORANTE CON IL LASER IFS150: VALUTAZIONE DEI PROFILI DI TAGLIO PER OTTIMIZZARE L'APPLICAZIONE DELLA SALDATURA LASER
L. Menabuoni, I. Lenzetti, L. Cortesini, A. Canovetti, F. Rossi, R. Pini (Prato, Firenze)
- 18.03 **P29** CROSS LINKING CORNEALE: PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI CON APPLICAZIONI PARTICOLARI
A. Laborante, M. Gaspari, L. Buzzonetti (S. Giovanni Rotondo, Roma)
- 18.06 **P30** MELANOMI DELLA COROIDE PERIFERICA AD ACCRESCIMENTO PECULIARE: LA MASSA TUMORALE CAUSA UN DISTACCO DI COROIDE SIEROSO. ANALISI DI 4 CASI COMPROVATI ISTOLOGICAMENTE E DI UNA LESIONE IN FOLLOW-UP
V. Mazzeo, L. Lodi (Belluno, Bologna)
- 18.09 **Discussione**
- 18.30 **Fine Sessione**



Giovedì 20 maggio

Cavalieri

08.00-09.30

Corso D

Corso Istituzionale SOI
Oncologia oculare

Direttore: E. Midena

Istruttori: E. Midena, C. Mosci, R. Parrozzani, E. Pilotto

Cavalieri

09.30-11.00

Sessione 10 Simposio SOI/IAPB - Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - Sezione Italia **La visita oftalmologica alla nascita**

Presidenti: G. Castronovo, M. Nardi

Moderatori: A. Reibaldi, C.M. Villani

Coordinatore Scientifico: F. Cruciani

- 09.30 La visita alla nascita: i vari aspetti del problema - F. Cruciani
- 09.40 La normativa attuale: nazionale ed internazionale - D. Mazzacane
- 09.48 Le patologie oftalmiche più invalidanti presenti alla nascita - P.E. Bianchi
- 09.58 Il test del riflesso rosso: indicazioni e limiti - M. Fortunato
- 10.06 Come si esegue una visita oculistica alla nascita - R. Malagola
- 10.16 I soggetti a rischio: la ROP - A. Reibaldi
- 10.26 L'esperienza di Brescia - E. Zinzini
- 10.34 Rapporto ed interazione Oculista Pediatra - E. Piozzi
- 10.42 Discussione
- 11.00 Fine Sessione

Cavalieri

11.15-13.00

Sessione 11

Simposio SOI/SAO

Società Oftalmologica Italiana - Società Oftalmologica Argentina

Presidenti: M. Piovella, D. Weil

Promotori: P.E. Gallenga, L. Colangelo

Prima sessione - Tumori orbitari

- 11.15 Clinica dei tumori orbitari - G. Bonavolontà
- 11.30 Anatomia patologica - O. Croxatto
- 11.45 Trattamento chirurgico - D. Weil

Seconda sessione - Nuove frontiere della chirurgia refrattiva

- 12.00 Complicanze della Lasik e del laser Femtosecondi - O. Mallo
- 12.15 Chirurgia della presbiopia: la via argentina - H. Marotta
- 12.30 Chirurgia della presbiopia: la via italiana - P. Vinciguerra
- 12.45 Discussione
- 13.00 Fine Sessione

Cavalieri

14.00-15.30

Sessione 12

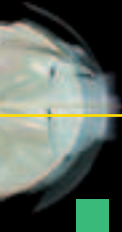
Simposio SIOG - Società Italiana di Oftalmologia Geriatrica

L'occhio che invecchia

Presidenti: T. Avitabile, M. Piovella

Coordinatore Scientifico: S. Miglior, P. Troiano

- 14.00 Invecchiamento dell'orbita e degli annessi - G. Frongia
- 14.12 Invecchiamento della superficie oculare e della sclera - P. Troiano
- 14.24 Invecchiamento del trabecolato, dell'iride e del corpo ciliare - L. Mastropasqua
- 14.36 Invecchiamento del cristallino - M. Piovella



PROGRAMMA SCIENTIFICO

GIOVEDÌ

20 maggio

14.48 Invecchiamento del vitreo e della retina - T. Avitabile
 15.00 Invecchiamento del nervo ottico - S. Miglior
 15.12 Discussione
 15.30 Fine Sessione

Cavalieri 15.45-16.35

Sessione 14 Corso A.S.M.O.O.I. - Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani
Un'efficace attività sindacale: sviluppo e formazione delegati A.S.M.O.O.I.

Presidenti: M. Piovella, C.M. Villani
 Coordinatori: K. Filippone, D. Mazzacane, A. Rapisarda
 Moderatori: C. Bianchi, F. Cruciani, E. Gallo, A. Montericchio, L. Zeppa
 15.45 Principi di diritto sindacale - R. La Placa
 16.25 Un primo approfondimento: il contratto aziendale - D. Mazzacane
 16.40 Fine Sessione

Cavalieri 16.45-18.30

Sessione 13 Simposio SOI/A.S.M.O.O.I. - Società Oftalmologica Italiana - Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani
Professione Ortottista: quale futuro e quali convergenze?

Presidenti: M. Piovella, C.M. Villani
 Moderatori: K. Filippone, E. Gallo, A. Montericchio, A. Rapisarda
 Coordinatori Scientifici: F. Cruciani, U. Merlin, L. Zeppa
 Interventi preordinati di
 On. Giuseppe Palumbo, Presidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati
 Sen. Antonio Tomassini, Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato della Repubblica
 16.45 Le leggi di riforma professionale - M. Capasso
 17.00 Oculista/Ortottista: le possibili convergenze professionali - M. Piovella
 17.10 Quale evoluzione del ruolo dell'ortottista - E. Gallo
 17.20 Quale formazione per quale ruolo - F. Cruciani
 17.35 Nuove prospettive per la professione di ortottista - K. Filippone
 17.45 Tavola Rotonda - M. Capasso, F. Cruciani, P. d'Agostino, E. Gallo, D. Mazzacane, M. Piovella, P. Troiano, C.M. Villani
 18.30 Fine Sessione

Cavalieri 18.30

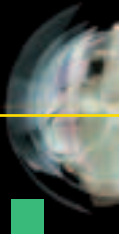
Assemblea Ordinaria Soci ASMOOI

Belle Arti 08.00-09.30

Corso 109 **Laser a femtosecondi nella chirurgia corneale**
 Direttore: G. Perone
 Istruttori: G. Perone, M. Nubile, F. Carones, F. Incarbone

Belle Arti 09.45-11.15

Sessione 15 Simposio ADMOI - Associazione Dirigenti Medici Ospedalieri Italiani
Nella foresta delle intravitreali
 Presidente: G. Tassinari
 Coordinatore Scientifico: P. Troiano
 09.45 Evidence Based Medicine sui farmaci anti-VEGF nella DMS - T. Rossi
 09.57 Evidence Based Medicine sui farmaci anti-VEGF nelle maculopatie non senili - R. Mele



10.09	Evidence Based Medicine sugli steroidi intravitreali - R. De Fazio
10.21	Rapporto costo beneficio del trattamento della DMS con anti-VEGF - L. Colecchia
10.33	Quadro normativo e aspetti medico-legali - P. Troiano
10.45	Il punto di vista del magistrato - V. Castiglione
10.57	Presentazione del programma ADMOI - A. Mocellin
11.15	Fine Sessione

Belle Arti

13.00

Assemblea Ordinaria Soci SOI

Belle Arti

14.30-16.00

Sessione 16 Simposio

Glaucoma: tre personaggi in cerca di soluzioni

Presidenti: L. Mastropasqua, G. Marchini, C.E. Traverso

Coordinatore Scientifico: C.E. Traverso

Moderatore: L. Mastropasqua

Atto I - "Preservare la qualità della vita ad un costo sostenibile"

14.30	Il Paziente: il valore Qualità della vita, obiettivo della terapia del glaucoma - C.E. Traverso
14.45	Le Istituzioni: approccio farmacoeconomico alla scelta della miglior terapia - S. Gandolfi
15.00	Il Medico: l'importanza del rapporto medico-paziente nella gestione del glaucoma - G. Marchini

Atto II - "Chi ha tempo non aspetti tempo"

15.15	Lo Scenario: velocità di peggioramento e trattamento precoce - R. Carassa
15.30	Un lieto fine: il miglior trattamento dopo la monoterapia - F. Oddone
15.45	Discussione
16.00	Fine Sessione

Si ringrazia Allergan

Belle Arti

17.00-18.30

Sessione 17 Simposio

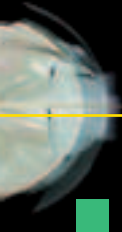
New Standards of Eyecare

Presidente: M. Nardi

Moderatori: R. Ratiglia, A. Caporossi, G. Marchini

17.00	Introduzione allo Standard of Care - M. Nardi
17.05	Profilassi e trattamento della chirurgia oftalmica - R. Mencucci
17.25	Moderne Tecnologie nella chirurgia della cataratta - R. Toyos
17.35	Discussione - G. Marchini
17.40	Qualità della visione con IOL asferica - E. Ligabue
17.50	Qualità della visione con IOL torica - D. Tognetto
18.00	Qualità della visione con IOL multifocale - L. Mastropasqua
18.10	Discussione - A. Caporossi
18.15	La chirurgia del vitreo mini-invasiva - G. Beltrame
18.25	Discussione - R. Ratiglia
18.30	Fine Sessione

Si ringrazia Alcon



Ellisse

08.00-09.30

Sessione 18 Simposio AILARPO - Associazione Italiana Laser e Radiofrequenza in Chirurgia Plastica Oftalmica

Casi particolari in oftalmoplastica

Presidente: G. Actis

Moderatori: M. Santella, G. Davì

Coordinatore Scientifico: G. Aimino

- 08.00 Neoplasia squamosa della superficie oculare(OSSN) in paziente di età pediatrica con xeroderma pigmentoso - E. Bartoli, A.G. Actis, U. De Sanctis, V. Russo, F.M. Grignolo
- 08.10 Entropion della palpebra superiore dopo plicatura del muscolo elevatore palpebrale - A. Di Maria, C. Redaelli
- 08.20 La retrazione palpebrale inferiore - D. Surace
- 08.30 Manifestazioni oculari in sindrome di Niemann Pick - L. Bauchiero, G. Vadalà, L. Belli, C. Zampaglione
- 08.40 Trattamento chirurgico di trichiasi da pemfigoide oculare - A. Fea, G. Actis, A.G. Actis, M. Angeloni, M. Sferra, F.M. Grignolo
- 08.50 Peeling dello xantelasma con radiofrequenza - C. Orione, G. Aimino
- 09.00 Silent Brain Syndrome: enoftalmo severo dopo shunt ventricolo-peritoneale - F. Bernardini
- 09.10 Gestione chirurgica delle complicanze annessiali conseguenti ad infezione da carbonchio - C. Graziani
- 09.20 Panel di discussione finale - F. Dossi, G. Davì, C. Lucchini, E. Stagni, M. Santella
- 09.30 Fine Sessione

Ellisse

11.00-12.30

Sessione 19 Simposio SOI Gestione post-operatoria del paziente glaucomatoso

Presidente: S. Miglior

Direttore: G. Tassinari

Istruttori: F. Gaudenzi, G.L. Laffi, G. Marchini, A. Molteno

- 11.00 Importanza della gestione post-operatoria - S. Miglior
- 11.10 Meccanismo di funzionamento dei vari interventi - A. Molteno
- 11.25 Classificazione e valutazione della bozza dopo trabeculectomia - G. Tassinari
- 11.35 Cicatrizzazione della bozza - A. Molteno
- 11.50 Gestione post-op della trabeculectomia - G. Laffi (intervista i relatori)
- 12.05 Gestione post-op degli impianti drenanti - G. Marchini
- 12.15 Tavola rotonda tra tutti i relatori ed il pubblico coordinata dal Dr F. Gaudenzi
- 12.30 Fine Sessione

Ellisse

17.00-18.30

Corso F Corso Istituzionale SOI Oftalmoplastica - Approccio clinico-pratico alla patologia dell'orbita

Direttore: G. Bonavolontà

Istruttori: G. Bonavolontà, A. Iuliano, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello

Montemario

08.30-15.30

AcrySof® Cachet™ Phakic Lens Surgeon Seminar

Inizio dei lavori

- 08.30 Benvenuto e Introduzione - F. Carones
- 08.40 Panoramica sulla lente fachica AcrySof® Cachet™ - F. Carones
- 09.00 Selezione del paziente e sizing - P. Vinciguerra
- 09.15 Quattro anni di risultati clinici - R. Bellucci
- 09.45 Diagnostica - esami pre-operatori - S. Morselli

10.00	Discussione
10.30	Break
10.45	Panoramica sulle tecniche chirurgiche: caricamento della lente, "P" cartridge, impianto e rimozione viscoelastico - P. Vinciguerra
11.05	Esperienza personale AcrySof® Cachet™ e/o IOL facheiche - E. Ligabue, L. Gualdi, R. Bellucci, S. Morselli
12.05	Discussione
12.30	Phakic Calculator - L. Gualdi
12.45	Rilievi clinici nel follow-up - E. Ligabue
13.00	Come ordinare la lente - O. Hauser
13.30	Lunch
14.30	Esercitazioni pratiche Wet-Lab
15.30	Chiusura lavori - F. Carones

Caravaggio **08.00-09.30**

Corso 110 **Impianto secondario nell'era mini-invasiva**

Direttore: C. Forlini

Istruttori: G. Beltrame, G. Carlevaro, C. Forlini, P. Rossini, G. Vecchione, S. Zenoni

Caravaggio **09.45-11.15**

Corso 116 **News e controversie nella correzione della presbiopia e dell'astigmatismo durante intervento di cataratta**

Direttore: A. Franchini

Istruttori: R. Bellucci, G. Beltrame, A. Caporossi, R. Mencucci, S. Morselli, F. Passani, S. Rossi, D. Tognetto, P. Vinciguerra

Caravaggio **14.15-15.45**

Corso 111 **La gestione dell'Oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia**

Direttore: G. Bonavolontà

Istruttori: G. Bonavolontà, A. Iuliano, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello

Caravaggio **16.00-17.00**

Corso 112 **Cataratta con microincisione: perché MICS per tutti i giorni?**

Direttore: R. Bellucci

Istruttori: V. Germinetti, E. Ligabue, S. Morselli

Si ringrazia **Bausch & Lomb**

Caravaggio **17.15-18.45**

Corso 115 **Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche**

Direttore: V. Sarnicola

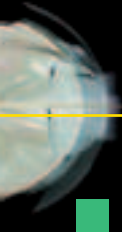
Istruttori: P. Neri, V. Sarnicola, P. Toro Ibanez

Leonardo **08.00-09.30**

Corso 113 **Tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare anteriore**

Direttore: V. Sarnicola

Istruttori: V. Maurino, A. Montericcio, M. Nubile, V. Sarnicola, P. Toro Ibanez



GIOVEDÌ

20 maggio

Leonardo **10.30-12.00**

Corso 114 **Le IOL multifocali toriche. La customizzazione della chirurgia rifrattiva della cataratta**

Direttore: C.F. Lovisolo
Istruttori: M. Fortunato, A. Mularoni, F. Simona

Leonardo **14.30-16.00**

Corso 117 **La terapia conservativa del cheratocono: soluzioni e combinazioni**

Direttore: A. Mularoni
Istruttori: G. Alessio, A. Caporossi, C.F. Lovisolo, A. Mularoni, G. Tassinari

Leonardo **17.00-18.30**

Corso 118 **Steroidi ed altri antinfiammatori in oftalmologia: come, quando e perché**

Direttore: F. Passani
Istruttori: U. Benelli, L. Cimino, M. Figus, A. Franchini, R. Mencucci, F. Passani

Malta **09.00-12.30**

09.00-10.30 **Corso A.S.O.C. - Autocertificazione Studi Oculistici in Community**
Norme ISO 9001: sistema ASOC di autocertificazione degli studi di oculistica

Prima Parte
Direttore: L. Salvi

11.00-12.30 **Corso A.S.O.C. - Autocertificazione Studi Oculistici in Community**
Norme ISO 9001: sistema ASOC di autocertificazione degli studi di oculistica

Seconda Parte
Direttore: L. Salvi

Bernini **11.45-13.15**

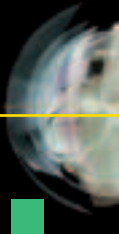
Corso 119 **Correzioni delle ametropie elevate con lenti fachiche: VisianICL - ICL e TICL**

Direttore: V. Maurino
Istruttori: A. Sciscio, M. Wilkins

Bernini **14.30-16.00**

Corso 120 **Tecniche mediche e chirurgiche nel rimodellamento e ringiovanimento della regione orbito-palpebrale e del volto**

Direttore: R. Migliardi
Istruttori: F. Bernardini, C. Lucchini, M. Puccioni



Venerdì 21 maggio

Cavalieri

08.00-13.00

Sessione 20 15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR

Simultaneous translation Italian/English - Traduzione simultanea italiano/inglese

**Live Surgery from S. Camillo - Forlanini Hospital in Rome
Department in Ophthalmology**

Chairman: V. Petitti

Live Surgery Program Directors: M. Piovella, G. Tassinari

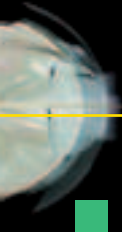
Vitreoretinal Surgery Consultants: T. Avitabile, N. De Casa

Part One

Surgical Theatre Chairpersons: P. Filadoro, M. Taloni

Auditorium Chairpersons: R. Dossi, L. Gualdi, A. Mocellin, K. Warren

- 08.00 **Live cataract and phakic IOL surgery**
Surgeons: C. Carbonara (Optikon), G. Lofoco (B&L), M. Gualdi (Alcon Cachet)
- 08.40 Diabetic Retinopathy and Cataract Surgery - K. Warren
- 08.46 The Use of Intense Pulse Light and Microdermabrasion to Treat Dry Eye Syndrome Before Cataract and Refractive Surgery - R. Toyos
- 08.52 The Femtosecond Laser system in Cataract surgery - K.G. Stonecipher
- 08.58 Are Today's Specialized IOLs Sufficient for Long Term Survival? - D.J. Apple, MD
- 09.04 **Live cataract surgery**
Surgeons: O. Gallo (AMO - Abbott), V. Scorcia (Zeiss)
- Auditorium Chairpersons: T. Avitabile, F. Camesasca, M. Nardi, T. Samuelson
- 09.32 **Introducing Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture**
T. Samuelson
- 09.35 **Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2010**
The Future of Cataract Surgery - Samuel Maskat
in cooperation with AMO
- 09.50 Resistance to Topical Anti-Infectives: a Growing Problem - M. McDonald
- 09.56 **Live cataract and Osteon-odonto-keratoprosthesis surgery**
Surgeons: M. Piovella (AMO - Abbott), L. Zeppa (Croma - DIPO),
P. Colliardo (Osteon-odonto-keratoprosthesis)
Auditorium Chairpersons: D. Apple, G. Caramello, F. Spedale, P. Vinciguerra
- 10.30 The Role of the Soemmerring's Ring in the Pathogenesis of Post-Capsule Opacification and Other Post-Surgical Opacifications - David J. Apple, MD
- 10.36 Pupil Size Depth of Field and Monofocality: The True Key to Spectacle Independence - J. E. "Jay" McDonald
- 10.42 **Live cataract surgery**
Surgeons: C. Savaresi (Zeiss), A. Mularoni (Optikon)
Auditorium Chairpersons: T. Avitabile, M. McDonald, A. Mocellin, U. Merlin
- 11.10 **SOI Award "A life spent serving Ophthalmology" 2010**
Fabio David, General Manager Alfa Intes S.r.l.
- 11.16 Endothelial Keratoplasty: What Have We Learned About Topical Corticosteroids, IOP, Rejection, and Graft Survival? - F.W. Price, Jr.
- 11.22 Correcting Presbyopia - The Final Frontier - M. McDonald



- 11.28 **Live cataract surgery**
Surgeons: G. Lupidi (Alcon), E.M. Vingolo (Alcon)
Auditorium Chairpersons: T. Avitabile, F.I. Camesasca, D.A. Karcher, T. Samuelson, M. Stirpe
- 11.56 **Introducing Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2010**
M. Stirpe
- 12.00 **Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2010**
The Expanded Clinical Spectrum of Vitelliform Maculopathy
Lawrence A. Yannuzzi
- 12.20 **Introducing SOI Honorary Award in Ophthalmology 2010**
M. Piovella
- 12.22 **SOI Honorary Award in Ophthalmology 2010**
David A. Karcher, ASCRS Executive Director
- 12.26 **Live cataract and Osteon-odonto-keratoprosthesis surgery**
Surgeons: G. Gaiba (AMO - Abbott), G. Grieco (Hoya), F. Carraro (B&L),
P. Colliardo (Osteon-odonto-keratoprosthesis)
Auditorium Chairpersons: P.M. Fantaguzzi, P. Lepre, F. Napolitano
- 13.00 End of the Session

Cavalieri

14.00-19.00

Sessione 21 **15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR**

Simultaneous translation Italian/English - Traduzione simultanea italiano/inglese

Live Surgery from S. Camillo - Forlanini Hospital in Rome Department in Ophthalmology

Chairman: V. Petitti

Live Surgery Program Directors: M. Piovella, G. Tassinari

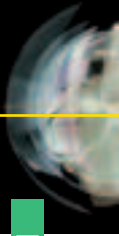
Vitreoretinal Surgery Consultants: T. Avitabile, N. De Casa

Part Two

Surgical Theatre Chairpersons: P. Filadoro, V. Picardo

Auditorium Chairpersons: L. Cappuccini, C. Carbonara, J.A. Davies, E. Ligabue

- 14.00 **Live cataract and Osteon-odonto-keratoprosthesis surgery**
Surgeons: D. Tognetto (AMO - Abbott), M. Piovella (Aaren), R. Bellucci (B&L Crystalens AO),
P. Colliardo (Osteon-odonto-keratoprosthesis)
- 14.45 Crystalens Aspheric Increasing Quality and Range of Vision in an Accommodating
Lens - J. E. "Jay" McDonald, II
- 14.51 Use of the Capsular Tension ring with the Crystalens Accommodating IOL: How Does
it Affect Function? - J.A. Davies
- 14.57 Clinical Outcomes with Crystalens HD & AO - G. Marchini
- 15.03 **Live cataract surgery**
Surgeons: S. Rossi (B&L Crystalens AO), T. Franchini (Hoya), F. Bozzoni Pantaleoni (Optikon)
Auditorium Chairpersons: G. Beltrame, V. Orfeo, R. Sciacca, K. Shimizu
- 15.43 Correction of Presbyopia with Calhoun's Light Adjustable Lens - D.M. Schwartz
- 15.49 Techniques of IOL Exchange - J.D. Horn
- 15.55 Phacoemulsification as a Choice of Treatment for Angle Closure Glaucoma -
G. Shafranov



- 16.02 **Live cataract surgery**
Surgeons: A. Niutta (Optikon), A. Scialdone (Alcon), D. Cannavò (Zeiss)
Auditorium Chairpersons: C. Budo, L. Mastropasqua, P. Troiano, S. Vergani
- 16.42 Toric Artiflex - C.J. Budo
- 16.48 LASIK in Presbyopic with Blended Vision Technique - K. Ditzen
- 16.54 Clinical Results & Dinamic Accomodative Benefit over 18 Months follow-up Uses the VisioLite Er:YAG and the Laser ACE® Procedure - A.M. Hipsley
- 17.00 Effective Patient Screening for Forme Fruste Keratoconus with Topography and Pachymetry - S.D. Klyce
- 17.06 LASIK Complications - K. Ditzen
- 17.12 The Appearance of Giant Cells after the Implantation of an Artiflex PIOL - C.J. Budo
- 17.18 The Integration of Corneal Topography and Wavefront Analysis - S. D. Klyce
- 17.24 Results of Refractive Lens Exchange in Patients Who Are Poor Candidates for LASIK or Surface Ablation - R. Toyos
- 17.30 Discovery: A Combination Aberrometer Corneal Topographer Auto Refractor for Cataract and Refractive Surgery - D.R. Sanders
- 17.36 Experience with a New Aspheric Microincisional Preloaded IOL - K.R. Kenyon
- 17.42 Clinical Entities that Masquerade as Form Fruste Keratoconus - M. Wang
- Auditorium Chairpersons: G. Cennamo, F. D'Arrigo, M. Piovella, F.W. Price
- 17.48 AlphaCor - Clinical Outcomes - P. Rozsival
- 17.54 Anterior Lamellar Grafts: Why Do We Still Do Any PK's for Keratoconus and Can Femtosecond Lasers Help Us do DALK? - F.W. Price Jr.
- 18.00 The Wavelight Eye Q vs. The Visx Customvue: A Contralateral Eye Comparison Study - K.G. Stonecipher
- 18.06 A Novel Multifocal Optic Design Providing an Asymmetric Point Spread Function - D.R. Sanders
- 18.12 Non-lens No-refraction Factors that Contribute to Poor Performance of Premium IOL - M. Wang
- 18.18 Intra-Lasik Visual Acuity Results in Eyes After Keratoplasty - I. Giannecchini
- 18.24 Scheimpflug Densitometry to Determinate Corneal Density after Excimer Laser Treatment in Myopic Eyes - R. Forte
- 18.30 A New Liquid Ocular Bandage To Seal Clear Cornea Incisions After Cataract Surgery - M. Piovella
- 18.36 Endothelial Cell Integrity and Phaco Efficiency Using Ellips Transversal Phaco with Venturi vs Longitudinal Phaco with Peristaltic - M. Piovella
- 18.42 Discussion
- 19.00 End of Session

Belle Arti

15.00-16.00

Sessione 22 Simposio SMO - Società Mediterranea di Ortottica La dominanza oculare: dalla fisiologia alla patologia

Presidente: E. Gallo

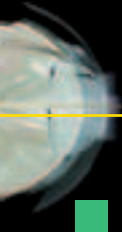
Moderatore: E. Campos, D. Bruzzychessi

Coordinatore Scientifico: D. Bruzzychessi

Relatori: A. Arbasini, P.E. Bianchi, F. Castorina, E. Gilardi, A. Magli, S. Tomarchio

Argomenti trattati:

- Significato di "occhio dominante"
- Fisiopatologia della dominanza oculare
- Ruolo dell'occhio dominante in strabologia
- Settori dell'oftalmologia in cui è consigliabile una corretta valutazione della dominanza
- Test idonei



Ellisse **08.00-09.30**

Corso G **Corso Istituzionale SOI**
Lenti progressive
 Direttore: C. Bianchi
 Istruttori: S. Frosini, U. Merlin, P. Troiano

Ellisse **11.30-13.00**

Sessione 23 **Simposio ASMOOI - Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti italiani**
SOS diplopia

Presidente: C.M. Villani
 Moderatore: C. Bianchi
 Coordinatore scientifico: D. Mazzacane

- 11.30 Presentazione ed introduzione - C.M. Villani, D. Mazzacane
- 11.33 Definizione ed entità cliniche - M. Palombi
- 11.40 Eziologia oftalmologica - E. Leonardi
- 11.47 Eziologia neurologica - M. Brogi
- 11.57 Eziologia traumatica - P. Capozzi
- 12.04 Inquadramento diagnostico
 Panel: E. Campos, M. Palombi, E. Leonardi, M. Brogi, P. Capozzi, K. Filippone
- 12.24 Inquadramento terapeutico
 Panel: E. Campos, M. Palombi, F. Cruciani, E. Leonardi, P. Capozzi, E. Gallo, C. Villani
- 12.44 Casi clinici
- 12.54 Conclusioni
- 13.00 Fine Sessione

Ellisse **13.30-15.00**

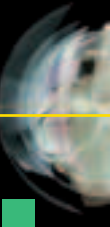
Corso H **Corso Istituzionale SOI**
Semeiotica oculare
 Direttore: C. Carbonara
 Istruttori: C. Bianchi, R. Dossi, C. Mazzini, A. Perdicchi, M. Rispoli

Ellisse **16.30-18.30**

Sessione 6 **Simposio A.I.E.R.V. - Association International pour l'Enfance et la Réhabilitation Visuelle**
Cornea pediatrica II

Presidente: M. Fortunato
 Coordinatori Scientifici: I. Molnar, V. Sarnicola
 Moderatori: P. Leuemberger, F. Simona

- 16.30 Diagnostica corneale/Aberrometria - F. Simona, S. Santamaria
- 16.40 Patologie corneali pediatriche - L. Gravina
- 16.50 Trattamento di opacità, nevasi ed ectasie corneali pediatriche - M. Fortunato
- 17.00 Utilizzo di Intacs e cross linking - C.F. Lovisolo
- 17.10 Esperienze con Intacs - A. Mularoni
- 17.20 Cheratoplastica lamellare in età pediatrica - A. Pocobelli
- 17.30 KL con intralase in età pediatrica - L. Buzzonetti
- 17.40 KL con eccimeri - M. Fortunato
- 17.50 Cornea artificiale nella traumatologia, impianti di cheratoprotesi di Pintucci - C. Forlini
- 18.00 Cheratoplastica perforante vs cheratoplastica lamellare - R. Maggi
- 18.10 Discussione
- 18.30 Fine Sessione



Montemario

09.30-11.00

Sessione 24 Simposio A.I.O.L. - Accademia Italiana di Oftalmologia Legale **Processo per colpa da omissione in una visita oculistica ambulatoriale**

Presidenti: D. Siravo, V. Castiglione
Coordinatore Scientifico: P. Troiano

Svolgimento del processo

09.30	CT di Parte Attrice - M. Buscemi
09.45	CT di Parte Convenuta - D. Siravo
10.00	CT d'Ufficio - P. Troiano, L. Polo
10.15	Giudice - V. Castiglione
10.30	Aspetti assicurativi - P. d'Agostino
10.45	Discussione
11.00	Fine Sessione

Montemario

16.30-18.00

Sessione 25 Simposio S.I.O.F. - Società Italiana di Ottica Fisiopatologica **Dalla miopia semplice alla miopia patologica**

Presidente: U. Merlin
Coordinatore Scientifico: P. Troiano

16.30	Eziologia ed epidemiologia della miopia - C. Bianchi
16.45	Dalla miopia semplice alla miopia patologica - U. Merlin
17.00	Miopia e motilità oculare - E. C. Campos
17.15	Miopia e pressione oculare - S. Miglior
17.30	Miopia e cristallino - G. Nuzzi
17.45	Miopia e vitreo-retina - T. Avitabile
18.00	Fine Sessione

Caravaggio

08.00-09.30

Corso 121 **La cataratta nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS): quale approccio chirurgico?**

Direttore: M. Angi
Istruttori: M. Angi, G. Laffi, S. Mariotti, S. Tabacchi, G. Tassinari

Caravaggio

11.30-13.00

Corso L **Corso Istituzionale SOI** **Vie lacrimali - Le vie lacrimali dalla semeiotica alla chirurgia**

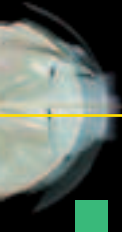
organizzato in collaborazione con S.I.C.O.P. - Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica
Direttore: M. Puccioni
Istruttori: G. Vadalà, S. Cavazza, C. Orione, L. Giacomini, D. Surace, L. Baldeschi,
F. Bernardini, C. de Conciliis, F. Trivella, F. Mininni

Caravaggio

16.30-18.00

Corso 122 **La gestione delle complicanze delle uveiti**

Direttore: L. Cappuccini
Istruttori: P. Allegri, L. Avoni, L. Cimino, S. Gandolfi, P. Neri, A. Sartori, P. Tassinari, C. Zotti,
A. Pupino, A. Ciardella



San Giovanni **08.00-09.30**

Corso 123 Le uveiti infettive

Direttore: L. Cimino

Istruttori: P. Allegri, L. Cappuccini, D. Cirone, S. D'Amelio, L. De Martino, G. Lo Bue, P. Neri, F. Passani, E. Piozzi, E. Bertelli

San Giovanni **13.30-15.00**

Corso 125 La gestione dell'epifora: strategie chirurgiche

Direttore: G. Uccello

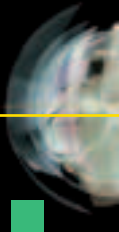
Istruttori: C. de Conciliis, A. Iuliano, D. Strianese, G. Uccello

San Giovanni **16.30-18.00**

Corso 124 La chirurgia con microincisione della cataratta (MICS) e del vitreo e della retina (MIVS) negli interventi combinati

Direttore: R. Bellucci

Istruttori: R. Bellucci, G. Beltrame, S. Morselli, V. Pucci, G. Santin



Sabato 22 maggio

Cavalieri

08.00-11.15

Sessione 26 15th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCR

Simultaneous translation Italian/English - Traduzione simultanea italiano/inglese

**Live Surgery from S. Camillo - Forlanini Hospital in Rome
Department in Ophthalmology**

Chairman: V. Petitti

Live Surgery Program Directors: M. Piovella, G. Tassinari

Vitreoretinal Surgery Consultants: T. Avitabile, N. De Casa

Part Three

Surgical Theatre Chairperson: M. Taloni

Auditorium Chairpersons: V. Bongiorno, J.D. Horn, A. Mocellin, M. Nubile

08.00

Live cataract surgery

Surgeons: R. Sorce (Alcon), V. Petitti (Alcon), L. Zeppa (Croma - Dipo)

08.40

Pre Chopping with OZil IP - J.D. Horn

08.46

Management of Posterior Segment Complications of Cataract Surgery - K.A. Warren

08.52

Evolution of New Marking Technique for Placement of Toric IOL - M.A. Jackson

08.58

Live glaucoma valve surgery

Surgeon: A.C. Molteno

Auditorium Chairpersons: C. Bianchi, M. Nardi, S. Miglior, G. Shafranov, G. Tassinari

09.25

Laser Trabeculoplasty: The Current State of the Art - B.E. Flowers

09.31

Ab-interno Suprachoroidal Bypass Device (CyPass) for Intraocular Pressure

Reduction at the time of Cataract Surgery - E.R. Craven

09.37

Trabeculectomy without Subconjunctival Dissection - G. Shafranov

09.43

Optimizing Outcomes. Canaloplasty: 36 month U.S. Data - B.E. Flowers

09.49

Live glaucoma valve surgery

Surgeon: L. Zeppa

Auditorium Chairpersons: F. Dossi, K.R. Kenyon, F. Incarbone, A. Montericchio

10.16

The MICS Advantage Using the Stellaris Phaco System in Flomax Cases - M.A. Jackson

10.22

New Strategies for the Treatment of Neurotrophic Keratopathy: Amnion Membrane Extract and Amnion Membrane + Lamellar Keratoplasty - K.R. Kenyon

10.28

Mario Gelsomino SOI Award 2010

Liberatina De Martino

10.32

Live Cataract Surgery

Surgeons: G. Perone (Zeiss), P. Biondi (Hoya), M. Fioretto (AMO-Abbott)

11.15

End of the Session

Cavalieri

11.15-17.15

Sessione 27 Subspecialty Day SOI
Retina Day

11.15-13.15

Prima Parte

Coordinatori: M. Borgioli, A. Pece, G. Scordia

Retina chirurgica**"Updates" nel trattamento****del foro maculare idiopatico
del "pucker" maculare
dell'edema maculare diabetico**

11.15-11.45

Foro maculare idiopatico

Presidente: G. Scordia

Presentazione: G. Lesnoni

Panel: E.M. Codenotti, G. Carlevaro, F. Carraro, E. Rapizzi, G. Tassinari, G. Beltrame

11.45-12.15

Pucker maculare

Presidente: V. De Molfetta

Presentazione: T. Avitabile

Panel: P. Arpa, A. Rapisarda, C. Forlini, C. Mariotti, P. Rossi

12.15-12.30

Comunicazioni a tema libero

12.15

- Correlazione tra autofluorescenza, sensibilità maculare, ELM nel distacco di retina macula-off - M. Romano

12.20

- Doppio tamponamento olio DENSIRON 68 - olio CENTISTOKES nel trattamento del distacco di retina complicato con PVR - C. Forlini

12.25

- Cambiamenti anatomici e funzionali nella degenerazione maculare correlata all'età avascolare trattata con emoforesi - P. Rozsival

12.30-13.15

Live Surgery from S. Camillo - Forlanini Hospital in Rome - Department in Ophthalmology

Chairman: V. Petitti

Live Surgery Program Directors: M. Piovella, G. Tassinari

Vitreo-retinal Surgery Consultants: T. Avitabile, N. De Casa

Surgical Theatre Chairperson: M. Taloni

Auditorium Chairpersons: B. Billi, M. Borgioli, C. Forlini, V. De Molfetta

Live Macular Pucker Surgeries

Surgeons: M. Pileri, S. Zenoni, G. Pietravalle

14.15-17.15

Seconda Parte

Coordinatori: M. Borgioli, A. Pece, G. Scordia

14.15-14.30

Comunicazioni a tema libero

14.15

- Autofluorescenza in corioretinopatia sierosa centrale: confronto tra HRA CSLO e fundus camera - C. Bruè

14.20

- Follow-Up (FU) micro perimetrico (MP1) nell'edema maculare diffuso trazionale (EMDDT): importanza dei rapporti tra ioloide verticale (IV) e superficie retinica (SR) - G.F. Pacelli

14.25-14.30

Discussione

14.30-15.00

Vitrectomia nell'edema maculare diabetico

Presidente: L. Zeppa

Presentazione: M. Borgioli

Panel: L. Mastropasqua, R. di Lauro, R. Ratiglia, S. Zuccarini, G. Pertile

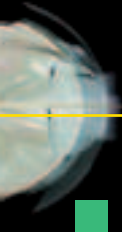
- 15.00-17.15 **Retina medica**
Moderatori: F. Camesasca, A. Pece, S. Piermarocchi
- 15.00-15.15 **Anti VEGF: up-to-date** - S. Piermarocchi
- 15.15-16.15 **Le urgenze retiniche**
- 15.15 • Occlusioni venose: clinica - R. Lattanzio
 - 15.25 • Occlusioni venose: laser vs iniezioni - S. Piermarocchi
 - 15.35 • Occlusioni arteriose: clinica - A. D'Amico, G. Sorce
 - 15.45 • Terapia d'attacco: Stroke ocular unit - A. Pece, A. D'Amico, R. Lattanzio
- 15.55-16.15 **Discussione**
- 16.15-17.15 **Le uveiti**
Moderatori: P. Neri, F. Viola
- 16.15 • Imaging nelle uveiti - F. Viola
 - 16.22 • Coinvolgimento del polo posteriore in corso di tubercolosi oculare - L. Cimino
 - 16.29 • Up-to-date sulle vasculiti retiniche - P. Neri
 - 16.36 • Sarcoidosi e retina - P. Allegri
 - 16.43 • Neovascolarizzazione coroideale infiammatoria - A. Giovannini
 - 16.50 • Chirurgia vitreo-retinica ed uveiti - C. Mariotti
- 16.57 **Discussione**
17.15 **Fine Sessione**

Belle Arti

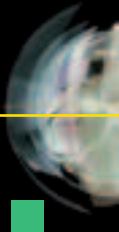
08.00-16.30

Sessione 28 Subspecialty Day SOI Glaucoma Day

- 08.00-13.30 **Prima Parte**
Coordinatori: C. Bianchi, L. Mastropasqua, S. Miglior
- Parte 1. Update sulla chirurgia oculare**
Presidenti: A. Rapisarda, S. Miglior
Moderatori: L. Mastropasqua, A. Montericcio, P. Troiano
- 08.00 • Presentazione del Subspecialty Day 2010 - M. Piovella
 - 08.05 • Effetto dell'intervento di facoemulsificazione del cristallino sulla misurazione dello strato delle fibre nervose retiniche peripapillari mediante Spectral OCT - F. Di Matteo
 - 08.10 • Variazioni in acuto del PERG in soggetti con ipertensione oculare o glaucoma precoce dopo somministrazione di ibopamina - I. Giuffrè
 - 08.15 • La chirurgia perforante del glaucoma con impianti Express 2000 e P200 - P. Lepre
 - 08.20 • Canaloplastica per il trattamento del GCAA: nostra esperienza - G. Caramello
 - 08.25 • Sclerectomia profonda: 5 anni di follow up - G. Caramello
 - 08.30 • Quando la terapia medica diventa pregiudizievole per l'intervento chirurgico - M. Ciancaglini
 - 08.40 • Tavola rotonda: Utilizzo off label di antimimetici nella chirurgia del glaucoma - R. La Placa, F. Marmo, S. Miglior, G. Scorcìa
- 08.58-10.15 **Collegamento TV/CC con Sala Cavalieri**
Live Surgery from S. Camillo - Forlanini Hospital in Rome - Department in Ophthalmology
Chairman: V. Petitti
Surgical Theatre Chairperson: M. Taloni



08.58	Live glaucoma valve surgery Surgeon: A.C. Molteno, MD
09.25	• Laser Trabeculoplasty: the Current State of the Art - B.E. Flowers, MD
09.31	• Ab-interno Suprachoroidal Bypass Stent (CyPass) for Intraocular Pressure Reducation at the time of Cataract Surgery - E.R. Craven, MD
09.37	• Trabeculectomy without Subconjunctival Dissection - G. Shafranov, MD
09.43	• Canaloplasty: 36 month US data. Optimizing Outcomes - B.E. Flowers, MD
09.49	Live glaucoma valve surgery Surgeon: L. Zeppa
10.16	• Impianto di Molteno3 in paziente pseudofachico, due precedenti trabeculectomie fallite blefarofimosi in anestesia topica - F. Gaudenzi
10.20	• Perché la chirurgia perforante oggi - S. Miglior
10.29	• Perché la chirurgia non perforante - G. Marchini
10.38	• L'utilità degli impianti Ex-PRESS - C.E. Traverso
10.47	• Perché gli impianti sovracoroideali - M. Nardi
10.56	Keynote Lecture SOI: Perché gli impianti valvolari - A.C. Molteno
11.16	• Tavola rotonda sugli impianti drenanti - A.C. Molteno, A. Mocellin, S. Gandolfi, L. Zeppa
11.35	• Perché la canaloplastica: razionale e risultati - P. Brusini
11.45	• Canaloplastica: aspetti in UBM - T. Avitabile
11.55	• Nuove prospettive: la chirurgia transclerale - L. Mastropasqua
12.05	• Tavola rotonda sulla canaloplastica - T. Avitabile, P. Brusini, R. Carassa
	Parte 2. Terapia chirurgica vs. terapia farmacologica
12.20	• I costi delle terapie: raffronto in QALY - C. Bianchi
12.30	• Tavola rotonda: Privilegiare i costi o i benefici? - C. Sborgia, M. Nardi, C. Bianchi
	Parte 3. L'evoluzione della terapia farmacologica
	Presidente: L. Mastropasqua
	Moderatori: S. Gandolfi, S. Miglior, M. Nardi
12.45	• Il mercato attuale dei farmaci ipotensivi oculari - P. Troiano
12.55	• Quale farmaco in prima scelta? - L. Quaranta
13.05	• The lower is always the better? - M. Centofanti
13.15	• Tavola rotonda sul farmaco di prima scelta - L. Quaranta, M. Centofanti, P. Troiano
13.30	Fine Sessione
14.30-16.30	Seconda Parte Coordinatori: C. Bianchi, L. Mastropasqua, S. Miglior
14.30	• Ocular surface e terapia antiglaucomatosa - S. Bonini
14.40	• Pro e contro delle formulazioni senza conservanti - P. Aragona
14.50	• Il sistema ABAK - R. Altafini
15.00	• Il sistema COMOD - F. Castiglione
15.10	• Tavola rotonda su: monodosi o sistema ABAK? - S. Bonini, P. Aragona, R. Altafini
15.25	• Le associazioni: cosa offre ora il mercato - C. Costagliola
15.35	• Le associazioni: parliamo di costi - M. Uva
15.45	• Tavola rotonda sulle associazioni - C. Costagliola, M. Uva, M. Centofanti
16.00	• Tavola rotonda sulla neuroprotezione - M. Lograno, M. Figus, L. Quaranta
16.15	• Take home messages - L. Mastropasqua, S. Miglior, C. Bianchi
16.30	Fine del Subspecialty Day



Ellisse

08.30-10.00

Corso I

Corso Istituzionale SOI

Corso pratico di oftalmologia pediatrica

Direttore: M. Fortunato

Istruttori: G. Carollo, A. De Pino, R. Di Pietro, L. Gravina, S. Ignagni, R. Maggi, C. Massaro, E. Melina, I. Memmi, A. Menna, A. Turtoro, A. Ubaldi

Ellisse

10.30-12.30

Open Day

"Per Vedere Fatti Vedere" O.N.L.U.S.

SABATO

22 maggio

n.	direttore	titolo	giorno	orario	sala
A	M. Busin	Cornea	19	16.00-17.30	Belle Arti
C	P. Troiano	Contattologia	19	14.00-15.30	Caravaggio
D	E. Midena	Oncologia oculare	20	8.00-9.30	Cavalieri
F	G. Bonavolontà	Oftalmoplastica - Approccio clinico-pratico alla patologia dell'orbita	20	17.00-18.30	Ellisse
G	C. Bianchi	Lenti progressive	21	8.00-9.30	Ellisse
H	C. Carbonara	Semeiotica oculare	21	13.30-15.00	Ellisse
L	M. Puccioni	Vie lacrimali - Le vie lacrimali dalla semeiotica alla chirurgia	21	11.30-13.00	Caravaggio
		organizzato in collaborazione con S.I.C.O.P. - Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica			
I	M. Fortunato	Corso pratico di oftalmologia pediatrica	22	8.30-10.00	Ellisse

CORSO A Cornea

Direttore: M. Busin

Istruttori: A. Caporossi, L. Fontana, G. Marchini, L. Mastropasqua, 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 Contattologia medica

Direttore: P. Troiano

Istruttori: P. Troiano, M. Bifani, E. Bonci, F. Cavallaro, V. Goffi, S. Palma

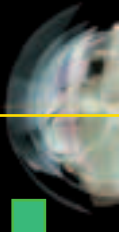
Il corso si propone di fornire all'oftalmologo le conoscenze essenziali per selezionare il paziente che desidera utilizzare lenti a contatto, per individuare il tipo di lenti da consigliare in relazione alle caratteristiche del paziente e all'uso desiderato, per seguire nel tempo il paziente al fine di prevenire le complicanze e l'abbandono all'uso. Per raggiungere questi obiettivi il corso si articola su 6 lezioni magistrali, al termine delle quali i partecipanti hanno a disposizione alcuni minuti per chiedere chiarimenti agli istruttori.

CORSO D Oncologia oculare

Direttore: E. Midena

Istruttori: E. Midena, C. Mosci, R. Parrozzani, E. Pilotto

Questo corso ha lo scopo di fornire una sintesi esaustiva dell'attuale metodologia clinica delle neoplasie intraoculari dell'adulto e del bambino. Saranno descritti i più corretti ed attuali percorsi diagnostico-terapeutici che ogni oftalmologo deve applicare nella pratica clinica nel sospetto di una neoplasia intraoculare. Casi clinici selezionati, presentati sia all'inizio che alla fine del corso, costituiscono la base della componente interattiva di questo evento. Questo corso completa quello sulle neoplasie delle palpebre e della congiuntiva.

**CORSO F Oftalmoplastica - Approccio clinico pratico alla patologia dell'orbita****Direttore:** G. Bonavolontà**Istruttori:** G. Bonavolontà, A. Iuliano, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello

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

CORSO G Lenti progressive**Direttore:** C. Bianchi**Istruttori:** S. Frosini, U. Merlin, P. Troiano

La correzione ottica della presbiopia è oggi sempre più semplificata dalle nuove generazioni di lenti oftalmiche multifocali. Gli indubbi vantaggi di queste lenti non sono sfruttati a pieno in quanto una scarsa conoscenza delle tecniche di prescrizione di queste lenti le rende spesso poco tollerate dai pazienti. Scopo di questo corso è approfondire le tecniche di prescrizione di questo tipo di lenti con particolare attenzione ai processi per evitare la comparsa di problemi di tolleranza e alle tecniche di risoluzione degli eventuali problemi di intolleranza.

CORSO H Semeiotica Oculare**Direttore:** C. Carbonara**Istruttori:** C. Bianchi, R. Dossi, C. Mazzini, A. Perdicchi, M. Rispoli

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 e l'OCT. Si parlerà inoltre di tecniche di base di chirurgia refrattiva. Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di interpretarne i vari quadri normali e patologici e saranno in grado di valutare l'opportunità o non di eseguire la chirurgia refrattiva.

CORSO I Corso pratico di Oftalmologia Pediatrica**Direttore:** M. Fortunato**Istruttori:** G. Carollo, A. De Pino, R. Di Pietro, L. Gravina, S. Ignagni, R. Maggi, C. Massaro, E. Melina, I. Memmi, A. Menna, A. Turtoro, A. Ubaldi

Il Corso ha un taglio pratico e si propone di esporre in maniera semplice argomenti di oftalmologia pediatrica, spesso ostici, in collaborazione di un gruppo di Istruttori/Relatori collaudati che lavorano da anni nel campo dell'Oculistica Pediatrica.

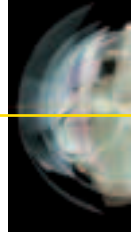
CORSO L Vie lacrimali - Le vie lacrimali dalla semeiotica alla chirurgia

organizzato in collaborazione con S.I.C.O.P. - Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

Direttore: M. Puccioni**Istruttori:** G. Vadalà, S. Cavazza, C. Orione, L. Giacomini, D. Surace, L. Baldeschi, F. Bernardini, C. de Conciliis, F. Trivella, F. Mininni

Partendo dal sintomo epifora il corso andrà ad analizzare le possibili cause: stenosi infiammatorie, stenosi non infiammatorie, epifore non legate a stenosi. Trattamento dei patogeni legati alle forme infiammatorie. Le correzioni chirurgiche atte a risolvere la stenosi classica saccale e post saccale, con le tecniche tradizionali e innovative sono descritte. Infine viene data enfasi alle nuove tecniche di By pass, endoscopiche canalicolari ed endonasali. Il corso si propone di fornire all'oftalmologo le linee guida per riconoscere il paziente con problemi alle vie lacrimali, indicando gli esami appropriati da caso a caso e fornendo le soluzioni terapeutiche specifiche.

n.	livello	direttore	titolo	giorno	orario	sala
CATARATTA						
107	avanz.	P.M. Fantaguzzi	Cataratte estreme: no limits?	19	17.30-18.30	S. Giovanni
110	interm.	C. Forlini	Impianto secondario nell'era mini-invasiva	20	8.00-9.30	Caravaggio
116	avanz.	A. Franchini	News e controversie nella correzione della presbiopia e dell'astigmatismo durante intervento di cataratta	20	9.45-11.15	Caravaggio
114	avanz.	C.F. Lovisolo	Le IOL multifocali toriche. La customizzazione della chirurgia rifrattiva della cataratta	20	10.30-12.00	Leonardo
112		R. Bellucci	Cataratta con microincisione: perché la MICS per tutti i giorni?	20	16.00-17.00	Caravaggio
121	interm.	M. Angi	La cataratta nei Paesi in via di Sviluppo (PVS): quale approccio chirurgico?	21	8.00-9.30	Caravaggio
CORNEA, SUPERFICIE OCULARE, MALATTIE DEGLI ANNESSI						
104		P. Vinciguerra	Guida al cross-linking corneale nel cheratocono: selezione dei pazienti, comprensione della risposta al trattamento, tecnica chirurgica, follow up, gestione delle complicanze	19	16.45-18.15	Leonardo
113	interm.	V. Sarnicola	Tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare anteriore	20	8.00-9.30	Leonardo
117	interm.	A. Mularoni	La terapia conservativa del cheratocono: soluzioni e combinazioni	20	14.30-16.00	Leonardo
115	interm.	V. Sarnicola	Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche	20	17.15-18.45	Caravaggio
NEURO-OFTALMOLOGIA						
101	interm.	E. Campos	Diagnosi e terapia del nistagmo oculare patologico	19	15.45-16.45	Caravaggio
ORBITA, CHIRURGIA PLASTICA						
106	base	F. Bernardini	Approccio mini-invasivo alla chirurgia orbitaria per l'oculista	19	15.45-17.15	S. Giovanni
111	base	G. Bonavolontà	La gestione dell'Oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia	20	14.15-15.45	Caravaggio
120	interm.	R. Migliardi	Tecniche mediche e chirurgiche nel rimodellamento e ringiovanimento della regione orbito-palpebrale e del volto	20	14.30-16.00	Bernini
125	interm.	G. Uccello	La gestione dell'epifora: strategie chirurgiche	21	13.30-15.00	S. Giovanni
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA, STRABISMO						
103	base	A. Magli	Correzione dei vizi di rifrazione in età preverebale: quando e perché	19	14.00-15.30	Leonardo
108	base	E. Piozzi	Valutazione diagnostica e strumentale in età pediatrica: indicazioni e limiti	19	16.00-17.00	Malta
CHIRURGIA REFRAITIVA						
102	avanz.	G. Perone	Correzione della miopia elevata con lente pseudofachica etroiridea (PRL)	19	17.00-18.30	Caravaggio
109	avanz.	G. Perone	Laser a femtosecondi nella chirurgia corneale	20	8.00-9.30	Belle Arti
119		V. Maurino	Correzioni delle ametropie elevate con lenti fache: VisianICL - ICL e TICL	20	11.45-13.15	Bernini



n.	livello	direttore	titolo	giorno	orario	sala
CHIRURGIA VITREORETINICA						
124	avanz.	R. Bellucci	La chirurgia con microincisione della cataratta (MICS) e del vitreo e della retina (MIVS) negli interventi combinati	21	16.30-18.00	S. Giovanni
UVEITI						
105	interm.	L. Cimino	L'approccio multidisciplinare (Ocu-Reuma-Net) al paziente con uveite: dalla diagnosi alla terapia	19	14.00-15.30	S. Giovanni
122	interm.	L. Cappuccini	La gestione delle complicanze delle uveiti	21	16.30-18.00	Caravaggio
123	interm.	L. Cimino	Le uveiti infettive	21	8.00-9.30	S. Giovanni
ALTRO						
118		F. Passani	Steroidi ed altri antinfiammatori in oftalmologia: come, quando e perché	20	17.00-18.30	Leonardo

CORSO 101 Diagnosi e terapia del nistagmo oculare patologico

Direttore: E. Campos

Istruttori: E. Campos, M. Fresina, C. Schiavi

Sinossi: Inquadramento dell'argomento nistagmo oculare patologico dal punto di vista della diagnosi, della terapia chirurgica e delle possibilità di trattamento tramite PRK dei vizi di refrazione associati. **Obiettivo:** Il corso si prefigge di fornire ai partecipanti le conoscenze adeguate per un inquadramento ed una corretta gestione del paziente affetto da nistagmo oculare patologico.

CORSO 102 Correzione della miopia elevata con lente pseudofachica retroiridea (PRL)

Direttore: G. Perone

Istruttori: D. Dementiev, F. Incarbone, G. Perone, M. Piovella

Sinossi: Il corso prevede descrizione e indicazioni della lente. Tre chirurghi descriveranno strumenti, tecnica personale, risultati, complicanze e suggerimenti per chi desidera iniziare. **Obiettivo:** Si intende offrire ai partecipanti un approccio all'impianto delle lenti PRL descrivendo con presentazioni e video: indicazioni, preparazione del paziente, tecnica chirurgica di impianto e risultati.

CORSO 103 Correzione dei vizi di rifrazione in età preverbale: quando e perché

Direttore: A. Magli

Istruttori: F. Esposito, G. Marsico, P. Nucci, A. Papparella, E. Piozzi, L. Seregini, A. Torre

Sinossi: Il corso tratterà i principali difetti rifrattivi in età preverbale e darà indicazioni su come e quando correggerli. **Obiettivo:** Dare ad Ortottisti, Specializzandi ed Oculisti che non hanno esperienza di Oftalmologia pediatrica, le indicazioni sulla modalità di effettuazione dell'acuità visiva in età preverbale.

CORSO 104 Guida al cross-linking corneale nel cheratocono: selezione dei pazienti, comprensione della risposta al trattamento, tecnica chirurgica, follow up, gestione delle complicanze

Direttore: P. Vinciguerra

Istruttori: E. Albè, F. Camesasca, P. Rosetta

Sinossi: Questo corso presenterà uno schema di approccio al Cross-Linking, con lo scopo di conseguire i risultati migliori grazie ad un'adeguata selezione dei pazienti, alla comprensione del comportamento corneale in risposta al trattamento, alla tecnica chirurgica, alla gestione del follow up e delle complicanze. Verranno anche discussi gli sviluppi futuri di questa terapia. **Obiettivo:** Al termine del corso, i partecipanti saranno in grado di effettuare il trattamento mediante Cross-Linking in maniera organizzata ed efficiente, con adeguate informazioni sulla selezione dei casi, sulla tecnica chirurgica, sulla gestione postoperatoria e delle possibili complicanze.

CORSO 105 L'approccio multidisciplinare (Ocu-reuma-net) al paziente con uveite: dalla diagnosi alla terapia

Direttore: L. Cimino

Istruttori: P. Allegri, L. Cimino, A. De Fanti, P. Neri, N. Pipitone, C. Salvarani, M. Zannin, L. Cappuccini, D. Cirone, L. De Martino, A. Mastromarino

Sinossi: Il corso puntualizzerà l'importanza dei test diagnostici e della collaborazione multidisciplinare nella diagnosi, quantificazione dell'infiammazione e gestione dei pazienti con uveite. **Obiettivo:** I partecipanti acquisiranno le nozioni fondamentali per un corretto approccio diagnostico e terapeutico al paziente con uveite alla luce della collaborazione, quando necessario, tra oculista, reumatologo (internista) e pediatra.

CORSO 106 Approccio mini-invasivo alla chirurgia orbitaria per l'oculista

Direttore: F. Bernardini

Istruttori: L. Baldeschi, F. Bernardini, S. Bianchi Marzoli, A. Giordano Resti, D. Strianese, D. Surace

Sinossi: Il corso è focalizzato sulle più comuni manifestazioni della patologia orbitaria: orbitopatia tiroidea, pseudotumor infiammatorio, linfomi, tumori della ghiandola lacrimale e intraconali. **Obiettivo:** I partecipanti effettueranno diagnosi nelle varie forme di patologia orbitaria, prescriveranno appropriati esami clinici e strumentali e avvieranno i pazienti al trattamento.

CORSO 107 Cataratte estreme: no limits?

Direttore: P. Fantaguzzi

Istruttori: L. Cappuccini, R. Servadei, G. Tassinari

Sinossi: Il corso si propone di esporre e discutere con i partecipanti come affrontare le cataratte più complesse. **Obiettivo:** Verranno proposti video nei quali si mostreranno le tecniche per casi complicati di cataratta congenita, sub lussata, nigra, bianca, in miopia elevata, diabetica, c.a. bassa e glaucoma.

CORSO 108 Valutazione diagnostica e strumentale in età pediatrica: indicazioni e limiti

Direttore: E. Piozzi

Istruttori: A. Del Longo, G. Marsico, M. Mazza, V. Mazzeo

Sinossi: Il corso tratterà di diagnostiche strumentali in uso per i pazienti pediatrici: l'ERG, i PEV e l'ecografia consolidate e due di più nuova introduzione: HRT e fotografia+fluoroangiografia con Retcam. **Obiettivo:** Ogni tecnica ha un ruolo, sottolineato per le patologie in cui essa risulta risolutiva. Verranno presi in considerazione casi in cui è l'associazione di due o più che porta alla diagnosi definitiva.

CORSO 109 Laser a femtosecondi nella chirurgia corneale

Direttore: G. Perone

Istruttori: G. Perone, M. Nubile, F. Carones, F. Incarbonè

Sinossi: Il corso tratta dell'uso del laser a femtosecondi nella chirurgia corneale mediante presentazioni e video. È prevista la distribuzione di un DVD con il materiale presentato dagli istruttori. **Obiettivo:** Con il presente corso si intende offrire ai partecipanti un approccio all'utilizzo del laser a femtosecondi, descrivendo con presentazioni e video: indicazioni, tecniche chirurgiche e risultati.

CORSO 110 Impianto secondario nell'era mini-invasiva

Direttore: C. Forlini

Istruttori: G. Beltrame, G. Carlevaro, C. Forlini, P. Rossini, G. Vecchione, S. Zenoni

Sinossi: La correzione dell'afachia presenta oggi diverse soluzioni chirurgiche, a seconda se sia anche interessata - o meno - l'iride. Valide possibilità d'impianto sono rappresentate dalla classica IOL da solco, alla fissazione sclerale (con IOL pieghevole o meno, cosmetica ecc...), dalle IOL a sutura intrasclerale, dalle IOL ad enclavazione iridea (posizionate in camera anteriore o posteriore). A tale proposito è importante conoscere quindi quale possa essere la soluzione più idonea per il trattamento dell'afachia, in ragione della storia clinica, le capacità tecnico-chirurgiche ed il risultato anatomo-funzionale che si vuole ottenere. **Obiettivo:** Analizzare e discutere, con spirito interattivo tra docenti e partecipanti, casi clinici e video chirurgici che presentino le varianti delle tecniche chirurgiche d'impianto, le indicazioni ed i limiti di utilizzo dei vari tipi di IOL per la correzione dell'afachia.

CORSO 111 La gestione dell'Oftalmopatia di Graves: dalla diagnosi alla terapia

Direttore: G. Bonavolontà

Istruttori: G. Bonavolontà, A. Iuliano, D. Strianese, F. Tranfa, G. Uccello

Sinossi: L'orbitopatia tiroide-correlata rappresenta un vasto capitolo della patologia orbitaria, essendo responsabile di più dell'85% degli esoftalmi bilaterali e fino al 50% degli esoftalmi unilaterali. L'esame clinico e l'uso mirato degli esami strumentali (ecografia, T.C.), sono di primaria importanza per valutare il grado di attività e di gravità della malattia e, quindi, per la scelta della strategia terapeutica. La decisione di sottoporre il paziente ad un semplice follow-up, a terapia medica (corticosteroidi, immunosoppressori), radiante o chirurgica dipende dai dati ottenuti da questo schematico iter diagnostico. **Obiettivo:** Lo scopo del corso è quello di fornire ai partecipanti le principali linee guida per la gestione clinica e chirurgica del paziente affetto da Oftalmopatia di Graves, alla luce dei più moderni criteri di valutazione clinico-strumentale.

CORSO 112 Cataratta con microincisione: perché la MICS per tutti i giorni?

Direttore: R. Bellucci

Istruttori: V. Germinetti, E. Ligabue, S. Morselli

Negli ultimi anni abbiamo assistito al continuo cambiamento di tecniche e tecnologie associate all'intervento di cataratta. L'avvento della MICS in 1.8 mm, lo sviluppo di nuove ottiche per IOL e la progressiva evoluzione dei facoemulsificatori, hanno contribuito al sensibile miglioramento di tutte le fasi chirurgiche nonché di un più rapido recupero funzionale dei pazienti. Oggi, la nuova frontiera che si pone è quella di evolvere nell'osservanza di questi nuovi parametri, ormai consolidati, per sviluppare uno standard chirurgico a 360°, sia in termini qualitativi che di approccio personalizzato verso il paziente.

Si ringrazia Bausch & Lomb**CORSO 113 Tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare anteriore**

Direttore: V. Sarnicola

Istruttori: V. Maurino, A. Montericcio, M. Nubile, V. Sarnicola, P. Toro Ibanez

Sinossi: Illustrare le tecniche chirurgiche di cheratoplastica lamellare anteriore nelle patologie dello stroma corneale, gestione di eventuali complicanze e terapia post-operatoria. **Obiettivo:** Avvicinare i medici oculisti che già possiedono concetti base di tecniche cheratoplastica chirurgia mini-invasiva della cornea.

CORSO 114 Le IOL multifocali toriche. La customizzazione della chirurgia rifrattiva della cataratta

Direttore: C.F. Lovisolo

Istruttori: M. Fortunato, A. Mularoni, F. Simona

Sinossi: Il corso insegna le modalità di progettazione e le tips chirurgiche per assicurare la scelta, il corretto posizionamento e la stabilità rotazionale delle IOL multifocali toriche. **Obiettivo:** Mettere in condizione il chirurgo della cataratta di dare indipendenza dagli occhiali a pazienti con gradi significativi di astigmatismo, evitando il ricorso a chirurgie addizionali.

CORSO 115 Il trapianto di limbus: indicazioni e tecniche chirurgiche

Direttore: V. Sarnicola

Istruttori: P. Neri, V. Sarnicola, P. Toro Ibanez

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

CORSO 116 News e controversie nella correzione della presbiopia e dell'astigmatismo durante intervento di cataratta

Direttore: A. Franchini

Istruttori: R. Bellucci, G. Beltrame, A. Caporossi, R. Mencucci, S. Morselli, F. Passani, S. Rossi, D. Tognetto

Sinossi: Tema di questo corso è la presentazione di due delle più discusse controversie in tema di chirurgia della cataratta. Ogni punto verrà presentato da un relatore e quindi discusso in una tavola rotonda. **Obiettivo:** L'obiettivo di questa formula è quello di consentire ai partecipanti di dirimere i dubbi su alcune scottanti controversie tramite una accesa discussione tra esperti.

CORSO 117 La terapia conservativa del cheratocono: soluzioni e combinazioni

Direttore: A. Mularoni

Istruttori: G. Alessio, A. Caporossi, C.F. Lovisolo, A. Mularoni, G. Tassinari

Sinossi: Il corso presenta le tecniche di terapia chirurgica conservativa attualmente disponibili per il cheratocono. Vengono descritte le indicazioni, i risultati e le complicanze per le varie tecniche proposte, anelli intrastromali standard ed SK, cross linking e PRK minimale personalizzata. Le possibili combinazioni fra le varie tecniche e la sequenza temporale con cui applicarle costituirà argomento centrale della seconda parte del corso. **Obiettivo:** Il principale obiettivo è quello di fornire al partecipante le nozioni ed informazioni necessarie per indirizzare il paziente verso la tecnica chirurgica idonea rapportata allo stadio della patologia ed all'età del paziente.

CORSO 118 Steroidi ed altri antinfiammatori in oftalmologia: come, quando e perché

Direttore: F. Passani

Istruttori: U. Benelli, L. Cimino, M. Figus, A. Franchini, R. Mencucci, F. Passani

Sinossi: Il corso tratterà l'utilizzo sistemico e topico degli antinfiammatori steroidei e non steroidei nelle patologie del segmento anteriore e posteriore. **Obiettivo:** Far acquisire ai partecipanti le nozioni necessarie per l'utilizzo topico e sistemico dei corticosteroidi e dei FANS nelle patologie del segmento anteriore e posteriore.

CORSO 119 Correzioni delle ametropie elevate con lenti fache: VisianICL - ICL e TICL

Direttore: V. Maurino

Istruttori: A. Sciscio, M. Wilkins

Sinossi: Il corso mira ad ampliare il bagaglio terapeutico dei chirurghi refrattivi fornendo le basi scientifiche e tecniche per l'uso delle ICL e TICL per la correzione delle ametropie elevate. Il corso descriverà le caratteristiche delle visian ICL e TICL, la selezione del paziente chirurgico, il calcolo della corretta ICL da scegliere per l'impianto, le tecniche chirurgiche, il management postoperatorio e i risultati della correzione delle ametropie elevate con visian ICL e TICL. Ampio spazio sarà dato alla prevenzione e gestione delle complicanze intra e postoperatorie. **Obiettivo:** Il corso si propone di fornire ai partecipanti le basi per iniziare la chirurgia refrattiva intra-oculare con ICL e TICL.

CORSO 120 Tecniche mediche e chirurgiche nel rimodellamento e ringiovanimento della regione orbito-palpebrale e del volto

Direttore: R. Migliardi

Istruttori: F. Bernardini, C. Lucchini, M. Puccioni

Sinossi: Verranno presentate e descritte tutte le tecniche mediche e chirurgiche a disposizione nel ringiovanimento orbito-palpebrale e del volto nel suo insieme, con particolare attenzione alle indicazioni ed alle complicanze, tenendo presente il nuovo concetto di estetica per cui bisogna ristabilire i volumi, ridare tono e compattezza alla cute creando armonia tra le diverse parti del volto. **Obiettivo:** Rendere i partecipanti in grado di utilizzare i prodotti e le tecniche a disposizione e porre le corrette indicazioni chirurgiche evitando le più frequenti e temibili complicanze.

CORSO 121 La cataratta nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS): quale approccio chirurgico?

Direttore: M. Angi

Istruttori: M. Angi, G. Laffi, S. Mariotti, S. Tabacchi, G. Tassinari

Sinossi: La chirurgia della cataratta nei PVS è una sfida tecnica ed umanitaria da affrontare con la dovuta preparazione. Vengono presentati gli aspetti epidemiologici, organizzativi e tecnici del problema. **Obiettivo:** Fornire le notizie tecniche e presentare le esperienze per poter sviluppare centri per la chirurgia della cataratta nei PVS efficienti, sostenibili e di qualità.

CORSO 122 La gestione delle complicanze delle uveiti

Direttore: L. Cappuccini

Istruttori: P. Allegri, L. Avoni, L. Cimino, S. Gandolfi, P. Neri, A. Sartori, P. Tassinari, C. Zotti, A. Pupino, A. Ciardella

Sinossi: Il corso tratterà la gestione e la terapia delle principali complicanze delle uveiti attraverso la presentazione interattiva di casi clinici specifici. **Obiettivo:** Attraverso la partecipazione attiva che porta all'approccio diagnostico e terapeutico (sia medico che chirurgico) i partecipanti acquisiranno le nozioni necessarie per la corretta e tempestiva gestione delle complicanze delle uveiti.

CORSO 123 Le uveiti infettive

Direttore: L. Cimino

Istruttori: P. Allegri, L. Cappuccini, D. Cirone, S. D'Amelio, L. De Martino, G. Lo Bue, P. Neri, F. Passani, E. Piozzi, E. Bertelli

Sinossi: Il corso tratterà le più frequenti uveiti di origine infettiva attraverso la presentazione di casi clinici specifici. **Obiettivo:** Attraverso la partecipazione attiva nel percorso dei work-up diagnostici e della terapia i partecipanti acquisiranno le basi per l'inquadramento clinico e la gestione delle uveiti infettive.

CORSO 124 La chirurgia con microincisione della cataratta (MICS) e del vitreo e della retina (MIVS) negli interventi combinati

Direttore: R. Bellucci

Istruttori: R. Bellucci, G. Beltrame, S. Morselli, V. Pucci, G. Santin

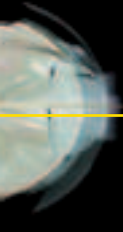
Sinossi: vengono illustrati i principali aspetti tecnici della chirurgia combinata anteriore e posteriore senza sutura, l'intervento-tipo, le principali tecniche chirurgiche, risultati e complicanze comuni. **Obiettivo:** Migliorare le conoscenze sugli aspetti tecnici e chirurgici della microincisione, in modo che i partecipanti implementino le tecniche combinate senza sutura nella loro pratica quotidiana.

CORSO 125 La gestione dell'epifora: strategie chirurgiche

Direttore: G. Uccello

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

Sinossi: Il corso tratterà delle possibilità terapeutiche chirurgiche e parachirurgiche nelle occlusioni delle vie lacrimali, partendo dalle patologie dei puntini e dei canalicoli lacrimali fino ad arrivare alle ostruzioni post-saccali. Si discuterà inoltre delle attuali indicazioni all'endoscopia delle vie lacrimali e dei vantaggi e limiti della chirurgia endonasale. **Obiettivo:** Lo scopo del corso è quello di fornire ai partecipanti una conoscenza adeguata su quelle che sono le più utilizzate metodiche terapeutiche nelle patologie delle vie lacrimali di deflusso.



C01 VANTAGGI IN EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELL'USO DEL BETA BLOCCANTE SENZA CONSERVANTE NELLA TERAPIA DEL GLAUCOMA

D. Capobianco

UODS Oculistica, PSI Napoli Est, ASL NA/1 Centro

Obiettivo: Valutare efficacia e tollerabilità dell'uso di una formulazione di Timololo Maleato allo 0,50% con sistema Comod (multidose privo di conservante), con uno studio prospettico e osservazionale in 90 occhi di 120 pazienti di età 60+/-15 anni. **Materiali e Metodi:** I pazienti, suddivisi in gruppo A (30 occhi con ipertono senza terapia), B(30 occhi con POAG trattato con Beta-bloccanti topici con conservanti), e C (30 occhi con POAG trattato con Beta-bloccanti topici in monodose), furono messi in terapia con Timololo Maleato allo 0,50% con sistema Comod 1 goccia 2 volte al dì per 3 mesi. Ho valutato al T0, T1 e T3 IOP media, BUT e SCHIRMER e a T0 e T3 campo visivo Humphrey test 30-2. Il grado di soddisfazione dei pazienti è stato valutato con una scheda a punti. **Risultati:** Nel gruppo A al T0 IOP media=23+/-2 mmHg; al T1 e al T3 in 16 occhi ridotta di 6, e in 4 di 4,5. Nel gruppo B al T0 IOP media=17+/-1 mmHg, invariata al T1 ma al T3 in 15 occhi (50%) inferiore di 1,5. Nel gruppo C al T0 IOP media=16+/-2 mmHg, invariata al T1 ma al T3 in 18 occhi (60%) inferiore di 1 mmHg. Al T3 gli indici perimetrici sono stazionari e nel gruppo B migliorano BUT e SCHIRMER. Tutti i pazienti hanno riferito di tollerare bene il farmaco, non lamentando disturbi oculari o sistemici. **Conclusioni:** Le formulazioni con conservanti causano alterazioni della superficie oculare che inducono a ridurre o omettere le instillazioni: minor effetto ipotonizzante indipendentemente dalla efficacia del farmaco. Le monodosi sono poco gradite agli anziani.

C03 ASPETTI ECOGRAFICI E OCT SPECTRAL DELLA MORNING GLORY SINDROME

G. Cennamo, G. Iaccarino, R. Forte, M. Finelli, G. De Crecchio

Dipartimento Assistenziale di Oftalmologia, Università Federico II, Napoli

Obiettivo: In uno studio prospettico, abbiamo valutato gli aspetti ecografici e OCT-spectral di 19 pazienti affetti dalla Sindrome di Morning Glory. **Materiali e Metodi:** Diciannove pazienti (22 occhi) affetti da Sindrome di Morning Glory sono stati sottoposti ad un esame oftalmologico completo e all'esame ecografico. Nove di questi pazienti (6 con una Morning Glory non contrattile e 3 con una Morning Glory contrattile) hanno effettuato anche un esame OCT-Spectral ed un esame ecografico ad alta frequenza (20 MHz). **Risultati:** L'esame ecografico evidenzia in tutti i pazienti, l'integrità del nervo ottico e delle strutture orbitarie. L'esame OCT-Spectral, evidenzia in 5 occhi (4 con una Morning Glory non contrattile e 1 con una Morning Glory contrattile) un distacco retinico in corrispondenza dell'area peripapillare e un'anomala comunicazione fra lo spazio sub aracnoideo e quello sottoretinico. Una rottura retinica era evidente solo in 2 di questi occhi. **Conclusioni:** L'esame ecografico ed OCT-Spectral hanno consentito di meglio evidenziare le alterazioni di questa rara patologia, chiarendone la patogenesi

C04 RIPRODUCIBILITÀ INTRA E INTER-INDIVIDUALE DELLE MISURAZIONI DELLO SPESSORE MACULARE ESEGUITE CON OCT NIDEK RS 3000

M. Gismondi, L. Parisi, M. Salvetat, C. Salati, P. Brusini

S.O.C. di Oculistica Azienda Ospedaliera-Universitaria di Udine

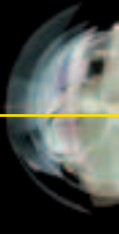
Obiettivo: Valutare la variabilità intra e inter-individuale delle misurazioni dello spessore della retina maculare ottenute con il nuovo spectral domain OCT/SLO RS 3000 della Nidek. **Materiali e Metodi:** Sono stati valutati 18 occhi che non presentavano, al momento delle rilevazioni, alcuna patologia oculare o retinica. Due operatori hanno eseguito tre misurazioni ciascuno secondo lo schema a 9 campi ETDRS. Nell'analisi dello spessore eseguita dal Nidek RS 3000 nel 75% dei casi è stato eseguito un aggiustamento manuale della centratura sulla foveola al fine di ottenere la massima precisione. **Risultati:** L'accordo intra ed inter-individuale è stato valutato con il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC). L'ICC intra-individuale è risultato compreso tra 0,96 e 0,99 per il 1° osservatore, e tra 0,97 e 0,99 per il 2° osservatore (un ICC compreso tra 0,80 e 0,99 si può definire eccellente). **Conclusioni:** L'accordo sia intra che inter-individuale è risultato eccellente, lievemente maggiore l'intra-individuale rispetto all'inter-individuale, migliore nella zona centrale rispetto agli altri quadranti.

C05 ANALISI DELL'INTERFACCIA VITREO RETINICA (IVR) CON OFTALMOSCOPIO A SCANSIONE LASER (SLO) A CORTA LUNGHEZZA D'ONDA

E. M. Vingolo, S. Salvatore, M. Esposito

Università La Sapienza, Roma

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia del nuovo strumento Nidek F10 con oftalmoscopia a scansione laser a corta lunghezza d'onda (swSLO) nel riconoscere e mappare aree dove l'IVR



è più spesso. **Materiali e Metodi:** 36 occhi (20 pazienti età media $68 \pm 12,3$ anni) sono stati sottoposti ad una visita oftalmologica completa comprensiva analisi con tomografia a coerenza ottica (OCT, OCT Spectralis Heiiderberg Engineering, Germany) e Nidek F10 SLO con laser blu, la cui lunghezza d'onda è abbastanza corta da mettere in risalto i dettagli della superficie interna della retina. **Risultati:** In base alle scansioni OCT gli occhi sono stati divisi come segue: 7 occhi (19%) grado 0 (nessuna anomalia dell'IVR); 16 occhi (45%), grado 1 (cellophane); 7 (19%), grado 2 (pieghe retiniche), 6 (17%) grado 3 (pucker o foro maculare). Tale classificazione si sovrapponeva perfettamente a quella ottenuta con l'F10, un solo occhio aveva ricevuto un grading più alto con l'F10 per l'iperreflettività di un'area parafoveale che invece non mostrava le stesse caratteristiche all'OCT. **Conclusioni:** L'F10 è uno strumento valido ed efficace nella valutazione dell'IVR, da solo rappresenta uno strumento semplice e versatile per mappare le differenze della superficie interna della retina.

C06 VALUTAZIONE FUNZIONALE CON MICROPERIMETRIA NELLA CHIRURGIA DEL FORO MACULARE

G. Macrì, V. Ferrara, V. Belloli, L. Baraggia
S.C. Oculistica, Ospedale S.S. Trinità di Arona (NO)

Obiettivo: Stimare l'impatto della vitrectomia sulla sensibilità maculare (SM) nel trattamento del foro maculare analizzando l'evoluzione degli indici di sensibilità foveale e dei parametri di fissazione. **Materiali e Metodi:** 27 occhi di 27 pazienti affetti da foro maculare idiopatico in stadio 3 e 4 di Gass e sottoposti a vitrectomia con rimozione della ialoide posteriore, peeling della ILM e tamponamento con SF6, C3F8 o PDMS. Valutazione preoperatoria e postoperatoria a 1 e 6 mesi di: OCT, BCVA ETDRS, sensibilità retinica media e stabilità di fissazione con microperimetro MPI dei 2° e 4°. **Risultati:** Percentuale di successo nella chiusura del foro: 88,8%. Percentuale di miglioramento del visus del 75% al primo mese e del 87,5% a sesto mese con un guadagno medio di 0,39 logMAR ($p < 0.05$). Sensibilità retinica media migliorata nel 79,2% dei casi al primo mese e nel 87,5% dei casi al sesto mese con un guadagno medio di 5,9 db ($p < 0.05$). Stabilità di fissazione che passa dal 76% del preoperatorio al 94,2% del primo mese e al 90% del sesto mese. **Conclusioni:** Lo scopo della chirurgia del foro maculare è il successo anatomico e, soprattutto, quello funzionale. Il miglioramento della sensibilità retinica ne è espressione al pari del miglioramento dell'acuità visiva.

C09 CHERATOPLASTICA PERFORANTE "A FUNGO": TECNICA SEMI-AUTOMATIZZATA

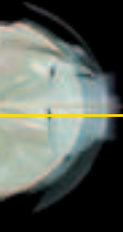
L. Fontana, G. Parente, M. Napoli, G. Tassinari
Unità Operativa di Oculistica, Ospedale Maggiore di Bologna

Obiettivo: Descrivere la tecnica e i risultati clinici preliminari di una nuova procedura chirurgica semi-automatizzata di cheratoplastica perforante "a fungo". **Materiali e Metodi:** Si descrive una nuova tecnica di cheratoplastica perforante "a fungo" utilizzando il set per trapianto di Hanna. La tecnica consente la creazione di lembi corneali con forma "a fungo" utilizzando una cornea da donatore fissata su una camera artificiale. Otto pazienti (8 occhi) affetti da patologie corneali (leucomi vascolarizzati, esiti di ferite corneali) considerate ad alto rischio di rigetto sono stati operati utilizzando questa tecnica. **Risultati:** Non si sono verificate difficoltà con perdita di tessuti nella creazione dei lembi corneali per trapianto. La funzione visiva corretta media pre-operatoria variava era di 1/100 (range conta dita - 4/10). A sei mesi dall'intervento la funzione visiva media era 4/10 (range 2/10 - 7/10). Ad un follow-up medio di 8.3 mesi nessun caso di rigetto e scompenso del lembo sono stati rilevati. La densità cellulare endoteliale media era di 1750 cellule/mm² (range 1050 - 2050). **Conclusioni:** La tecnica consente la creazione di lembi corneali a forma di fungo con buona riproducibilità. I trapianti eseguiti in occhi ad alto rischio hanno evidenziato risultati clinici interessanti con un buon profilo di sicurezza.

C10 LA CHERATOPLASTICA LAMELLARE ASSISTITA DA LASER A FEMTOSECONDI INTRALASE IN ETÀ PEDIATRICA: TECNICHE A CONFRONTO

L. Buzzonetti¹, A. Laborante², M. Fortunato¹, G. Petrocelli¹
1. UOC di Oftalmologia, Ospedale IRCCS Bambino Gesù, Roma
2. Ospedale IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

Obiettivo: Presentare i risultati preliminari dopo cheratoplastica lamellare anteriore e profonda assistite da laser a femtosecondi Intralase effettuate in età pediatrica. **Materiali e Metodi:** 5 occhi di pazienti pediatrici con cheratocono sono stati operati utilizzando il laser IntraLase 60 kHz per la creazione di lamelle corneali nel donatore e nel ricevente. Tre pazienti sono stati sottoposti a cheratoplastica lamellare anteriore (Gruppo A), due a cheratoplastica lamellare profonda con tecnica big-bubble (Gruppo B) ed il laser è stato utilizzato anche per la creazione di un tunnel intrastromale per l'inserimento della cannula



per l'iniezione di aria. **Risultati:** 12 mesi dopo l'intervento nel Gruppo A l'acutezza visiva corretta media è 6.0 ± 1.0 , lo sferoequivalente medio è $-1.5 \pm 2.2D$, mentre l'astigmatismo topografico medio è $4.4 \pm 1.0 D$; nel Gruppo B l'acutezza visiva corretta media è 6.8 ± 0.8 , lo sferoequivalente medio è $-2.5 \pm 1.6D$, mentre l'astigmatismo topografico medio è $3.2 \pm 1.0 D$. **Conclusioni:** Dopo un anno di follow up cheratoplastica lamellare anteriore e profonda assistite da laser a femtosecondi Intralase risultano entrambe tecniche sicure ed efficaci anche in età pediatrica.

C11 PTK E PTERIGIO: UN NUOVO CAMPO DI UTILIZZO

P. Fiorini, A. Mularoni, L. Di Silvestre, S. Primitivo, G. Tassinari
Divisione di oculistica, Ospedale Maggiore Bologna, Ausl di Bologna

Obiettivo: Verificare l'efficacia, la sicurezza e la stabilità della PTK associata a trapianto autologo di congiuntiva negli pterigi primari e recidivati. **Materiali e Metodi:** 18 occhi di 18 pazienti sono stati esaminati, età $56,11 \pm 20,19$, Min: 31, Max: 85; sesso M/F 1:1; tipo di pterigio; follow-up 18.67 ± 6.13 , Min 12, Max 24. **Risultati:** Sono stati analizzati a 3-6-12-24 mesi la BCVA, l'astigmatismo refrattivo nello Pterigio primario e recidivato Pre-op: $0,97 \pm 2,7$ MIN: -2,8 Max: +5, 24 mesi: 0 ± 0 min: 0.1 Max: 0.2 (Primario); pre-op: $-0,33 \pm 1,98$ MIN: -3 Max: +4, 24 mesi: $-0,1 \pm 0,74$ min: -1 Max: +1 (Recidivato), l'equivalente sferico pre-op: 0.91 ± 2.6 MIN: -5 Max: +4.5; 24 mesi: 1.50 ± 1.8 min: 0 Max: 4 (primario); pre-op: $0,41 \pm 1.5$ MIN: -1 Max: +3.5; 24 mesi: 0.05 ± 0.44 MIN: -1 Max: +1 (Recidivato). **Conclusioni:** Miglioramento del Visus post op. 3-24 mesi stabile rispetto al Visus pre-op $p=0.003$ (T-test). La PTK favorisce la riabilitazione visiva e contrasta probabilmente le recidive. Nessuna recidiva: 0%.

C12 BIOFEEDBACK TRAINING CON STIMOLO VISIVO STRUTTURATO IN PAZIENTI AFFETTI DA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE (AMD)

S. Salvatore, E.M. Vingolo

Università La Sapienza, Dipartimento di Oftalmologia, Ospedale A. Fiorini, Roma

Obiettivo: Valutare l'efficacia del training con stimolo visivo strutturato del microperimetro MP-1 (Nidek Technologies) su pazienti con degenerazione maculare senile (AMD) in fase terminale. **Materiali e Metodi:** È stato analizzato un totale di 25 occhi (15 pazienti, età media $72,21 \pm 8,37$ anni). Ogni paziente ha eseguito: misurazione dell'acuità visiva (BCVA), test della velocità di lettura, della fissazione e sensibilità retinica, 10 sessioni di training di 10 minuti per occhio effettuate una volta a settimana usando il biofeedback con stimolo strutturato. Per l'analisi statistica è stata utilizzato il test T di Student, valori di $p < 0.05$ sono stati considerati significativi. **Risultati:** Tutti i pazienti mostravano un aumento statisticamente significativo della BCVA, della stabilità della fissazione, della sensibilità retinica e della velocità di lettura ed erano soddisfatti dopo il training. **Conclusioni:** I nostri risultati evidenziano l'efficacia del biofeedback training con stimolo visivo strutturato nel recupero funzionale e nel miglioramento della qualità della vita di questi pazienti.

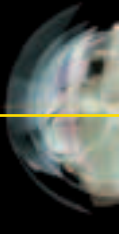
C13 FARMACI ANTI-TNF NEI BAMBINI CON UVEITE ASSOCIATA AD ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE

E. Miserocchi¹, G. Modorati¹, I. Pontikaki², V. Gerloni², F. Bandello²

1. Clinica Oculistica, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

2. Unità di Reumatologia Pediatrica, Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

Obiettivo: Riportare la nostra esperienza nel trattamento dei bambini affetti da uveite associata ad artrite reumatoide giovanile (ARG) con farmaci biologici anti-TNF. **Materiali e Metodi:** Studio retrospettivo. Pazienti: 40 bambini con uveite cronica refrattaria alla terapia con immunosoppressori standard sono stati trattati con farmaci anti-TNF: Etanercept (Enbrel 0.8 mg/Kg/sett sottocute), Infliximab (Remicade 6 mg/Kg endovena), Adalimumab (Humira 40 mg ogni 2 settimane sottocute). Outcome valutato: controllo dell'infiammazione intraoculare, effetti collaterali della terapia. **Risultati:** 40 pazienti (32 femmine, 8 maschi) con età media di 14.2 anni (range: 1.9-34.9) sono stati trattati. L'indicazione al trattamento era: uveite attiva in 25 pz, uveite e artrite attiva in 15 pz. I trattamenti con anti-TNF sono stati: Etanercept in 6 pz, Infliximab in 26 e Adalimumab in 8 pz. L'uveite è stata controllata in 28 pz. Effetti collaterali severi sono stati riscontrati in 12 pz: 8 reazioni ad infusione di infliximab, 1 Crohn in Etanercept, 3 disturbi psichiatrici in Adalimumab. **Conclusioni:** I farmaci anti-TNF rappresentano un'alternativa terapeutica valida nell'uveite associata ad ARG refrattaria alla terapia immunosoppressiva standard. Gli effetti collaterali vanno tuttavia monitorati molto attentamente dal reumatologo pediatra.



C14 PROFILO CLINICO DELLE UVEITI ANTERIORI DA CITOMEGALOVIRUS NEL PAZIENTE IMMUNOCOMPETENTE

M. Angi¹, B. Bodaghi², P. Le Hoang²

1. Area di Oftalmologia, Università Campus Bio-Medico di Roma
2. Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris (Francia)

Obiettivo: L'uveite anteriore da citomegalovirus (CMV) nel paziente immunocompetente è un'entità recentemente descritta. Scopo di questo studio è descrivere il profilo clinico di una serie consecutiva di pazienti individuati con analisi PCR dell'umor acqueo. **Materiali e Metodi:** Sono stati analizzati retrospettivamente i dati demografici, l'anamnesi oculare e sistemica, le caratteristiche cliniche, il campo visivo e l'acuità visiva di tutti i pazienti con uveite ipertensiva unilaterale da CMV diagnosticata tra il 2003 e il 2008 in un singolo centro di riferimento terziario. **Risultati:** Di 63 pazienti immunocompetenti con uveite anteriore ipertensiva idiopatica, 34 (54%) sono risultati positivi per CMV ma non per altri virus. Di questi, il 70% si presentava come una Posner-Schlossman e 30% come uveite cronica. Età media 50 anni (range: 18-95), 8 donne e 26 uomini. Pressione intraoculare alla diagnosi 33 ± 7 mmHg. Precipitati endoteliali (100%): grigi centrali(70%) o pigmentati periferici(30%). AV media 9/10, difetti del CV presenti nel 62%, aumentata escavazione papillare nel 65%. **Conclusioni:** Il CMV è responsabile di più del 50% dei casi di uveite anteriore idiopatica ipertensiva. Nonostante una buona AV, la maggior parte dei pazienti sviluppa danni glaucomatosi, quindi l'importanza di identificare e trattare l'infezione virale.

C15 VALUTAZIONE MEDIANTE SISTEMA SCHEIMPFLUG DELL'OPACITÀ DEL CRISTALLINO INDOTTA DAL CROSS-LINKING CORNEALE

F. Camesasca¹, P. Vinciguerra¹, S. Trazza²

1. Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)
2. Studio Vincieye, Milano

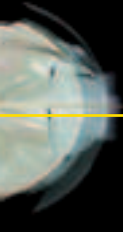
Obiettivo: Valutare gli effetti sulla trasparenza del cristallino indotti dal cross-linking corneale (CXL) in occhi affetti da cheratocono progressivo a tre anni dal trattamento. **Materiali e metodi:** Diciotto occhi affetti da cheratocono progressivo sono stati trattati mediante CXL tra l'Aprile ed il Giugno 2006. L'età media dei pazienti era 34.9 ± 6.5 . Il CXL veniva effettuato mediante instillazione di soluzione 0.1% riboflavina-20% destrano 30 minuti prima dell'irradiazione con UVA, e poi ogni 5 minuti per i 30 minuti totali di irradiazione. Gli occhi inclusi nello studio sono stati sottoposti ad esame oftalmologico completo, biomicroscopia endoteliale, topografia corneale, aberrometria, pachimetria centrale e topo/tomografia con sistema Scheimpflug, sia preoperatoriamente che a 1, 2, e 3 anni. In particolare, il sistema Scheimpflug veniva utilizzato per la valutazione della trasparenza del cristallino, e la presenza di opacità veniva graduata mediante una scala da 0 a 4. **Risultati:** La UCVA e BSCVA preoperatorie erano rispettivamente 0.17 ± 0.09 e 0.52 ± 0.17 . I valori medi a 36 mesi di UCVA e BSCVA erano 0.27 ± 0.08 e 0.72 ± 0.16 , con aumento dei valori statisticamente significativo ($p < 0.05$). Sempre a 36 mesi, la refrazione espressa come equivalente sferico medio mostrava una riduzione di 0.96 Diottrie. La cheratometria media simulata preoperatoria sul meridiano più piatto e su quello più curvo era significativamente ridotta ($p < 0.05$). La pachimetria media nel centro pupillare e il volume corneale totale erano significativamente ridotti ($p < 0.05$) a 470.09 ± 29.01 μm e 57.17 ± 3.21 mm^3 , rispetto ai valori preintervento che erano di 490.68 ± 30.69 μm e 59.37 ± 4.36 mm^3 , rispettivamente. I valori di conta endoteliale non erano cambiati in modo significativo ($p = 0.13$). La trasparenza del cristallino, misurata con il sistema Scheimpflug, era totale preoperatoriamente e, tre anni dopo CXL, non mostrava segni di riduzione. **Conclusioni:** A tre anni dal trattamento, il CXL stabilizza gli occhi affetti da ectasia instabile da cheratocono, e ne migliora la BSCVA. Di pari importanza è stata la completa assenza di effetti collaterali permanenti indotti, siano a carico della cornea, con la stabilizzazione degli indici di Klyce e Ambrosio, che a carico dell'endotelio o del cristallino.

C16 CROSS-LINKING PER IL TRATTAMENTO DELL'ECTASIA DOPO CHIRURGIA REFRAUTTIVA CON LASER AD ECCIMERI

F. Camesasca¹, P. Vinciguerra¹, E. Albè¹, S. Trazza²

1. Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)
2. Studio Vincieye, Milano

Obiettivo: Valutare ad un anno i risultati ottenuti con cross-linking corneale (CXL) in occhi affetti da ectasia insorta dopo chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri. **Materiali e metodi:** Abbiamo trattato mediante CXL tredici occhi di 9 pazienti consecutivi con ectasia corneale progressiva insorta dopo chirurgia refrattiva (3 PRK, 10 LASIK). Il CXL è stato effettuato con soluzione di riboflavina allo 0.1% ed esposizione successive a fonte UV. Gli occhi inclusi nello studio sono stati sottoposti ad esame oftalmologico completo, biomicroscopia endoteliale, topografia corneale, aberrometria, pachimetria centrale e topo/tomogra-



fia con sistema Scheimpflug, sia preoperatoriamente che a 3, 6, e 12 mesi dopo l'intervento. **Risultati:** Dopo 6 mesi dall'intervento abbiamo osservato un miglioramento statisticamente significativo nella Best Spectacle Corrected Visual Acuity (BSCVA) e nell'equivalente sferico medio ($p < 0.05$), con riduzione parimenti significativa del potere sferico medio ($p < 0.05$). Ad un anno, la conta media delle cellule endoteliali, la cheratometria e sia gli indici di Ambrosio che di Klyce non erano peggiorati in maniera significativa. Il coma e l'aberrazione sferica non erano variati. La pachimetria media nel centro pupillare e lo spessore corneale a 0 e 2 mm dal punto corneale più sottile si erano invece ridotti in modo significativo. **Conclusioni:** Ad un anno dall'intervento, il trattamento corneale con CXL stabilizza gli occhi affetti da ectasia post-chirurgia refrattiva con laser a eccimeri, e ne migliora la BSCVA. Non abbiamo rilevato un deterioramento degli indici di Klyce e Ambrosio, né abbiamo osservato effetti collaterali permanenti.

C17 TRATTAMENTO DELLE CONGIUNTIVITI ALLERGICHE. STUDIO MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO, IN SINGOLO CIECO

S. Lazzeri¹, P. Fogagnolo², M. Figus¹, M. Romagnoli³, A. Canovetti¹, M. Iester⁴, L. Rossetti⁵, M. Nardi¹

1. Oftalmologia, Università di Pisa
2. Fondazione Bietti-IRCCS, Milano
3. Chirurgia Oftalmica, AOUNP, Pisa
4. DINOG, Università di Genova
5. Ospedale San Paolo, Università di Milano

Obiettivo: Confrontare l'efficacia soggettiva di farmaci antiallergici topici in pazienti con congiuntivite allergica. **Materiali e metodi:** 240 pazienti sono stati randomizzati per ricevere uno dei seguenti 8 trattamenti somministrati 2 volte al giorno: cromoglicato sodico/clorfeniramina maleato, diclofenac, epinastina, fluorometolone, ketotifene, levocabastina, nafazolina/antazolina, olopatadina. Segni e sintomi sono stati valutati usando una scala da 1 a 10 al momento dell'arruolamento ed a 1, 2 e 4 settimane dall'inizio del trattamento. Sono state valutate anche la tollerabilità e la durata del discomfort dopo l'instillazione. **Risultati:** Tutti i farmaci hanno determinato un miglioramento dei sintomi nell'85% dei casi, con un significativo miglioramento ($p < 0.05$) in oltre il 70% dei pazienti che hanno ricevuto epinastina, ketotifene, fluorometolone ed olopatadina, mentre un miglioramento significativo dei segni ($p < 0.05$) in almeno il 70% dei casi è stato ottenuto solo con fluorometolone e ketotifene. Nel gruppo nafazolina/antazolina si è verificato il tasso più elevato di discomfort ($p < 0.0001$). **Conclusioni:** L'efficacia dei farmaci con doppio meccanismo d'azione, antistaminico e stabilizzante la membrana dei mastociti, è risultata comparabile a quella degli steroidi.

C18 LA DCR LASER TRANSCANALICOLARE IN EQUIPE OCULISTA - OTORINOLARINGOIATRA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA

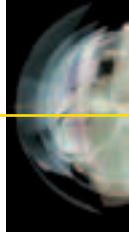
- D. Bonfanti¹, A. Colli², M. Chiodi¹
1. U.O. Oculistica, Clinica "Castelli", Bergamo
 2. U.O. O.R.L. Clinica "Castelli", Bergamo

Obiettivo: Valutare nel tempo l'efficacia dell'intervento di Dacriocistorinostomia effettuato in equipe Oculista - Otorinolaringoiatra mediante laser a Diodi utilizzato per via trans-canalicolare con visualizzazione endonasale del campo operatorio. **Materiali e metodi:** 125 casi consecutivi di ostruzione post-saccale delle vie lacrimali sono stati sottoposti a dacriocistorinostomia laser transcanalicolare in endoscopia nasale dalla stessa equipe Oculista- Otorinolaringoiatra utilizzando un laser a Diodi ed operando in stretta collaborazione. I pazienti (età media $61,6 \pm 13,9$ anni) sono stati seguiti per 55 mesi (follow-up medio = $24,1 \pm 13,5$ mesi). **Risultati:** La percentuale di successo post-operatorio è stata dell' 84%, con tempi chirurgici medi di $35,4 \pm 12,1$ min. e ridotte complicanze intraoperatorie (8%). Sono inclusi nella statistica anche reinterventi su casi di insuccesso dopo chirurgia per via endonasale e trans-canalicolare laser con e senza visualizzazione endonasale (12% del totale). **Conclusioni:** La DCR eseguita in equipe Oculista-O.R.L., si è dimostrata tecnica efficace, con interventi di durata prevedibile, più veloce riabilitazione del paziente, nessuna cicatrice cutanea e percentuali di successo vicine a quelle della tecnica classica.

C19 GESTIONE DELLE COMPLICAZIONI DOPO CHIRURGIA PERIOCULARE: L'ALTERNATIVA DELLA "BIOSURGERY".

G. Renieri, A. Gericke, S. Pitz
Department of Ophthalmology, University Medical Center, Mainz, Germany

Obiettivo: In questo studio descriviamo i risultati ottenuti con biosurgery applicata a un gruppo di pazienti con complicata cicatrizzazione in seguito a interventi chirurgici palpebrali e orbitali. **Materiali e metodi:** La biosurgery usa larve specifiche per tessuto necrotico per promuovere la cicatrizzazione di ferite



infette. Abbiamo applicato questa terapia in tre casi di rigetto di trapianto cutaneo dopo intervento per basalioma palpebrale e in un paziente con infezione della ferita chirurgica post exenteratio. Tutti i pazienti erano in età avanzata (range 62-82 anni) e affetti da più malattie sistemiche. Le larve (*Lucilia sericata*, Biomonde) sono state applicate in bustine chiuse e cambiate dopo 3 giorni. **Risultati:** In tutti e tre i casi di rigetto di trapianto cutaneo, le larve sono state applicate per 6 giorni consecutivi e le ferite si sono completamente riepitalizzate entro 16 giorni dall'inizio della terapia. Il quarto paziente della nostra serie era affetto da un grosso tumore orbitario. 12 giorni post exenteratio, la ferita è divenuta purulenta, senza miglioramento dopo terapia antibiotica sistemica e locale. La ferita è risultata pulita e il pus completamente scomparso dopo 8 giorni di biosurgery. **Conclusioni:** Nella nostra serie non sono state osservate complicazioni. La nostra esperienza dimostra che la "biosurgery" è un interessante metodo per facilitare la disinfezione e la granulazione in ferite perioculari con complicazioni nella cicatrizzazione.

C20 ANALISI DEI MARGINI DOPO ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI TUMORI MALIGNI PERIORBITARI:QUALE METODICA UTILIZZARE: ESAME ESTEMPORANEO, ESAME DEFINITIVO STANDARD O DEFINITIVO URGENTE?

M. Vaccaro¹, K. Chiarelli², P. Monaco¹

1. UOA Oculistica, Ospedale San Martino di Belluno
2. UOA di Anatomia Patologica, Ospedale San Martino di Belluno

Obiettivo: Valutare in maniera critica vantaggi e svantaggi dell'analisi dei margini con 3 differenti metodiche allo scopo di ottenere la radicalità nell'asportazione della lesione e facilitare il tempo ricostruttivo.

Materiali e metodi: Studio retrospettivo di 31 pazienti affetti da tumore periorbitario (4 carcinomi squamosi e 27 basocellulari) asportati chirurgicamente. In 8 (25.8%) è stato utilizzato l'esame estemporaneo, in 11 (35.48%) l'esame in paraffina urgente con ricostruzione ritardata del difetto, in 12 (38.70%) l'esame definitivo standard con ricostruzione immediata del difetto. Sono stati valutati criticamente vantaggi e limiti delle metodiche utilizzate. **Risultati:** In 7 casi si è provveduto ad un ulteriore allargamento per coinvolgimento dei margini (4 dopo esame estemporaneo, 1 dopo esame definitivo urgente prima della ricostruzione, 2 dopo definitivo standard e dopo ricostruzione. Stato di salute generale del paziente, difficoltà logistiche nel raggiungere l'ospedale, esperienza dell'anatomo patologo e dell'oculista, tipologia e localizzazione della lesione sono stati considerati per la decisione. **Conclusioni:** L'esame dei margini in paraffina con procedura d'urgenza, rappresenta la metodica da noi più adottata per l'asportazione completa dei tumori maligni periorbitari quando l'intervento ricostruttivo richiede l'utilizzo di lembi complessi.

P01 TONO ENDOCULARE E SPESSORE CORNEALE CENTRALE IN ETÀ PEDIATRICA: CHE IMPORTANZA HANNO?

D. Capobianco
Centro Chirurgico Città di Caserta, Caserta

Obiettivo: Stabilire l'importanza della IOP e del CCT in età pediatrica per calcolare il tono reale, ai fini di una corretta interpretazione e gestione delle malattie glaucomatose. **Materiali e Metodi:** Ho confrontato la IOP di un tonometro non contact (Nidek) e uno contact a rimbalzo (Icare), con le misure GAT ed effettuata una pachimetria con Pentacam per calcolare il CCT di 40 pazienti pediatriche suddivisi in gruppo A (20 tra i 5 e 10 anni) e gruppo B (20 tra i 10 e 15 anni); nessuno presentava segni di malattia glaucomatosa o familiarità per glaucoma; sono stati tonometrati random tra le 8 e le 9 a.m., variando l'ordine dei tonometri nella stessa seduta a distanza di 15 minuti. **Risultati:** Il tonometro non contact ha dato valori più alti rispetto al GAT. I dati dell'Icare erano sovrastimati di $1,45 \pm 4,3$ mmHg (da 2,85 e a 5,84) rispetto al GAT: la differenza aumentava con l'aumentare del CCT e per IOP >16 mmHg. Il CCT medio è risultato di $555,4 \pm 38,6$ micron (da 516 a 594) senza differenze relative all'età. I dati del GAT erano sottostimati per CCT <525 μm e sovrastimati per CCT >555 μm : la IOP corretta aumentava da 1 a 3 mmHg nel 40% e diminuiva da 1 a 3 mmHg nel 12,5%. **Conclusioni:** Il CCT ha effetto clinicamente significativo sulla IOP indipendentemente dal tonometro usato: ad oggi il tonometro ideale non esiste. Per la IOP reale in età pediatrica confrontare i dati di almeno due tonometri diversi e correggerli in base al CCT.

P02 ANALISI GENETICO-MOLECOLARE DI CYP1B1 E MYOC IN PAZIENTI AFFETTI DA GLAUCOMA CONGENITO

I. Giuffré¹, A. Magli², P. Capozzi³
1. Istituto di Oftalmologia Università Cattolica di Roma
2. Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Napoli
3. UOC Oculistica IRCCS, Ospedale Bambin Gesù di Roma

Obiettivo: Oltre 50 mutazioni patogene del gene CYP1B1 sono state riportate nei pazienti affetti da glaucoma malformativo. Questo studio è finalizzato a determinare possibili difetti genetici in pazienti italiani affetti da glaucoma malformativo. **Materiali e Metodi:** È stata effettuata una analisi genetico-molecolare su campioni di sangue periferico provenienti da 120 pazienti italiani affetti da glaucoma malformativo. Si sono andate a ricercare eventuali variazioni patologiche del gene CYP1B1 e nei pazienti portatori di una sola mutazione del gene CYP1B1 è stata effettuata un'analisi del gene MYOC/TIGR. **Risultati:** Sono state identificate 17 differenti variazioni del gene CYP1B1 in 36 dei 120 probandi (30%). Dodici variazioni erano già state precedentemente identificate in Letteratura. Cinque sono descritte nel nostro lavoro per la prima volta. Nei pazienti portatori di una sola mutazione del gene CYP1B1 l'analisi genetico-molecolare del gene MYOC/TIGR ha permesso di identificare due variazioni aminoacidiche. **Conclusioni:** Nostri risultati confermano in maniera inequivocabile il ruolo predominante del gene CYP1B1 nel glaucoma congenito e propongono un ruolo autosomico recessivo del gene MYOC/TIGR in un modello di ereditarietà digenica.

P03 TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA SECONDARIO NEOVASCOLARE

G. Vecchione
Villa Stabia, Napoli

Obiettivo: Vengono trattati casi di glaucoma secondario neovascolare a retinopatia diabetica e a trombosi della v.c.r. È stato usata la panfotocoagulazione retinica l'Avastin intravitreale e l'endociclotocoagulazione di 180° inferiori. **Materiali e Metodi:** Sono stati trattati 47 casi di GNV 25 secondari a retinopatia diabetica e 22 secondari a trombosi della v.c.r. Il tono era maggiore di 30mmHg con terapia associata (Dorzollamide, Betabloccante, Alfastimolante) massimale. È stata eseguita una panfotoagulazione retinica, una IVT di Avastin 7gg prima e la VTC VPP con endociclotocoagulazione di 180° inferiori. Successivamente se il tono non è compensato si esegue endociclotocoagulazione di altri 90°. **Risultati:** Il visus preoperatorio andava da moto mano ad 1/20. Il visus postoperatorio andava da 1/20 a 1/12. In 36 casi il tono era compensato con terapia associata massimale (Dorzollamide, Betabloccante, Alfastimolante) tra 17 mmHg e 22 mmHg. Negli 11 casi rimanenti è stata eseguita un'ulteriore endociclotocoagulazione dei 90° superiori. Il tono è stato compensato in 9 degli 11 casi con terapia postoperatoria massimale mentre nei rimanenti 2 casi il tono è risultato maggiore di 28 mmHg. **Conclusioni:** Il trattamento del Glaucoma neovascolare (GNV) secondario a trombosi della VCR e a retinopatia diabetica può avere un esito positivo con l'associazione della panfotocoagulazione retinica, l'Avastin preoperatorio, la VTC e l'endociclotocoagulazione.

P04 SU UN CASO DI IMPIANTO DI EXPRESS X200 IN UN GLAUCOMA NEOVASCOLARE PRE TERMINALE, COMPLICATO DA IMPERFORAZIONE DELLE MEMBRANE CORNEALI INTERNE

P. Lepre, A. Piccolo, G. Napoleone

U.F. Oftalmologia, Gruppo Health Care Italia, Mugnano (NA)

Obiettivo: In un glaucoma neovascolare abbiamo impiantato Express X200 con tecnica sub flap sclerale, senza perforare le membrane corneali interne. Dopo 15 giorni abbiamo praticato sull'apice del device una membranotomia corneale interna Yag Laser. **Materiali e Metodi:** V. A. di anni 62, femmina, diabetica, glaucoma neovascolare preterminale in ODX, incerta percezione delle ombre e delle luci, edema corneale lieve, pseudoafachia, neovascolarizzazione iridea con iniziale fibrosi vascolo-connettivale angolare, T.O. preop: 48 mmHg +/-6 mmHg. Terapia oculare preop.: DUOTRAV, AZOPT, DIAMOX. Operata con Express X200, Mit. C., con tecnica sub flap sclerale e successivamente membranotomia Yag Laser altezza foro apicale di Express (2,5 mJ, 8 spot). **Risultati:** Tono Oculare Post. op: 48 mmHg/5 gg, 51 mmHg/15 gg. Tono Oculare dopo membranotomia corneale interna Yag Laser: 27 mmHg/15 gg, 31 mmHg/30 gg, 32 mmHg/90 gg (26 mmHg dopo massaggio oculare per 6 min), 25,3 mmHg/120 gg (Add. Duotrav x1). **Conclusioni:** La chirurgia con Express in questo caso di glaucoma neovascolare ha dato ottimi risultati grazie ad una riduzione tonometrica di circa il 50% rispetto ai valori preoperatori; la membranotomia corneale interna con Yag Laser sul foro apicale del microimpianto, da effettuare con estrema attenzione per evitare sanguinamento, è in grado di ripristinare la capacità drenante dell'impianto.

P05 IMPIANTO DI EXPRESS P200 IN UN CASO DI GLAUCOMA A.A. DA FISTOLA CAROTIDO-CAVERNOSA A BASSO FLUSSO

P. Lepre, A. Piccolo, G. Napoleone

U.F. Oftalmologia, Gruppo Health Care Italia, Mugnano (NA)

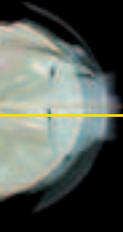
Obiettivo: Abbiamo impiantato Express P200 in un grave caso di glaucoma da fistola carotido-cavernosa a basso flusso, per valutarne l'efficacia terapeutica e la fruibilità in una situazione clinica limite, non usuale per questo tipo di impianto. **Materiali e Metodi:** Femmina, diabetica ed ipertesa ODX: vari episodi di ipoema e congestione dei vasi episclerali, pseudafachia, tortuosità e congestione vasi retinici, sangue nello schlemm, tono o. 45 mmHg in terapia massimale, conta endoteliale: 1157, quadro ecografico orbitario ODX, compatibile con "fistola carotido-cavernosa a basso flusso", rmn encefalo: ectasia vena oftalmica superiore odx. Intervento chirurgico con impianto di Express P200, sub flap sclerale, mit. c, Healaflo. Foto di angolo. **Risultati:** 1° g: 18 mmHg, 4° g: 40 mmHg, lieve uveite anteriore, 9° g: 10 mmHg, 16°g: 4,5 mmHg, camera anteriore ridotta di profondità, distacco di coroide settori superiori: bendaggio compressivo, atropina, corticosteroidi. 1° mese: 20 mmHg, retina sul piano, sospende corticosteroidi e atropina, 2° mese: 16 mmHg, no terapia, 3° mese: 15 mmHg, no terapia, 6° mese: 14 mmHg, no terapia, tyndall + - -, persiste ectasia vasi episclerali, visus invariato, occhio in quiete, 9° mese: 16 mmHg, no terapia. **Conclusioni:** Express P200 si è rivelata tecnica di grande sicurezza (grazie alla ridotta manipolazione tissutale), totale successo, in un tipo di glaucoma in cui, la tradizionale chirurgia filtrante è fortemente condizionata da complicanze secondarie emorragiche.

P05b QUANTO CONTA LO SPESSORE CORNEALE NELLA MISURAZIONE DEL TONO OCULARE?

D. Capobianco

UOSD Oculistica, Presidio Sanitario Napoli Est, ASL NA/1 Centro

Obiettivo: Confrontare le misurazioni della IOP con diversi tonometri: tonometro ad applanazione GAT, tonometro a contorno dinamico DCT, tonometro a rimbalzo RBT e correlare le differenze in base allo spessore corneale. **Materiali e Metodi:** Studio clinico prospettico cross-sectional longitudinale. Un unico esaminatore ha effettuato 3 misurazioni della IOP ogni 15 minuti, alternando l'ordine dei tonometri, alle ore 8-10; 12-14; 16-18 su 90 occhi di 60 soggetti con glaucoma compensato (IOP<22 mmHg), in terapia con prostaglandine dai 3 ai 12 mesi, suddivisi in 3 gruppi in base al CCT misurato con Pentacam al TO: gruppo A di 20 occhi (<530 micron), B di 50 occhi (530-550 micron), C di 20 occhi (>550 micron). I controlli sono stati effettuati al T0-T1-T2-T3 in 3 mesi, senza variazioni terapeutiche. **Risultati:** La concordanza tra i tonometri impiegati è stata valutata con l'analisi di regressione di Bland-Altman. In tutte le misurazioni effettuate i valori ottenuti con RBT e DCT sono risultati superiori a quelli del GAT con valori statisticamente significativi: in particolare il tono misurato con RBT è risultato più alto di 1,5+/-2,5mmHg, e quello misurato con DCT di 4,6+/-2,8 mmHg. La differenza in base al CCT tra il gruppo A e il gruppo C è risultato lieve pari a 0,4+/-1 mmHg con DCT, mentre è maggiore pari a 3+/-1 mmHg sia con GAT che RBT. **Conclusioni:** In accordo con altri studi risulta che le misurazioni con RBT e DCT sono ben correlate con quelle del GAT, ma con tendenza ad una sovrastima che è maggiore con DCT. Tra i tre tonometri confrontati DCT è risultato quello meno influenzato dallo spessore corneale centrale.

**P06 DISTACCO MACULARE SIEROSO BILATERALE IN LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA**

G. Carlevaro, P. Mainardi, V. Marino, O. Beccaria
S.C. Oculistica Adulti A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Obiettivo: Presentare caratteristiche cliniche e decorso di un caso di distacco retinico maculare essudativo in corso di leucemia mieloide acuta. **Materiali e Metodi:** Una donna di 69 anni ha presentato astenia e febbre. Gli esami ematochimici hanno mostrato leucocitosi con elevati blasti periferici. L'aspirato midollare era compatibile con la diagnosi di leucemia acuta mieloide. Contemporaneamente ha presentato calo del visus bilaterale da distacco retinico essudativo maculare. **Risultati:** È stata sottoposta a chemioterapia con ARA C per 7 giorni e Idorubicina per 3 giorni in seguito alla quale è risultata, ad una nuova valutazione midollare, una remissione morfologica completa. Contemporaneamente il distacco maculare bilaterale è regredito. **Conclusioni:** L'evoluzione clinica del distacco essudativo maculare appare in questo caso in relazione all'evoluzione della concomitante patologia sistemica.

P07 NEOVASCULARIZZAZIONE SOTTORETINICA IUXTAPAPILLARE ASSOCIATA A NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA ANTERIORE NON ARTERITICA REGREDITE DOPO TERAPIA STEROIDEA IN UNA PAZIENTE DIABETICA

P. Monaco¹, L. Morgante², M. Vaccaro¹, A. Frattolillo¹

1. U.O.C. Oculistica, Ospedale San Martino, Belluno
2. U.O.C. Oculistica, Ospedale San Polo, Monfalcone (GO)

Obiettivo: Valutare la possibile correlazione tra neovascularizzazione sottoretinica iuxtapapillare e neuropatia ottica ischemica anteriore non arteritica (NOIA-NA) riscontrate nello stesso occhio di una paziente diabetica e l'efficacia della terapia steroidea. **Materiali e Metodi:** Paziente donna, 83 anni, diabetica ID, con riduzione dell'acuità visiva in OD da 6 settimane. Anamnesi negativa per cefalea, claudicatio mandibolare e parestesie del cuoio capelluto. Sono stati effettuati: esame oftalmoscopico completo, VES, PCR, campo visivo, FAG, retinografia ed OCT. È stata instaurata terapia steroidea con 80 mg di prednisone al dì per 2 settimane poi scalato di 10 mg ogni 5 giorni, mantenuto a 40 mg fino alla scomparsa dell'edema papillare e poi ridotto rapidamente. **Risultati:** VES e PCR erano nella norma. Al fundus abbiamo rilevato edema del disco ottico con emorragie a fiamma e teleangectasie suggestivi per presenza di NOIA-NA. Alla perimetria vi era deficit diffuso della sensibilità. La FAG ha evidenziato iperfluorescenza tardiva a livello del disco ed area iuxtapapillare iperfluorescente per diffusione riferibile a neovascularizzazione coroideale. Dopo 2 mesi di terapia steroidea si è riscontrata risoluzione dell'edema e riduzione di attività della CNV. **Conclusioni:** La neovascularizzazione iuxtapapillare può aver causato l'edema del disco ed è possibile che questo abbia contribuito allo sviluppo di NOIA-NA in questa paziente diabetica. Il protocollo di terapia steroidea effettuato si è dimostrato efficace.

P08 CASO CLINICO DI MASSIVO EDEMA MACULARE DI BERLIN IN RAGAZZA QUATTORDICENNE

F. Basilico, L. Crisigiovanni, A. Gabaglio, F. Incarbone, G. Perone
Centro di Chirurgia Oftalmica ALSO, Saronno (VA)

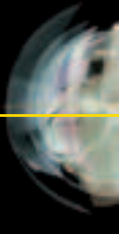
Obiettivo: Esporre la storia clinica, le indagini diagnostiche e la gestione terapeutica di un caso di massivo edema maculare di Berlin in ragazza quattordicenne. **Materiali e Metodi:** ragazza quattordicenne, presentatasi alla nostra attenzione, con massivo edema maculare di Berlin e decadimento del visus ad 1/50 dopo essere stata colpita da sassata in OD. Sottoposta a visita oculistica completa con OCT, FAG, CV è stata intrapresa terapia steroidea (Prednisone 25 mg), in accordo con pediatra curante, a scalare sulla base della risposta anatomico funzionale. Scansioni line OCT, associate a visita completa, sono state eseguite con periodicità quindicinale per i primi 3 mesi. **Risultati:** La giovane paziente ha ottenuto, a 3 mesi dall'evento scatenante, un completo e definitivo recupero funzionale. **Conclusioni:** L'OCT con analisi sistemica degli strati retinici ha permesso un'accurata valutazione quantitativa dell'edema maculare e dei difetti relativi al complesso EP fotorecettore guidando in modo ottimale le scelte terapeutiche.

P09 EFFICACIA A LUNGO TERMINE DI UNA SINGOLA INIEZIONE INTRAVITREALE DI BEVACIZUMAB NELLA TROMBOSI PARCELLARE DELLA VENA CENTRALE RETINICA NON ISCHEMICA: CASO CLINICO

M. Fruschelli¹, M. Sparano¹, I. Motolese¹, G. Haka¹, P. Motolese², E. Motolese¹

1. Dipartimento di Chirurgia, Sez. di Oftalmologia, Università degli studi di Siena
2. Divisione Oculistica, Ospedale Misericordia di Grosseto

Obiettivo: Verificare l'efficacia a lungo termine di una singola iniezione intravitreale di 1,25 mg di Bevacizumab nella terapia dell'edema retinico secondario a trombosi di branca della vena centrale della retina non ischemica. **Materiali e Metodi:** Donna di anni 77, viene a visita per annebbiamento in OS. Il visus è di



4/10, diottri liberi e oftalmotono regolare, al fondo si rileva la presenza di microemorragie ed alcuni essudati lungo l'arcata vascolare inferiore. Diagnosi fluorangiografica è di OVCR parcellare non ischemica con edema retinico e documentato spessore foveale patologico di 572 micron con cavità otticamente vuota all'OCT. Si effettua iniezione intravitreale di Bevacizumab 1,25mg con controlli a 1, 3 e 6 mesi. **Risultati:** Miglioramento dell'acuità visiva a 7/10 dopo 1 mese. Ai successivi controlli dei 3 e 6 mesi il visus si attesta sugli 8/10. L'esame OCT mostra una consistente riduzione dello spessore foveale a 177 micron con scomparsa della cavità cistica e recupero del profilo fisiologico. La diminuzione di spessore ottenuta è di 295 micron rispetto all'esame OCT precedente l'iniezione. Non sono stati riscontrati effetti collaterali sia locali che sistemici del farmaco. **Conclusioni:** L'iniezione intravitreale di Bevacizumab 1,25mg si è dimostrata efficace e sicura limitatamente alla OVCR parcellare nella forma non ischemica, laddove non ci sia indicazione al trattamento con argon laser.

P10 VITRECTOMIA 25 G PARS PLANA PER IPERTONO IN CORSO DI DSAEK

G. Carlevaro, P. Mainardi, O. Beccaria, V. Marino
S.C. Oculistica Adulti, A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

Obiettivo: Presentare il trattamento chirurgico dell'ipertono insorto in corso di DSAEK. **Materiali e Metodi:** Una donna di 82 anni è stata sottoposta in occhio destro ad intervento di DSAEK per scompenso endoteliale. La presenza di una dialisi iridea temporale ha determinato il passaggio retroirideo di aria al termine della procedura chirurgica di DSAEK con conseguente improvviso marcato ipertono (tono oculare digitalmente lapideo) ed estesa bombè iridea. La paziente presentava nausea e conati di vomito. È stata quindi immediatamente sottoposta a vitrectomia 25G via pars plana con infusione. **Risultati:** La vitrectomia ha consentito il drenaggio dell'aria retroiridea, normalizzando la profondità della CA e l'ipertono oculare. **Conclusioni:** Al termine della procedura DSAEK una bolla d'aria può inavvertitamente raggiungere la camera vitrea con conseguente rapida insorgenza di un ipertono generato da blocco pupillare e overfilling di aria. Una vitrectomia mininvasiva pars plana può efficacemente ottenere il drenaggio dell'aria retroiridea ed una normalizzazione del tono oculare.

P11 VITRECTOMIA 25 G PER EMORRAGIA PREMACULARE SUB IALOIDEA E SUB LIMITANTE INTERNA (ILM)

G. Carlevaro, P. Mainardi, V. Marino, O. Beccaria
S.C. Oculistica Adulti, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

Obiettivo: Presentare il trattamento chirurgico di una emorragia premaculare localizzata in sede sia sub ialoidea che sub ILM. **Materiali e Metodi:** Un uomo di 77 anni ha presentato improvviso calo del visus in occhio destro da emorragia premaculare. È stato sottoposto a vitrectomia 25 G, induzione di distacco posteriore di vitreo, drenaggio dell'emorragia sub ialoidea, peeling ILM, drenaggio dell'emorragia sub ILM. Si è quindi evidenziata l'origine dell'emorragia da un macroaneurisma arterioso retinico. **Risultati:** L'intervento eseguito ha consentito un rapido recupero visivo e il completo drenaggio dell'emorragia premaculare. **Conclusioni:** Emorragia premaculare da rottura di macroaneurisma può localizzarsi contemporaneamente sia in sede sub ialoidea che sub ILM e può rendere necessario un drenaggio chirurgico qualora non si verifichi un riassorbimento spontaneo.

P12 PDT PER IL TRATTAMENTO DEI NEOVASI CORNEALI NEI BAMBINI

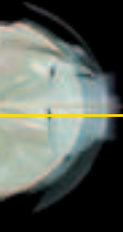
G. Carollo, M. Fortunato, L. Buzzonetti, R. Maggi, A. Ubaldi, R. Di Pietro
UOC Oculistica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Obiettivo: La PDT è una procedura sicura ed efficace nei bambini con neovasi corneali. **Materiali e Metodi:** Negli ultimi 5 anni, 39 bambini di età compresa fra 0 e 14 anni con neovasi corneali, nei quali altre procedure avevano fallito, sono stati trattati con PDT. I casi includevano neovascolarizzazioni corneali dovute a cheratiti croniche allergiche, sindrome dell'occhio secco, lesioni post traumatiche ed insuccesso del trapianto di cornea. Il trattamento è focale non colpisce i tessuti adiacenti la cornea. **Risultati:** Il trattamento consente una significativa riduzione del dolore e fotofobia. **Conclusioni:** La PDT praticata prontamente e se necessario ripetuta nei bambini si è dimostrata efficace nel ridurre la neovascolarizzazione corneale.

P13 ESPERIENZA DELL'USO DI CANNULA DI BANGERTER MODIFICATA, NELLA CHIRURGIA DELLE VIE LACRIMALI IN ETÀ PEDIATRICA

A. Menna¹, L. Gravina², M. Fortunato³
1. U.O.S.D. di Oftalmologia, ASL Napoli 1, Centro Ospedale SS. Annunziata di Napoli
2. Servizio di Oftalmologia Pediatrica, Ospedale Civile di Marcanise, ASL Caserta 2
3. Divisione di Oculistica, Ospedale Bambino Gesù di Roma

Obiettivo: Utilizzare un modello di cannula di Bangerter modificato per lunghezza e curvatura nel son-



daggio delle vie lacrimali. **Materiali e Metodi:** Sono stati effettuati 95 sondaggi delle vie lacrimali in bambini di età compresa tra 1 e 2 anni in anestesia generale. Sono state utilizzate sonde di Bowman e ago cannula di Bangerter modificato secondo Menna. **Risultati:** In tutti i sondaggi effettuati è stato agevole l'accesso con l'agocannula di Bangerter, modificato secondo Menna, al sacco lacrimale ed il successivo posizionamento a livello del dotto nasolacrimale così da verificare lo sblocco effettivo delle vie lacrimali, tramite irrigazione di soluzione con antibiotico successivamente aspirato a livello delle coane nasali. In 7 casi il sondaggio non ha dato esito favorevole. **Conclusioni:** Si consiglia l'uso di adeguate cannule di irrigazione dopo sondaggio con sonda di Bowman perché ciò rende più sicuro il successo nella chirurgia delle vie lacrimali in età pediatrica

P14 TRATTAMENTO DELL'EMISPASMO FACCIALE CON TOSSINA BOTULINICA: NOSTRA ESPERIENZA

M. Al Oum, L. Cerri, S. Donati, P. Sivelli, P. Chelazzi, C. Azzolini
Clinica Oculistica, Università dell'Insubria di Varese

Obiettivo: Valutare l'efficacia del trattamento medico con tossina botulinica nell'emispasmo facciale. **Materiali e Metodi:** Studio retrospettivo condotto su 41 pazienti consecutivi, di età compresa tra i 50 e 93 anni, affetti da emispasmo facciale primario (36 pazienti) e secondario (5 pazienti) da circa 50.5 mesi (range 6-168). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a iniezioni intramuscolari di tossina botulinica tipo A (Botox, Allergan) ricostituita con soluzione salina 0,9% con ago 30G tra il giugno 1993 e l'ottobre 2009. Il trattamento consisteva in 6 iniezioni di tossina botulinica da 2.5 U.I. effettuate a livello del muscolo orbicolare della palpebra e degli altri muscoli facciali interessati. La durata media del follow-up è stato di 42 mesi (range 12-168). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione oftalmologica, neurologica e angio-RMN encefalo. **Risultati:** L'efficacia della terapia persiste per circa 3 mesi (range 1-6) dopo ogni trattamento. 32 pazienti (79%) sono stati trattati per più di un anno. 2 (5%) dei 41 pazienti trattati presentavano una completa remissione della patologia dopo una media di 18 mesi dall'inizio del trattamento e 4 (10%) hanno preferito invece sottoporsi a intervento neurochirurgico di decompressione vascolare dopo una media di 5 anni dall'inizio del trattamento. Le complicanze del trattamento medico che abbiamo riscontrato sono state: lacrimazione, lagofalmo, cheratite puntata, occhio secco, diplopia, ectropion e ptosi palpebrale. **Conclusioni:** Nella nostra esperienza il trattamento medico con tossina botulinica prolungato nel tempo è risultato utile nei pazienti con emispasmo facciale primario per i quali l'intervento chirurgico era controindicato o di seconda scelta.

P15 LESIONI DEL CAMPO VISIVO PER ALTERAZIONI RETROCHIASMATICHE SECONDARIE AD INTERVENTO DI BY-PASS CORONARICO

G. Vecchione
Villa Stabia di Napoli

Obiettivo: Comprendere la variazione delle lesioni perimetriche nel tempo per atrofia della corteccia cerebrale destra secondaria a occlusione dell'arteria cerebrale posteriore destra dopo intervento di By-pass coronarico. **Materiali e Metodi:** È stato analizzato il caso di un paziente sottoposto a multiplo intervento di By-pass coronarico. Il paziente lamentava calo del visus e difficoltà nella lettura. Al campo visivo eseguito nel giugno 2009 vi era una quadrantanopsia superiore sinistra in OD e una emianopsia parziale nell'OS. La lesione era dovuta a un deficit di flusso dell'arteria cerebrale posteriore dx instauratasi per l'ipotensione o per il distacco di un embolo durante l'intervento di By-pass. **Risultati:** A distanza di 6 mesi vi è stata una riduzione della quadrantanopsia superiore sinistra in OD e della emianopsia parziale nell'OS. Il visus è di 10/10 in OD e di 3-4/10 in OS per un'ambliopia precedente all'intervento di By-pass. **Conclusioni:** Il trattamento con antiaggregante può ridurre le lesioni campimetriche secondarie a occlusione dell'arteria cerebrale posteriore.

P15b LIPOSARCOMA PRIMITIVO DELL'ORBITA

P. Bonavolontà, D. Strianese, P. Magliozzi, A. Iuliano, F. Tranfa, G. Uccello, G. Bonavolontà
Università degli Studi di Napoli Federico II, Dipartimento di Oftalmologia

Obiettivo: Descrivere 6 nuovi casi di liposarcoma primitivo dell'orbita e fornire una revisione della letteratura. **Materiali e Metodi:** Studio non comparativo di una serie di 6 casi consecutivi di liposarcoma primitivo dell'orbita, presentazione clinica, imaging, istopatologia dei sei nuovi casi e revisione della letteratura. **Risultati:** Sei nuovi casi di liposarcoma primitivo dell'orbita sono stati identificati, di cui 5 come presentazione primaria e 1 come recidiva. In 4 casi, l'exenteratio orbitae è stata rinviata, e in conseguenza si è verificata una recidiva in tutti e 4. Tutti i casi sono stati in fine exenterati, e 2 casi anno avuto una recidiva locale nonostante la successiva exenteratio orbitae. Due casi presentavano in associazione la sindrome Li-Fraumeni. **Conclusioni:** Il liposarcoma dell'orbita è estremamente raro. La diagnosi può essere difficile a causa dell'iniziale incertezza dell'esame istopatologico che richiede un alto sospetto clinico per effettuare la diagnosi. L'exenteratio orbitae, dopo la biopsia, è la migliore modalità di trattamento.

P16 UTILIZZO DI COLLA BIOLOGICA (OCUSEAL) NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

A. Mularoni, L. Di Silvestre, G. Tassinari, S. Primitivo
 UO Oculistica, Ospedale Maggiore di Bologna

Obiettivo: Testare l'efficacia di un nuovo tipo di colla biologica in pz. con degenerazione corneale periferica sottoposti a facoemulsificazione. **Materiali e Metodi:** 36 occhi di 18 pazienti con degenerazione corneale periferica sono stati sottoposti bilateralmente a intervento di facoemulsificazione e impianto di IOL nel sacco. L'incisione 2.8 mm veniva da un lato sigillata con colla Ocuseal Gruppo A, dall'altro suturata con 1 punto in nylon in 10-0 Gruppo B o praticata solo una idrosutura Gruppo C. Esami pre-op: visita oculistica completa e tomografia corneale per valutare l'astigmatismo. **Risultati:** La cicatrizzazione del tunnel è avvenuta senza complicanze in tutti i gruppi. Il Gruppo A ha presentato rispetto ai Gruppi B e C una più rapida riabilitazione visiva senza modificazioni dell'astigmatismo preoperatorio. I Gruppi A e C hanno riferito una minor sensazione di corpo estraneo in prima e settima giornata. **Conclusioni:** Nel nostro studio l'utilizzo di Ocuseal si è dimostrato una valida alternativa alla sutura standard nell'intervento di facoemulsificazione in pazienti con degenerazione corneale periferica.

P17 LENTI INTRAOCULARI AGGIUSTABILI CON LA LUCE: UN'ALTERNATIVA PER LA CORREZIONE DI MIOPIA, IPERMETROPIA ED ASTIGMATISMO

F. Badalà, F. Bergamini
 UOC Oculistica, Ospedale San Giuseppe, Milano

Obiettivo: Lo scopo dello studio è presentare efficacia e sicurezza delle lenti intraoculari aggiustabili con la luce (LAL) nel trattamento della cataratta e dei difetti di refrazione. **Materiali e Metodi:** Dieci occhi di dieci pazienti affetti da cataratta sono stati sottoposti a facoemulsificazione con impianto di LAL nel sacco capsulare. Una biometria a Interferenza Laser (IOL-Master, Zeiss) è stata utilizzata per il calcolo del potere della lente intraoculare. La refrazione dei pazienti è stata controllata a 14 giorni dalla chirurgia e il difetto visivo residuo è stato corretto mediante esposizione a luce UV. La luce UV viene fornita da un apparecchio dedicato (LDD). **Risultati:** Il difetto refrattivo medio dopo impianto di LAL e aggiustamento del potere mediante luce UV è stato di -0.26 diottrie (equivalente sferico). Non si sono verificate complicanze intraoperatorie, post-operatorie o post aggiustamento delle LAL. **Conclusioni:** L'impianto delle lenti intraoculari aggiustabili con la luce rappresenta una valida alternativa in quei pazienti affetti da cataratta che intendono liberarsi di eventuali vizi di refrazione.

P18 STABILITÀ ED ACCURATEZZA REFRAKTIVE DELLA IOL DA MICROINCISIONE BAUSCH & LOMB M160

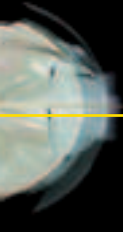
A. Bardocci, G. Lofoco, F. Ciucci, C. De Gaetano
 UOC Oculistica, Ospedale S. Pietro FbF, Roma

Obiettivo: Valutare la stabilità e l'accuratezza refrattive della IOL pieghevole Bausch & Lomb M160. **Materiali e Metodi:** 34 occhi impiantati con la IOL da microincisione Bausch & Lomb M160. Gruppo di controllo 29 occhi impiantati con la IOL pieghevole Bausch & Lomb Akreos AO. La stabilità refrattiva è stata valutata sia soggettivamente che obiettivamente 3 giorni, 2 e 4 settimane dopo l'intervento. In tutti i casi è stata impiegata la biometria ottica (IOLMASTER). Le costanti impiegate sono quelle riportate nel sito ULIB (<http://www.augenklinik.uni-wuerzburg.de/eulib/index.htm>). **Risultati:** La refrazione obiettiva ai 3 intervalli temporali è risultata -0.69, -0.94 e -0.88 per la M160 e -0.33, -0.49 e -0.41 per la Akreos AO. La refrazione soggettiva è risultata -0.6, -0.81 e -0.77 per la M160, e -0.23, -0.28 e -0.26 per la Akreos AO. Riguardo alla accuratezza refrattiva, la refrazione postoperatoria obbiettiva con la M160 è risultata -0.27D rispetto a quella prevista dal calcolo biometrico, mentre con la Akreos AO la refrazione postoperatoria obbiettiva è risultata +0.33. **Conclusioni:** Nel campione studiato M160 ha mostrato una lieve miopizzazione che aumenta durante i primi giorni di follow-up. Utilizzando le costanti suggerite sul sito ULIB la refrazione postoperatoria è risultata più miopica rispetto alla previsione biometrica.

P19 AZIONE DELL'AVASTIN INTRAVITREALE SULL'EDEMA MACULARE DIABETICO NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

P. Aurilia, L. Peloso, I. Mele, R. De Marco
 U.O.C. di Oculistica, Ospedale C. Ascalesi

Obiettivo: Valutare l'effetto dell'iniezione intravitreale di Avastin combinata all'intervento di cataratta in pazienti con maculopatia diabetica. **Materiali e Metodi:** 34 pazienti con maculopatia diabetica sono stati divisi in due gruppi, uno sottoposto alla sola chirurgia della cataratta, l'altro in cui la chirurgia è stata combinata con l'iniezione intravitreale di Avastin (1,25mg) Sono state valutate A.V. ed OCT. **Risultati:** Prima della chirurgia, tra i 2 gruppi, non c'erano significative differenze di A.V. e stadio della cataratta.



A distanza di un mese e di tre mesi dalla chirurgia della cataratta il gruppo di controllo ha mostrato un incremento dello spessore retinico laddove il gruppo sottoposto ad iniezione di Avastin ha mostrato un significativo decremento. **Conclusioni:** I risultati a breve termine suggeriscono che l'avastin ha la capacità non solo di prevenire l'incremento dello spessore retinico ma di ridurre lo spessore retinico in occhi con maculopatia diabetica sottoposti ad intervento di cataratta.

P20 LA LIGHT ADJUSTABLE LENS: PRIMA ESPERIENZA ITALIANA

R. Bellucci, A. Morgante, G. Santin, C. Chierogo, M. Cargnoni
UOC Oculistica, Ospedale ed Università di Verona

Obiettivo: Riferiamo la prima esperienza italiana sulla Lente Aggiustabile dalla Luce (LAL), un cristallino artificiale di silicone il cui potere diottrico può essere modificato dopo l'impianto attraverso l'esposizione controllata a raggi ultravioletti. **Materiali e Metodi:** La LAL è stata impiantata in 10 occhi dopo intervento di cataratta. Due-tre settimane dopo l'impianto sono stati eseguiti l'aggiustamento della lente in base all'ametropia residua, e successivamente il suo blocco per evitare ulteriori modificazioni. I trattamenti postoperatori avvengono in brevi sedute ambulatoriali. **Risultati:** Dopo l'impianto, l'ametropia residua era inferiore a 0.5 D in 3 occhi, e inferiore a 1.25 D in tutti gli occhi. L'astigmatismo era inferiore a 1 D in 4 occhi, e inferiore a 2 D in tutti gli occhi. Dopo l'aggiustamento, in tutti gli occhi l'ametropia era inferiore a 0.5 D, e l'astigmatismo inferiore a 0.75 D. L'acutezza visiva non corretta era di almeno 8/10 in tutti gli occhi. **Conclusioni:** La Lente Aggiustabile dalla Luce è l'innovazione più importante degli ultimi anni in tema di implantologia. I primi risultati clinici sono entusiasmanti e fanno prevedere un ampio interesse da chirurghi e pazienti.

P20b STUDIO DINAMICO DEL DIAFRAMMA IRIDEO CON OCT-VISANTE (ZEISS), NEI SOGGETTI IN TERAPIA CON α 1- BLOCCANTI: QUALI SONO I CANDIDATI ALLA "FLOPPY-IRIS SYNDROME?". UN AIUTO IN PIÙ PER METTERE IN CAMPO STRATEGIE VINCENTI

G. Orefice, A. D'Aloia, R. di Lauro
Ospedale C.T.O., ASL 1 Napoli

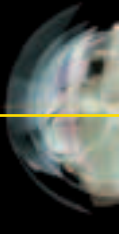
Obiettivo: Evidenziare elementi utili per prevedere l'insorgenza, intraoperatoria, della "Floppy-Iris syndrome" e, quindi, prevenirla con la messa in campo di strategie chirurgiche più appropriate. **Materiali e Metodi:** Nel periodo Gennaio-Novembre 2009 abbiamo arruolato 27 occhi di soggetti in trattamento con β 1-bloccanti, che dovevano essere sottoposti ad intervento di cataratta (durezza 2-3). Si è proceduto alla classificazione della morfologia iridea prima e dopo instillazione di protocollo midriatico; esecuzione di OCT-Visante in condizione base e dopo midriasi farmacologica. Gli elementi raccolti hanno permesso una classificazione dei casi in soggetti a basso, medio ed alto rischio di IFIS-Sindrome. **Risultati:** La "Floppy-Iris syndrome" con le tre componenti classiche si è evidenziata nel 14,8% dei casi; nel 36,7% si è presentata un'iride tremula e/o tendenza alla miosi, nei restanti casi nessun fenomeno apprezzabile. Abbiamo eseguito preparazione con atropina o, intracamerulare di isonefrina, uso di viscoelastici viscoadattivi (Healon 5) parametri della macchina più "prudenti", tecnica di facoemulsificazione bidirezionale con Ultrasuoni di tipo oscillatorio, solo nei casi più a rischio si è proceduto all'uso previo di retrattori iridei o conformatori (tipo Milvella, Malyugin). **Conclusioni:** L'uso di farmaci β -bloccanti selettivi e non, pone seri interrogativi sulla "Floppy-Iris" syndrome e sull'atteggiamento dell'Oftalmologo. L'uso dell'OCT-Visante ridurrà i rischi operatori nei casi specifici.

P21 DACRIOCISTORINOSTOMIA ENDOSCOPICA ENDONASALE (EN-DCR): COMPARAZIONE MANOMETRICA FUNZIONALE TRA STOMIA ANTERIORE E POSTERIORE

A. Salicone¹, M. Gamera², G. Sorrentino², G. Arienzo¹, M. Motta¹, L. Motta¹

1. UOC Oculistica, P.O. San Leonardo, Castellammare di Stabia (NA)
2. UOC Otorinolaringoiatria, P.O. San Leonardo, Castellammare di Stabia (NA)

Obiettivo: La dacriocistorinostomia endoscopica endonasale (EN-DCR) prevede l'esecuzione di una stomia anteriore oppure posteriore. La manometria naso-sinusale consente di comparare l'effetto dei due approcci sull'efficacia di svuotamento del sacco lacrimale. **Materiali e Metodi:** Abbiamo trattato con EN-DCR 8 pazienti divisi in due gruppi, 5 femmine e 3 maschi. Il Gruppo A è stato trattato mediante EN-DCR anteriore (stomia a livello del processo frontale dell'osso mascellare), il Gruppo B con EN-DCR posteriore (stomia alla giunzione tra mascellare e lamina basale del turbinato medio). L'età media era 42,6 anni (range 29-79 anni). Dopo tre mesi, alla rimozione dello stent, sono stati sottoposti a manometria nel punto della stomia ed è stato rilevato il valore di picco. **Risultati:** Il Gruppo A trattato mediante EN-DCR anteriore presentava valori medi manometrici di picco di $-1,3 \pm 0,4$ mbar mentre il gruppo B trattato mediante EN-DCR posteriore presentava valori medi manometrici di picco di $-2,5 \pm 0,7$ mbar. **Conclusioni:** La manometria conferma la maggiore efficacia della EN-DCR posteriore che, determinando una riduzione



della sezione di passaggio dell'aria, provoca un aumento della velocità di flusso e dell'effetto Venturi sullo svuotamento del sacco lacrimale.

P22 AUTOTRAPIANTO CONGIUNTIVALE ASSOCIATO AD APPLICAZIONE TOPICA DI MITOMICINA C PER IL TRATTAMENTO DELLO PTERIGIO RECIDIVANTE: RISULTATI A 3 ANNI. NOSTRA ESPERIENZA

C. Zotti¹, L. De Martino¹, D. Cirone¹, L. Cimino¹, L. Cappuccini²

1. S.C. di Oculistica, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
2. Direttore S.C. di Oculistica, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

Obiettivo: Riportare i risultati a 4 anni del trattamento chirurgico dello pterigio recidivante, mediante tecnica di autotrapianto congiuntivale e applicazione topica intraoperatoria di Mitomicina C (MMC). **Materiali e Metodi:** Studio retrospettivo, dal 2002 al 2005, condotto su 26 occhi di 23 pazienti, affetti da pterigio recidivante. I pazienti sono stati tutti sottoposti ad intervento di asportazione della lesione fino al piano corneo-sclerale, applicazione intraoperatoria topica di MMC al 0,5% e autotrapianto di lembo congiuntivale libero, prelevato in sede bulbare superotemporale dallo stesso occhio. Il principale parametro da noi valutato è stato il rate di recidiva di malattia. **Risultati:** Su 26 occhi, soltanto un caso, di origine asiatica, ha richiesto ulteriore trattamento chirurgico (operato 3 volte). In oltre il 90% dei casi, a 4 anni dall'intervento, non sono stati rilevati segni di recidiva a livello corneale. **Conclusioni:** In base alla nostra esperienza, l'autotrapianto congiuntivale associato all'applicazione locale intraoperatoria di MMC si è dimostrata una tecnica chirurgica, per lo pterigio complicato già recidivante, sicura ed efficace nel prevenire ulteriori recidive.

P23 CHIRURGIA DELLO PTERIGIO MEDIANTE AUTOTRAPIANTO LIMBO-CONGIUNTIVALE CON TECNICA CUT AND PASTE.

E. Savio, R. Protti, C. Panico

Reparto di Traumatologia, Ospedale Oftalmico, Torino

Obiettivo: Determinare l'efficacia dell'autotrapianto limbo-congiuntivale associato all'uso di tissue-cell nel trattamento dello pterigio. **Materiali e Metodi:** Abbiamo analizzato 15 pazienti (15 occhi) operati tra il gennaio 2008 e il dicembre 2009 di chirurgia dello pterigio primario. La tecnica chirurgica prevedeva l'innesto di un lembo libero limbo-congiuntivale prelevato nel settore superiore e applicato con colla di fibrina nella sede sclerale esposta dopo resezione dello pterigio. Non abbiamo voluto usare suture per ridurre la reazione infiammatoria. Abbiamo analizzato eventuali complicanze post-operatorie, recidive precoci o tardive e il visus. **Risultati:** Non si è verificata nessuna complicanza post intervento, su 15 occhi abbiamo registrato un caso di recidiva a lungo termine (2 anni) e nessun caso di recidiva a breve termine (dopo 3 mesi). I valori percentuali, confrontati con i risultati ottenuti su un gruppo controllo operato utilizzando suture con Nylon 9.0, hanno dimostrato una riduzione dell'incidenza di recidive anche se statisticamente non significativa ($p > 0,005$). In nessun caso si è registrata diminuzione del visus pre operatorio. **Conclusioni:** La tecnica chirurgica si presenta come un procedimento di facile esecuzione, sicuro, scevro da complicanze gravi e con bassa incidenza di recidive.

P24 TRATTAMENTO CROSS-LINKING NORMALE E PER VIA TRANS-EPITELIALE IN ETA' PEDIATRICA

A. Turtoro¹, M. Fortunato²

1. Ospedale Pugliese-Ciaccio, Catanzaro
2. Ospedale pediatrico Bambin Gesù, Roma

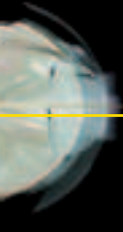
Obiettivo: Dimostrare l'efficacia del trattamento Cross-Linking normale e per via trans-epiteliale in pazienti affetti da cheratocono in età pediatrica. **Materiali e Metodi:** Gli Autori presentano un follow-up di 2 anni di trattamento Cross-Linking in pazienti affetti da cheratocono in età pediatrica (tra 9 e 18 anni). In 2 casi selezionati (spessore corneale misurato con esame pachimetrico $< 300 \mu\text{m}$) è stato opportuno effettuare un trattamento per via trans-epiteliale. **Risultati:** In tutti i pazienti trattati è stato dimostrato un ricentramento del cono (valutato con esame Orbscan), stabilizzazione del visus e reincremento dei valori pachimetrici. **Conclusioni:** Gli Autori ritengono che il Cross-Linking sia l'ideale soluzione nei casi di evoluzione rapida del cheratocono, come avviene nelle forme infantile e giovanile.

P25 TRATTAMENTO DELLE NEOVASCOLARIZZAZIONI CORNEALI CON ANTI-VEGF

A. Turtoro, M. Turtoro, G. Perri

Ospedale Pugliese Ciaccio, Catanzaro

Obiettivo: Dimostrare l'efficacia del trattamento intracamerulare con anti-VEGF in un paziente con neovascolarizzazione corneale profonda e precedentemente sottoposto a cheratoplastica perforante. **Mate-**



riali e Metodi: Gli Autori presentano il case-report di un paziente sottoposto a cheratoplastica perforante a seguito di trauma corneale; la comparsa di neovasi corneali è stata repentinamente trattata con un'unica iniezione intracamerulare di anti-VEGF. **Risultati:** In letteratura, terapie chirurgiche e parachirurgiche (fotocoagulazione laser, diatermia, cauterizzazione, PDT) sono risultate essere efficaci nella regressione dei neovasi corneali, ma con frequente riscontro di recidive nel follow-up. I risultati del trattamento con anti-VEGF intracamerulare, scevri da complicanze, sono stabili da un anno. **Conclusioni:** La neovascolarizzazione corneale rappresenta il principale fattore di rischio per il rigetto del trapianto di cornea. Il trattamento con pegaptanib in via intracamerulare ha consentito la scomparsa dei neovasi corneali profondi.

P26 IMPIEGO DI AZITROMICINA TOPICA IN ASSOCIAZIONE CON FLUOROCHINOLONICO IN UN CASO DI ASCESSO CORNEALE DA PSEUDOMONAS AERUGINOSA

C. Manganelli, S. Turco

Istituto di Oftalmologia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Obiettivo: Viene descritto il caso di un paziente portatore di lac mensili inizialmente trattato con levofloxacina topica per ascesso corneale. **Materiali e Metodi:** A 48 ore dall'inizio della terapia, ottenuta la risposta del raschiato corneale positivo per P. aeruginosa e l'antibiogramma, è stato sostituito il fluorochinolonico ed associata azitromicina 1.5% topica. L'azitromicina è un macrolide recentemente disponibile per uso topico, mostra un'azione battericida lenta, un effetto postantibiotico prolungato con soppressione della crescita batterica anche dopo esposizione breve. Lo spettro d'azione è ampio ed è indicata nelle congiuntiviti purulente. **Risultati:** Dopo 72 ore il controllo ha evidenziato un miglioramento del quadro clinico. L'esito finale è stato favorevole con la formazione di un leucoma corneale ed un completo recupero visivo. **Conclusioni:** L'azitromicina topica è stata associata per l'efficacia contro i gram -, l'effetto postantibiotico e la posologia semplice, favorendo probabilmente il decorso clinico con riduzione della durata dell'infezione e facilitando il processo di guarigione.

P27 STUDIO COMPARATIVO SULL'EFFICACIA TERAPEUTICA DEL CLORIDRATO DI OLOPATADINA E DEL FUMARATO DI CETOTIFENO

R. Halfeld Furtado de Mendonça¹, C. Halfeld Furtado De Mendonça², K. Sary Sunahara¹

1. Università di San Paolo, Reparto di Oftalmologia, Brasile

2. Nucleo di Microchirurgia Oculare di Rio de Janeiro, Brasile

Obiettivo: Confrontare l'efficacia terapeutica fra la olopatadina (Patano[®]) ed il cetotifeno (Zaditen[®]) nel trattamento delle congiuntiviti allergiche croniche. **Materiali e Metodi:** Sono stati studiati 30 pazienti, affetti da congiuntivite allergica cronica. I pazienti, dopo aver assunto uno dei due farmaci per un periodo 45 giorni, sono stati valutati mediante esami di biomicroscopia e un questionario di autovalutazione sui sintomi. **Risultati:** Considerando l'iperemia e l'iperetropia, prima e dopo l'assunzione dei farmaci, il cetotifeno ha dimostrato di essere più efficace dell'olopatadina. Nel prurito, lacrimazione, dolore, acuità visiva e fotofobia il cetotifeno risulta più efficace o allo stesso livello dell'olopatadina. Non sono state riscontrate situazioni in cui l'olopatadina si sia dimostrata più efficace del cetotifeno. **Conclusioni:** I risultati di questo studio hanno evidenziato migliori prestazioni del cetotifeno rispetto a quelle dell'olopatadina. Ulteriori studi sono necessari considerando soprattutto che il campione utilizzato è piccolo.

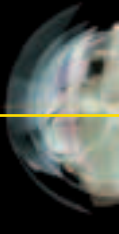
P28 LA CHERATOPLASTICA PERFORANTE CON IL LASER IFS150: VALUTAZIONE DEI PROFILI DI TAGLIO PER OTTIMIZZARE L'APPLICAZIONE DELLA SALDATURA LASER

L. Menabuoni¹, I. Lenzetti¹, L. Cortesini¹, A. Canovetti¹, F. Rossi², R. Pini²

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

2. Istituto di Fisica Applicata CNR, Firenze

Obiettivo: Si presentano gli sviluppi della tecnica di Cheratoplastica Perforante basata sull'impiego del laser a femtosecondo iFS 150 per la preparazione sia del lembo del donatore che per quello del ricevente. A questa tecnica, come nostra consuetudine, associamo la saldatura con laser a diodo. **Materiali e Metodi:** In 10 pazienti affetti da varie patologie corneali, il laser iFS 150 è stato utilizzato per preparare il lembo del donatore e del ricevente con un identico modello. Allo scopo è stato disegnato un nuovo profilo, chiamato a incudine, che ci ha permesso un incastro ottimale. Al termine dell'intervento con l'apposizione di 8-16 punti di ancoraggio, si è provveduto alla saldatura laser assistita. **Risultati:** In tutti i casi si è riscontrato una buona tenuta del tessuto innestato con soddisfacente controllo dell'astigmatismo, dovuto sia al perfetto allineamento del lembo con la struttura del ricevente, che al buon controllo del processo di riparazione stromale legato alla procedura di saldatura laser. **Conclusioni:** La tecnica proposta, di facile esecuzione, permette di ottenere un'immediata tenuta della cicatrice chirurgica e un evidente miglioramento sia del processo di guarigione che del controllo dell'astigmatismo postoperatorio.



P29 CROSS-LINKING CORNEALE: PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI CON APPLICAZIONI PARTICOLARI

A. Laborante¹, M. Gaspari¹, L. Buzzonetti²

1. UOC Oculistica Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)
2. Ospedale "Bambino Gesù", Roma

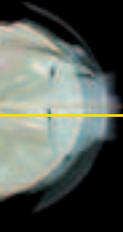
Obiettivo: Valutare l'efficacia del Cross-Linking sulla trasparenza corneale in caso di scompenso corneale o neovascolarizzazione. Si valuta la trasparenza corneale, la migliore acutezza visiva naturale (USCVA), la migliore acutezza visiva corretta con lenti (BSCVA). **Materiali e Metodi:** Si valutano alcuni casi di pazienti con alterazione della trasparenza corneale (scompenso corneale post-cheratoplastica perforante e post-facoemulsificazione, cheratopatie con neovascolarizzazione). Viene eseguita una valutazione fotografica fino ai 6 mesi con controllo alla lampada a fessura, pachimetrica, USCVA e BSCVA. Riboflavina 0,1% e laser CSO-CBM Vega sono stati utilizzati. Il Cross-Linking era eseguito in associazione ad apposizione di M. Amniotica e/o utilizzo di anti-VGF. **Risultati:** Si è eseguita una valutazione preoperatoria, ed a 1 settimana, 1 mese, 3 e 6 mesi postoperatori valutando la trasparenza corneale con fotografia alla lampada a fessura, valutazione pachimetrica con ultrasuoni e con Pentacam, valutazione della USCVA e BSCVA. **Conclusioni:** I primi risultati confermano l'efficacia del Cross-Linking nel migliorare la trasparenza corneale e conseguentemente la capacità visiva. Quando si associano altre metodiche è possibile anche un miglioramento della neovascolarizzazione corneale.

P30 MELANOMI DELLA COROIDE PERIFERICA AD ACCRESCIMENTO PECULIARE: LA MASSA TUMORALE CAUSA UN DISTACCO DI COROIDE SIEROSO. ANALISI DI 4 CASI COMPROVATI ISTOLOGICAMENTE E DI UNA LESIONE IN FOLLOW-UP

V. Mazzeo¹, L. Lodi²

1. Studio Zavarini, Ferrara C.S.S., Belluno
2. UOC, Ospedale Maggiore, Bologna

Obiettivo: Descrivere un tipo di melanoma coroideale che causa nel suo accrescimento un distacco sieroso della coroide circostante e della coroide tumorale stessa. **Materiali e Metodi:** Analisi di tre casi di melanoma di grandi dimensioni (2 soggetti di sesso maschile di 76 e 49 anni ed uno di sesso femminile di 69 anni) ed uno di medie dimensioni (soggetto di sesso femminile di 68 anni) che all'esame ecografico presentavano una separazione sierosa delle coroide più periferica senza provocare il distacco del corpo ciliare. Analisi di un caso di lesione pigmentata di incerta origine di piccole dimensioni (soggetto femminile di 55 anni) che presenta le medesime caratteristiche. **Risultati:** Il melanoma della coroide presenta un accrescimento centripeto in cui lo spessore è molto spesso predominante sull'estensione laterale con eccezione per il melanoma piatto e causa un distacco di retina satellite. I casi descritti hanno come caratteristica di avere il bordo anteriore fra i due e quattro millimetri dalla pars plicata; l'accrescimento di tipo nodulare comporta il sollevamento della coroide normale od appena infiltrata, come dimostra il caso di medie dimensioni. **Conclusioni:** Nessun testo di oncologia o di anatomia patologica oculare segnala la presenza di un distacco sieroso di coroide satellite. Nell'unica immagine ecografica pubblicata le lamelle sovracoroideali sono state interpretate come "formazioni filamentose".



FORO MACULARE IDIOPATICO

G. Carlevaro

Il foro maculare idiopatico interessa prevalentemente pazienti emmetropi, nella 6° o 7° decade di vita, più frequentemente donne, inoltre è bilaterale nel 10% dei casi. Il foro maculare al I stadio, o impending macular hole, può risolversi spontaneamente o, nel 40% dei casi, evolvere verso un foro maculare a tutto spessore. La storia naturale del foro maculare al II e III stadio è invece progressiva con riduzione dell'acuità visiva in alcuni mesi. Il trattamento chirurgico è quindi attualmente indicato per il foro maculare allo stadio II, III e IV e presenta un successo anatomico del 60-95% dei casi. Aspetti attualmente in discussione della procedura chirurgica risultano la durata del posizionamento postoperatorio, l'uso dell'aria anziché il gas come tamponante e la scelta del tamponante nei casi di fallimento chirurgico o di recidiva di foro.

PUCKER MACULARE

T. Avitabile

Il Pucker maculare, idiopatico o secondario, è causato dall'ispessimento e dalla contrazione di una membrana epiretinica maculare formata in corrispondenza dell'interfaccia vitreoretinica per proliferazione di cellule gliali. Esso causa deformazione dell'albero vascolare maculare ed edema maculare trazionale che clinicamente si manifesta con distorsione delle immagini (metamorfopsie) e visione centrale offuscata. Il trattamento di tale patologia è solo chirurgico e consiste nella rimozione (peeling) della membrana maculare epiretinica, previa vitrectomia pars plana, allo scopo di migliorare o eliminare le deformazioni visive e indurre un miglioramento dell'acuità visiva. In questi ultimi anni, il continuo perfezionamento della chirurgia vitreo-retina e lo sviluppo di tecniche mini-invasive, hanno influenzato l'approccio terapeutico al trattamento di questa patologia. Scopo di tale comunicazione è riportare le indicazioni al trattamento e le varie tecniche di chirurgia vitreo-retinica proposte.

CORRELAZIONE TRA AUTOFLUORESCENZA, SENSIBILITÀ MACULARE, ELM NEL DISTACCO DI RETINA MACULA-OFF

M. Romano^{1,2}, C. Costagliola², P. Vinciguerra¹

1. Dipartimento di Oftalmologia, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano

2. Dipartimento di Scienze della Salute, Università del Molise, Campobasso

Obiettivo: Scopo del lavoro è valutare modificazioni morfologiche e funzionali dell'epitelio pigmentato retinico e della retina neurosensoriale in regione maculare dopo chirurgia per distacco di retina (DR) regmatogeno eseguita con approccio ab-esterno. **Materiali e Metodi:** Studio prospettico non comparativo. Sessantotto occhi di 68 pazienti consecutivi affetti da DR macula-off trattati con chirurgia episclerale. Follow-up a 9-mesi. Autofluorescenza 580 nm (FAF), sensibilità maculare dei 12° centrali (MS) e spectral domain OCT (sdOCT) sono stati analizzati ad ogni follow-up. Endpoint: presenza di una correlazione tra acuità visiva corretta (BCVA), FAF, MS and (membrana limitante esterna) ELM dopo chirurgia per DR. **Risultati:** La FAF non correlava con modificazione di BCVA, MS o ELM. Le scansioni sdOCT evidenziavano la presenza della ELM in 56/68 occhi (82%). L'interruzione dell'ELM era significativamente correlata con la BCVA postoperatoria ($p<0.05$) in relazione alla estensione della interruzione dello strato di ELM. Modificazioni della MS correlavano solo con modificazioni ultrastrutturali della ELM ($p<0.05$). **Conclusioni:** L'analisi delle variabili analizzate ha evidenziato che l'interruzione della ELM, valutato dallo sdOCT, è il fattore prognostico più correlato al recupero funzionale nel DR macula-off.

DOPIO TAMPONAMENTO OLIO DENSIRON 68 - OLIO 1000 CENTISTOKES NEL TRATTAMENTO DEL DISTACCO DI RETINA COMPLICATO CON PVR

C. Forlini*, M. Forlini**, P. Rossini*

(*) U. O. di Oftalmologia Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna

(**) Clinica Oculistica, Università di Modena

Introduzione: Nostra esperienza nell'utilizzo del doppio tamponamento Densiron 68-olio 1000cs prima scelta nel DR complicato da PVR. **Materiali e metodi:** 24 pazienti con DR e PVR. Tecnica chirurgica: vitrectomia transconjuntivale 23 gauge triamcinolone-assistita, peeling di MER e MLI (staining con ICG); utilizzo di PFCL, endolaser sulle rotture presenti e a 360°; scambio PFCL-Densiron+olio 1000cs (60%-40%) diretto o previo passaggio con aria. Tamponamento per un periodo tra 60-90 giorni. Rimozione eseguita mediante aspirazione attiva (500-600 mmHg) con sistema 20 o 23 gauge. **Risultati:** Il follow-up è di 12 + 2 mesi e in 23 casi la retina è accollata. **Complicanze:** 1 caso di recidiva dopo 20 giorni; 1 caso ha sviluppato ipotonia cronica ed è stato tamponato con olio 1000cs a permanenza; 4 casi di essudazione con depositi fibrinosi in camera anteriore sulla superficie anteriore e posteriore della IOL, associati ad ipertono oculare, risolti dopo la rimozione del doppio tamponamento. **Conclusioni:** Tamponamento Densiron 68-olio 1000cs, associato al peeling routinario della ILM, ha permesso di evitare (nella nostra esperienza) il verificarsi di episodi di recidiva di DR o di PVR e al polo posteriore.

ANATOMICAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN NONVASCULAR AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION (AMD) TREATED WITH HAEMORHEOPHERESIS

Rozsival P.¹, Rencová, E.¹, Langrová H.¹, Bláha M.², Studnička J.¹, Lánská. M.², Bláha V.³, Kyprianou G.¹

Charles University

1. Dept. of Ophthalmology

2. IInd Dept. of Internal Medicine, Haematology

3. Dept. of Metabolism and Gerontology, Hradec Králové, Czech Republic

We evaluated anatomical and functional effects of haemorrhopheresis (RHF) in the treatment of AMD. Retinal pigment epithelium detachment (RPED) was found in 19 eyes (12 treated patients) and in 15 eyes (12 controls) at baseline. Patients were treated with 8 series of RHF within 10 weeks. BCVA was tested using ETDRS charts; RPED-area was examined using a digital Reconstruct program. Baseline median BCVA of treated patients was 0.63 and 0.8 in controls. After 2.5-years, BCVA of treated patients remained unchanged, whereas it decreased insignificantly in controls to 0.63. We noticed a significant reduction in the size of RPED-region of treated eyes from 0.06 to 0.01. In the control group, there was a significant RPED-area enlargement from 0.020 to 0.10. We detected reattachment of RPED area in 7 eyes of treated patients and development of CNV in 4 control eyes. We noticed a significant reduction and in some patients, even the reattachment of drusen RPED after the treatment. Visual acuity and electrical activity of the retina can be stabilized or even improved after RHF.

Supported by Grant IGA MH CR NS/9738-4.

AUTOFLUORESCENZA IN CORIORETINOPATIA SIEROSA CENTRALE: CONFRONTO FRA CSLO-HRA E FUNDUS CAMERA

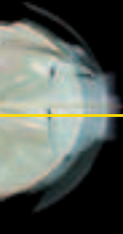
C. Bruè, Y. Imamura, R.F. Spaide

Scopo: Confrontare immagini d'autofluorescenza in pazienti affetti da corioretinopatia sierosa centrale utilizzando due strumenti d'imaging: confocal scanning laser ophthalmoscopy (cSLO) e fundus camera-based system. **Materiali e metodi:** Immagini ottenute con i due strumenti di autofluorescenza sono state valutate retrospettivamente, ed eventuali differenze investigate con lo spectral-domain optical coherence tomography (SD-OCT). Ipoautofluorescenza confluyente è stata considerata come un'area di ridotta fluorescenza dalle dimensioni di almeno $\frac{1}{4}$ del diametro del disco ottico. Un'ipo- iperautofluorescenza granulare sono state definite come aree di ridotta e aumentata fluorescenza, rispettivamente. Depositi sottoretinici iperautofluorescenti sono stati definiti come punti altamente fluorescenti, dimostrati essere nello spazio sottoretinico dallo SD-OCT. **Risultati:** Quarantacinque occhi di ventisette pazienti (20 maschi; età media, 54.3 ± 11.4 anni) affetti da corioretinopatia sierosa centrale sono stati studiati. cSLO ha mostrato un'attenuazione dell'autofluorescenza nella macula centrale per la presenza del pigmento maculare in 34 (75%) occhi, rispetto alla fundus camera. Depositi sottoretinici iperautofluorescenti sono stati riscontrati dalla fundus camera in 22 (49%) occhi, e dal cSLO in 10 (22%). Un'iperautofluorescenza granulare è visibile con la fundus camera in 32 (71%) occhi, e con il cSLO in 14 (31%). Un ipoautofluorescenza granulare viene definita dalla fundus camera in 39 (87%) occhi, e dal cSLO in 16 (36%). In confronto con immagini della fundus camera, lo cSLO ha mostrato aree più marcate di diffusa autofluorescenza in 6 (13%) occhi, corrispondenti a perdita dei segmenti esterni dei fotorecettori con lo SD-OCT. **Conclusioni:** Immagini di autofluorescenza con cSLO sono influenzate dal pigmento maculare, e la perdita dei segmenti esterni dei fotorecettori causa una diffusa iperautofluorescenza a livello maculare. L'autofluorescenza derivante dallo spazio sottoretinico e dalla retina esterna era più evidente con la fundus camera.

OCCLUSIONI VENOSE: CLINICA

R. Lattanzio

A prescindere dalla sua sottospecializzazione, non c'è oculista che prima o poi non si trovi a fronteggiare una occlusione venosa retinica. Per quanto relativamente rara, la patologia occlusiva venosa occupa il secondo posto tra le vasculopatie retiniche, superata in termini di frequenza solo dalla retinopatia diabetica. Nonostante sia riconosciuta come entità clinica da quasi 150 anni e su di essa si sia accumulata una copiosa letteratura, rimane tuttora una patologia complessa, con molte sfaccettature, sia per quanto riguarda la classificazione delle diverse forme, che la loro patogenesi, la prognosi e i possibili trattamenti. Un'occlusione venosa retinica può essere il riscontro casuale in un paziente quasi asintomatico o avere conseguenze drammatiche sulla qualità della vita di chi ne viene colpito. Spesso è la spia di una condizione sistemica potenzialmente grave il cui riconoscimento rende possibile una terapia mirata alla prevenzione di conseguenze potenzialmente anche più gravi rispetto al problema oculare. Il compito dell'oculista non si ferma quindi alla diagnosi e al trattamento della manifestazione locale, ma implica il corretto inquadramento del paziente, reso possibile solo dalla collaborazione tra più specialisti. Le occlusioni venose sono un esempio di approccio interdisciplinare che deve essere comunque tempestivo e corretto al fine di garantire al paziente il meglio out come anatomico e funzionale.



IMAGING NELLE UVEITI

F. Viola

La diagnostica per immagini è di cardinale importanza non solo per l'inquadramento delle patologie di natura infiammatoria, ma anche per la gestione delle stesse. Accanto alla fluorangiografia, più recentemente altre metodiche si sono dimostrate utili per lo studio e la comprensione dei fenomeni patologici in corso di uveite. Basti pensare al ruolo ormai affermato dell'angiografia con verde di indocianina nell'identificazione e inquadramento delle patologie a carico della corioide (coriocapillare e stroma corioideale) o all'utilizzo emergente dell'autofluorescenza nello studio e monitoraggio delle alterazioni coinvolgenti l'epitelio pigmentato retinico. Nel corso della relazione verranno prese in esame le diverse modalità di imaging attualmente utilizzate come supporto diagnostico nelle uveiti - con particolare attenzione ad esami angiografici, autofluorescenza ed OCT - analizzandone, attraverso la presentazione di casi clinici, le principali indicazioni.

COINVOLGIMENTO DEL POLO POSTERIORE IN CORSO DI TUBERCOLOSI OCULARE

L. Cimino

Recentemente è riemerso l'interessamento oculare dovuto alla tubercolosi. L'uveite tubercolare è una malattia facilmente curabile e le conseguenze di un ritardo nella diagnosi, sia della malattia sistemica che del coinvolgimento oculare, possono essere molto gravi per il paziente. Nei pazienti con uveite cronica inspiegata, è importante avere un grande sospetto diagnostico e questo può essere influenzato dalle condizioni socio-economiche, dalla storia familiare, dall'origine etnica e dalla precedente storia medica del paziente. Il trattamento con la terapia antitubercolare associata ai corticosteroidi sistemici permette la risoluzione dell'infiammazione e di evitare recidive dopo la sospensione della stessa.

SARCOIDOSI E RETINA

P. Allegri

S.S. Uveiti - Osp. Lavagna (GE)

La sarcoidosi è una malattia cronica granulomatosa multisistemica scatenata da una eccessiva risposta cellulare immune ad uno o più antigeni (self e non-self) poco conosciuti, in soggetti geneticamente predisposti. L'eziologia è sconosciuta in parte a causa delle differenti manifestazioni della malattia e dall'assenza di criteri diagnostici universali; gli agenti infettivi si sono dimostrati capaci di scatenare la reazione sarcoide nei soggetti HLA predisposti. La malattia oculare può essere l'iniziale manifestazione (25-50%) e può progredire sino ad un grave deficit visivo. Tutte le strutture oculari e peri-oculari sono interessate. Tipiche lesioni oculari sono l'uveite anteriore acuta granulomatosa o cronica, i noduli iridei, opacità vitreali a "collana di perle", lesioni multiple corioretinali granulomatose periferiche o peripapillari, periflebite nodulare "a gocce di cera" e/o segmentaria e i macroaneurismi, più raramente irregolarità del calibro vascolare retinico. Recentemente sono stati stabiliti dei Criteri Diagnostici per Sarcoidosi Oculare (suddivisi in 4 categorie: 1. DEFINITA, 2. PRESUNTA, 3. PROBABILE, 4. POSSIBILE. Diagnostica oculare utile: FAG, ICG-A, OCT. COMPLICANZE OCULARI: sinechie, cataratta, glaucoma, patologie retiniche (edema maculare cistoide, membrana epiretinica, nevasi corioideali sottoretinici). La terapia è basata sulla localizzazione della malattia e dalla gravità dell'interessamento degli organi, principalmente corticosteroidi ed immunosoppressori sistemici.

GLAUCOMA

VARIAZIONI IN ACUTO DELL'ELETTRORETINOGRAMMA DA PATTERN IN SOGGETTI CON IPERTENSIONE OCULARE O GLAUCOMA PRECOCE DOPO SOMMINISTRAZIONE DI IBOPAMINA

I. Giuffrè, A. Colotto, T. Salgarello, E. Balestrazzi

Istituto di Oftalmologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Cattolica di Roma, Policlinico A. Gemelli

Finalità dello studio: Valutare le variazioni dell'elettroretinogramma da pattern (PERG) e della pressione oculare (IOP) in pazienti ipertesi oculari (OHT) o con glaucoma iniziale (EOAG) dopo somministrazione di ibopamina 2% collirio, farmaco midriatico non cicloplegico ad azione alfa-adrenergica e D1 dopaminergica. **Metodi:** Un gruppo di pazienti affetti da OHT o EOAG sono stati esaminati con misurazioni seriali della IOP e del PERG, in condizioni basali e 5, 10 e 15 minuti dopo instillazione di ibopamina al 2%. Le rilevazioni sono state eseguite prima dello sviluppo di una midriasi farmacologica ma nel periodo temporale in cui era atteso un aumento della IOP. **Risultati:** Nei pazienti con EOAG, ma non in quelli con OHT, si osservava, in parallelo con un aumento della IOP (> 3 mmHg), un significativo (> 50%, p<0.05) decremento transitorio dell'ampiezza PERG, che nei successivi 60 minuti recuperava i valori di ampiezza basale. **Conclusioni:** Questi risultati suggeriscono che l'autoregolazione neurale, in risposta all'aumento della IOP, è compromessa nell'EOAG mentre è ancora conservata nell'OHT e forniscono la base elettrofisiologica per l'uso di un nuovo test di provocazione nel glaucoma.

LA CHIRURGIA PERFORANTE DEL GLAUCOMA CON IMPIANTI EXPRESS X200 E P200

P. Lepre, A. Piccolo, G. Napoleone

Casa di Cura Villa dei Fiori s.r.l., Mugnano Napoli, Gruppo Health Care Italia

Obiettivo: Nostro scopo è valutare i risultati della chirurgia con microimpianti Express X200 e P200, e la relativa performance chirurgica. **Materiali e metodi:** Abbiamo operato 32 occhi affetti da GAA: 16 con Express P200, 16 con Express X200; Valutazioni preoperatorie: Età, Occhio, IOP, N. Farmaci Ipotonizzanti, Conta Endoteliale. IOP postop valutata a 7 gg, 1,3, 6, 12 mesi; Conta Endoteliale e N. Farmaci ipotonizzanti a 3, 6, 12 mesi. Abbiamo inoltre classificato ogni intervento con un indice di gradimento (da 1 a 3) del chirurgo relativo alla maneggevolezza intraoperatoria dell'impianto. **Risultati:** Express X200 IOP: riduzione Postop media 33,5%/3 mesi, 34,5%/6 mesi, 31,5%/12 mesi. N. Farmaci: riduzione postop. Media 90,48%/6 mesi, 84,65% /12 mesi. Conta Endoteliale: riduzione postop. Media: 8%/6 mesi, 8,5%/12 mesi, Indice gradimento medio: 22. Express P 200: riduzione Postop media 39,5%/3 mesi, 38,5%/6 mesi, 34,5%/12 mesi. N. Farmaci: riduzione postop. Media 91,3%/6 mesi, 85,65% /12 mesi. Conta Endoteliale: riduzione postop. Media: 9,2%/6 mesi, 8,9%/12 mesi. Indice gradimento medio: 36. **Conclusioni:** La chirurgia Express mostra una straordinaria efficacia terapeutica nel tempo. Con P200 sembrano definitivamente risolti i problemi di maneggevolezza intraoperatoria di X200, con una migliore risposta terapeutica media.

LA CANALOPLASTICA PER IL TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO: NOSTRA ESPERIENZA

Caramello G., Campana F., Leto M., Gallo R., Del Monte G.

Ospedale "Santa Croce e Carle", Cuneo

Obiettivo: Studio prospettico per valutare l'efficacia e le complicanze di una nuova tecnica chirurgica per il trattamento dell'OAG: la canaloplastica. **Materiali e metodi:** L'intera circonferenza del canale di Schlemm viene dilatata e messa in tensione con un filo di prolene 10.0 posizionato attraverso un microcatetere. Sono stati inseriti nel nostro studio 32 occhi di cui 29 con un POAG, 3 con un glaucoma pseudoesfoliativo. Sono stati valutati la PIO, l'acuità visiva, l'angolo di distensione trabecolare con un HR-UBM e le complicanze. **Risultati:** Ad 1 anno dalla canaloplastica sono stati ottenuti i seguenti risultati: la IOP media era di 14,80±4,09 mmHg (preoperatoria 24,0±6,23 mmHg p<0,00003, in terapia topica con 3,16±0,85 farmaci), l'acuità visiva media era di 0,54±0,29 (preoperatoria 0,56±0,31 p=ns), l'angolo di distensione trabecolare era di 11,34±3,03 gradi. Sono stati registrati 3 casi di ipoema massivo post-operatorio, 3 casi di ipertono transitorio ed 1 insuccesso. **Conclusioni:** La canaloplastica è una tecnica chirurgica non penetrante, sicura ed efficace, per il trattamento del glaucoma ad angolo aperto che mira a rimettere in funzione le vie naturali di filtrazione dell'umore acqueo senza ricercare una filtrazione sottocongiuntivale.

SCLERECTOMIA PROFONDA: 5 ANNI DI FOLLOW-UP

Caramello G., Campana F., Leto M., Gallo R., Del Monte G.

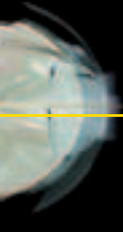
Ospedale "Santa Croce e Carle", Cuneo

Obiettivo: Valutare retrospettivamente i risultati e le complicanze a lungo termine della sclerectomia profonda in pazienti con glaucoma ad angolo aperto. **Materiali e metodi:** Questo studio include 85 occhi di 61 pazienti affetti da glaucoma ad angolo aperto primario o secondario non controllato. Sono stati esaminati la PIO, l'AV e le complicanze. Abbiamo considerato un successo completo una PIO <18 mmHg senza terapia, un successo parziale una PIO <18 mmHg con terapia ed un insuccesso una PIO >18 mmHg. **Risultati:** A 60 mesi dalla chirurgia la IOP media era di 13,65±8,08 mmHg (preoperatoria di 25,98±18,22 mmHg; p=0,00003), l'acuità visiva media era di 0,61±0,35 (preoperatoria di 0,60±0,33; p=ns). Non ci sono state complicanze intraoperatorie significative. Abbiamo eseguito un needling con 5-FU in 11 pazienti, una goniopuntura in 5 pazienti ed una iridectomia secondo Charleux in 2 pazienti. Abbiamo ottenuto un successo completo nel 70,59% dei pazienti, un successo parziale nel 27,06% ed un insuccesso nel 2,35% dei pazienti. **Conclusioni:** La sclerectomia profonda è una chirurgia efficace con ridotte complicanze postoperatorie che permette il mantenimento a lungo termine di un buon controllo tonometrico.

TAVOLA ROTONDA: UTILIZZO OFF-LABEL DI ANTIMITOTICI NELLA CHIRURGIA DEL GLAUCOMA

R. La Placa

Nel corso dell'intervento verranno analizzati i presupposti di liceità riferibili a qualunque prescrizione off label: come indicati anche dalla L. 94/1998 (c.d. Legge Di Bella), essi consistono nel consenso informato del paziente, nell'impossibilità, in base a dati documentabili, di trattare utilmente il paziente in label e nell'impiego del medicinale off label, conformemente a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale. Verrà inoltre discussa e approfondita l'importante sentenza della Corte di Cassazione, la n. 37077 del 24 Giugno 2008, in cui la Suprema Corte, si pronuncia sui profili di responsabilità medica, con riferimento ai farmaci somministrati in via sperimentale, con finalità terapeutiche diverse da quelle riconosciute ai medesimi. In particolar modo, la Corte di Cassazione postula come condizione di prescrivibilità dei farmaci off-label, il consenso informato del paziente ma, allo stesso tempo, esclude che in assenza di consenso o, in caso di consenso prestato in modo invalido, possa farsi discendere la responsabilità penale del medico a titolo di lesioni volontarie ovvero, in caso di esito letale, a titolo di omicidio preterintenzionale.



PERCHÉ LA CANALOPLASTICA: RAZIONALE E RISULTATI

P. Brusini

Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine

La "Canaloplastica" è una nuova tecnica chirurgica antiglaucomatosa che si prefigge di ridurre la pressione intraoculare in maniera fisiologica, sfruttando le vie di deflusso naturali dell'umor acqueo. Una sottilissima sonda, dotata di fibra ottica e di microtubulo per l'iniezione di viscoelastico, viene introdotta all'interno del canale di Schlemm, dopo l'esecuzione di una sclerectomia profonda. La sonda percorre il canale per 360° e fuoriesce dal taglio di partenza, permettendo di agganciare un filo di sutura in prolene 10-0 che viene trascinato a ritroso nel canale stesso e quindi strettamente annodato. Gli studi ad oggi pubblicati confermano un'efficacia soddisfacente a breve e medio termine. I principali vantaggi della canalostomia sono rappresentati dall'assenza di una bozza filtrante, dal suo particolare meccanismo di azione (vengono utilizzate le vie di deflusso naturali dell'umore acqueo) e dalla bassa percentuale di complicate. Uno dei principali inconvenienti della canaloplastica è la difficoltà di esecuzione, con una curva di apprendimento abbastanza ripida all'inizio. Altri svantaggi sono costituiti dalla necessità di strumenti dedicati e dall'impossibilità di incannulare il canale di Schlemm in circa il 10% dei casi.

CANALOPLASTICA: ASPETTI UBM

Avitabile T., Castiglione F.

La Canaloplastica è una relativamente nuova tecnica per il trattamento chirurgico del glaucoma cronico ad angolo aperto. Prevede la viscodilatazione e l'utilizzo di un microcatetere flessibile inserito all'interno dell'intero lume del canale di Schlemm durante un intervento non penetrante. Tale catetere funge da guida per il posizionamento di un filo di polypropylene 10-0 che viene annodato, sotto valutazione ecografia ultrabiomicroscopica (UBM), e lasciato in situ, al di sotto di uno sportello sclerale. La tensione esercitata dalla sutura stira il canale e il trabecolato favorendo e/o ripristinando la normale via di deflusso dell'umore acqueo. La valutazione UBM dello stiramento del canale di Schlemm, è stata correlata con i valori pressori ottenuti nel post-operatorio, per tale motivo, è stata creata una scala semiquantitativa per studiare la distensione del trabecolato causato dalla sutura di tensione. Potenzialmente, la tensione esercitata dalla sutura aumenta la permeabilità reticolo trabecolare, con una azione simile a quella della pilocarpina, e aiuta a mantenere pervio il lume del canale. La distensione è stata valutata visivamente su una scala da 0 a 3, con 0 nessuna distensione, minore effetto ipotensivo post operatorio, e 3 massima distensione, maggiore effetto ipotensivo post operatorio.

NUOVE PROSPETTIVE: LA CHIRURGIA TRANS-SCLERALE

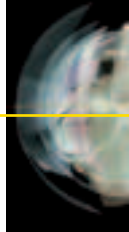
L. Mastropasqua

La principale causa di fallimento nella chirurgia del glaucoma è legata ai fenomeni di fibrosi post-operatoria a carico della superficie interna della bozza congiuntivale, dovuti alla attivazione dei fibroblasti locali. I dati di letteratura inerenti il successo a lungo termine delle metodiche filtranti, tracciano un trend molto preoccupante ancor più evidente se confrontato con i dati di successo della chirurgia riscontrabili circa un ventennio fa, nettamente migliori. Le cause di tale trend negativo sono da ricondurre alla diffusione della terapia farmacologica di superficie nella cura dei pazienti glaucomatosi: i principi attivi ed i conservanti presenti nelle preparazioni, inducono fenomeni involutivi sulle componenti cellulari della congiuntiva che esitano infine in una risposta cicatriziale eccessiva di tale tessuto nelle fasi post-chirurgiche. Su tali presupposti, gli attuali obiettivi della chirurgia antiglaucomatosa sono incentrati nell'individuare nuove tecniche che non lavorino mediante bozza, ma che propongano vie alternative di deflusso per l'acqueo. Uno dei settori più promettenti, è quello della chirurgia trans-sclerale. L'aim finale è quello di creare dei canali intra-sclerali che agiscono come dei loci minoris resistentiae per il passaggio dell'acqueo, in assenza della formazione di bozze.

I COSTI DELLE TERAPIE: RAFFRONTO IN QALY

C. Bianchi

La moderna Medicina si deve confrontare sempre più con i suoi aspetti economici, che spesso sono vissuti dagli operatori come inutili e ingiustificate pastoie. Tuttavia, poiché i costi della Medicina ricadono sempre di più sulla collettività, è fatale che quest'ultima voglia averne il controllo. Tuttavia, stabilire con obiettività e precisione il rapporto tra costi e benefici è impresa tutt'altro che semplice; moltissimi centri di farmaco-economia si stanno dedicando a trovare la metodica più appropriata per ponderare con precisione ogni aspetto del problema. Purtroppo, questo approccio in ordine sparso ha moltiplicato il numero di indicatori proposti, e parallelamente aumentato la confusione. Per quanto riguarda la malattia glaucomatosa, sia l'analisi di costo/efficacia che quella di costo/utilità sono raccomandabili per paragonare correttamente la convenienza di praticare un trattamento o un altro (o di non praticare alcun trattamento). Tuttavia, solo una analisi costo/utilità espressa in QALY (Quality Adjusted Life Years), consente di paragonare tra loro interventi di ogni tipo (diagnostici, farmacologici, chirurgici) e anche di paragonare i costi con gli interventi di altre branche specialistiche.



QUALE FARMACO IN PRIMA SCELTA?

L. Quaranta

USVD "Centro per lo studio del Glaucoma", Spedali Civili di Brescia, Cattedra di Malattie dell'Apparato Visivo, Università degli Studi di Brescia

In base alle linee guida della European Glaucoma Society, viene lasciato al giudizio del clinico la decisione del farmaco di prima scelta nel trattamento del glaucoma primario ad angolo aperto. Questo sulla base del fatto che ogni singolo caso rappresenta un'unità clinica a se stante con variabili sia locali che sistemiche, che vanno attentamente prese in analisi prima di prendere una decisione terapeutica. La scelta sul trattamento andrà sempre presa considerando il target pressorio che presuntivamente si vuole ottenere, in base alla conoscenza dell'efficacia ipotensiva di ogni singola classe farmacologica. La terapia potrà inoltre essere personalizzata per ogni singolo paziente in relazione al pattern pressorio oculare giornaliero o circadiano.

THE LOWER IS ALWAYS THE BETTER?

M. Centofanti

Il glaucoma è una delle maggiori cause di cecità nel mondo. Attualmente l'unica terapia che si è dimostrata in grado di impedire lo sviluppo della malattia o di rallentarne la progressione è la diminuzione della pressione intraoculare. Nel mercato sono ormai a disposizione numerose classi farmacologiche di sicura efficacia e di provata sicurezza, ma nell'ambito dei vari farmaci esistono delle differenze riguardo l'efficacia ipotensiva. Nella scelta del farmaco devono quindi intervenire una serie di fattori che motivano la scelta di una classe piuttosto che un'altra invece di considerare la sola efficacia come l'unico parametro valido. Infatti il ruolo del farmaco è centrale sia negli ipertesi oculari dove è stato dimostrato come anche una modesta diminuzione della pressione riesca ad impedire l'insorgenza del glaucoma stesso, sia nella malattia conclamata dove però si è osservato come la sopravvivenza della funzione visiva del nostro paziente è direttamente proporzionale alla diminuzione della pressione intraoculare. Quindi si può concludere che l'evidenza scientifica degli studi clinici ha mostrato che la diminuzione deve essere relazionata allo stato della malattia.

IL SISTEMA ABAK

R. Altafini

Ospedale di Bassano del Grappa (VI)

Il sistema ABAK che è un brevetto francese che significa letteralmente senza belzanconio cloruro ((BAK) e che parte da tre presupposti:

- sterilità della soluzione
- sistema multi dose per assicurare un costo di trattamento accettabile
- sistema multi dose per assicurare una buona maneggevolezza da parte del paziente.

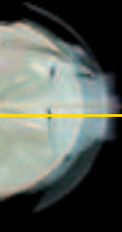
All'interno il principio attivo (beta-bloccante) si presenta in forma di soluzione sterile senza conservanti, che attraversa un tampone microporoso idrofobo che regola il flusso della soluzione sulla membrana filtrante. La membrana filtrante è in nylon ed ha una porosità di 0,2 micron e forma una barriera alla penetrazione dei microrganismi. Altra caratteristica del flacone è quella di fornire una dose costante di farmaco in quanto le gocce sono calibrate con un volume costante di 30 microlitri. L'aria corrispondente al volume della goccia instillata è ugualmente filtrata e penetra nel flacone. Il sistema contiene oltre 300 gocce sterili e la membrana del filtro è stata progettata per impedire contaminazioni esogene per 60 giorni.

LE ASSOCIAZIONI: PARLIAMO DI COSTI

M.G. Uva

Clinica Oculistica Università di Catania

Il termine "costo" in Medicina presuppone un approccio/considerazione di tipo farmacoeconomico. Sappiamo bene, e in questi ultimi mesi è diventato un continuo refrain, che le risorse della società e in particolare nella sanità sono limitate. La farmacoeconomia è la valutazione sistematica dei costi e delle conseguenze generate dai prodotti o servizi farmaceutici e, mirando all'identificazione dell'impiego migliore delle risorse nell'ambito della sanità può aiutare a valutare se valga la pena di utilizzare certi prodotti farmaceutici da un punto di vista economico. Pensare soprattutto alla salute dei nostri pazienti non ci autorizza a "snobbare" queste considerazioni che anzi, in alcuni casi, ci aiutano a interpretare i reali miglioramenti nella terapia tra le opzioni messe a nostra disposizione dalle aziende farmaceutiche. Le associazioni fisse presentano indubbi vantaggi in termini di compliance, migliorando la qualità di vita del paziente glaucomatoso, semplificandone i regimi terapeutici, riducendo l'esposizione ai conservanti, migliorando l'indice terapeutico dei farmaci con l'aumento della biodisponibilità oculare del farmaco attivo e riduzione dell'effetto washout. I suaccennati concetti verranno analizzati nella relazione anche in una prospettiva costo-beneficio.



Session 20 15th Annual Meeting of SOI, OSN & AICCR

THE USE OF INTENSE PULSED LIGHT FOR THE TREATMENT OF DRY EYE SYNDROME TO PREPARE PATIENTS FOR LASIK AND PREMIUM IOL SURGERY

Rolando Toyos, MD

The presentation will include pre and post-op data (including vision and final TBUT) as well as patient satisfaction surveys. The sample size is approximately 30 patients though enrollment continues to be open.

RESISTANCE TO TOPICAL ANTI-INFECTIVES: A GROWING PROBLEM

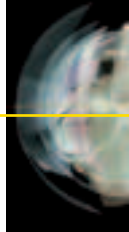
Marguerite McDonald, MD, FACS

Resistance of ocular infections to topical antibiotic treatment is becoming increasingly more common. Recent examples abound: 30% and 60% of *Streptococcus pneumoniae* isolates have been reported to be resistant to macrolide antibiotics and penicillin, respectively; 43% of *Staphylococcus aureus* isolates to penicillin; 36% of *S aureus* isolates to the older fluoroquinolone ciprofloxacin; and 19% and 16% of methicillin-susceptible *S aureus* isolates to the newer fluoroquinolones gatifloxacin and moxifloxacin, respectively. Additional reports reveal the increased incidence of methicillin resistance among *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections. While topical fluoroquinolones are considered first line for the treatment of ocular infections, most MRSA isolates are also fluoroquinolone-resistant. Besifloxacin, the first fluoroquinolone developed solely for ocular use, has a lower minimum inhibitory concentration against these multidrug-resistant strains than 7 other ophthalmic antibiotics. Strategies to minimize antimicrobial resistance in ocular infections and suggested treatment options will be reviewed.

PUPIL SIZE, DEPTH OF FIELD, AND MONOFOCALITY: THE KEY TO SUCCESSFUL SPECTACLE INDEPENDENCE

J.E. "Jay" McDonald

The most common form of spectacle independence utilized in the US currently is monovision. Most doctors have not however honed its edge by using aspheric lenses and small separation of defocus. Recently polled ophthalmic surgeons in the audience more commonly select for themselves monovision over multifocality as their Presbyopic cataract treatment of choice. What are the reasons that monovision works so well with spectacle independence. First is the fact that the human visual system is contrast edge based. The receptor fields in the retina that actually convert analogue image to digital signal is based on spatial frequency contrast edges. With multifocality, we have two conflicting edge images simultaneously superimposed onto the retina. The electrical signal generated and again modulated in the retinal ganglia cells, lateral geniculate body lose contrast gain. The result is the signal arriving at the thousands of times more powerful visual cortex centers is lower and possesses more noise than the signal of a monofocal image. The visual cortex has the ability to turn up gain of one eye over the other. Having possession of the full signal of one eye and, depending on the amount of defocus, a nearly full complement of spatial frequency from the out of focus eye the visual cortex has the ability to "turn up the gain" of the in focus channel creating a binocular image of high quality. The learning curve seems to be somewhat dependent on ocular dominance. By keeping the separation at -1.25 in an aspheric lens 20/20 J! 26 inches and 40 seconds of Stereopsis is reached in most people. The pupil size plays an important role. A 3.00 mm pupil will give one about an f8 depth of field. When viewed bilaterally and with 1.25 of separation, one has from 24 inches to infinity bilaterally in focus. The smaller sizes of the pupil almost constantly encountered in the 60 plus age group creates the additional condition of hyperfocality. Hyperfocality is a visual phenomena created by the spacing of our retinal elements. In the human eye hyperfocality is only aperture or pupil dependent. The smaller the pupil the greater the range of depth of field. This is the range in the focal distance of a lens system that images appear to the human to be sharp. This gives us added sharpness of images that are not entirely based on depth of focus. After age 60, the pupil size continues to decrease so that by 70 one spends less than 10 percent of the time with a pupil larger than 3.00 mm and in most photopic conditions our aging pupil drops to 2.6 giving us a resultant f10 depth of field. Monofocal monovision increases with aging to be a great selection for spectacle independence. The hovering of the 60 plus pupil in the 3mm or less range, optimizes the optical advantages of depth of field, and hyperfocus. When used with -1.25 or less separation monovision permits the optimal situation for high quality images from 26 inches to infinity with the neurocognitive visual cortex processing only a slight difference in spatial frequencies. In normal illumination Stereopsis to 40 seconds is preserved. As well, our total monofocal created visual capacity is preserved for life.

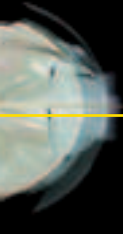


ENDOTHELIAL KERATOPLASTY: WHAT HAVE WE LEARNED ABOUT TOPICAL CORTICOSTEROIDS, IOP, REJECTION, AND GRAFT SURVIVAL?

Francis W. Price, Jr., MD

Endothelial keratoplasty (EK) has become the standard of care in the United States for treating endothelial dysfunction if a corneal transplant is needed. According to data from the Eye Bank Association of America, EK grafts represented 43% of all corneal transplants in the United States in 2009. The vast majority of EK procedures are DSEK/DSAEK grafts, and these grafts have been the reason for rapid adoption of EK. EK provides a better safety profile than standard penetrating keratoplasty (PK). In over 1700 cases at our center, we have not had any lost eyes from either intra-operative or post operative suprachoroidal hemorrhages. Visual recovery is much quicker than PK because of the lack of sutures needed to close a 360 degree incision. Visual acuities are on average one or two lines better for our DMEK and DMAEK grafts compared to DSEK/DSAEK grafts. Because EK does not disrupt the ocular surface or require suture removal for visual recovery, topical corticosteroids can be used more freely just to treat or prevent rejection. Now, after following hundreds of patients, we have data indicating the rate of rejection with associated risk factors, rates of steroid responsive pressure increases, and graft survival out to 5 years. We have found that approximately 1/3 of eyes develop steroid responsive IOP increases within the first year after surgery. These eyes are also at 2 X the risk for immunologic graft rejection compared to eyes which do not show steroid responsive pressure increases. The increased risk appears to be related to decreasing or stopping topical corticosteroids relative to non-responsive eyes. African-Americans had 5 times the risk of immunologic rejection compared to Caucasians. There was no increased risk of immunologic rejection risk for eye grafted within one year of the other eye. Our five year survival rates of DSEK grafts show a similar survival rate to our PK's for Fuchs' dystrophy. The most significant risk for failure of grafts in the first 5 years after surgery was associated with those eyes having previous glaucoma surgery. The following are some of our publications on these topics.

1. Price MO, Price DA, Fairchild KM, Price FW. Rate and risk factors for cataract formation and extraction after Descemet's stripping endothelial keratoplasty. Br J Ophthalmol, in press.
2. Kwon RO, Price MO, Price FW, Ambrosio R, Belin MW. Pentacam characterization of corneas with Fuchs' dystrophy treated with Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK). J Refract Surg 2010 Feb 25;1-8 [Epub ahead of print]
3. Price MO, Giebel AW, Fairchild KM, Price FW. Descemet's membrane endothelial keratoplasty: prospective multicenter study of visual and refractive outcomes and endothelial survival. Ophthalmology 2009;116:2361-2368.
4. Vajaranant TS, Price MO, Price FW, Gao W, Wilensky JT, Edward DP. Vision and Intraocular Pressure After Descemet-Stripping Endothelial Keratoplasty in Patients With and Without Pre-existing Glaucoma. Ophthalmology 2009;116:1644-50.
5. Price FW, Price MO. Does endothelial cell survival differ between DSEK and standard PK? Ophthalmology 2009;116:367-8.
6. Price MO, Jordan CS, Moore G, Price FW. Graft Rejection Episodes after Descemet's Stripping with Endothelial Keratoplasty: Part Two: the Statistical Analysis of Probability and Risk Factors. Br J Ophthalmology 2009;93:391-5.
7. Jordan CS, Price MO, Trespalacios R, Price FW. Graft Rejection Episodes after Descemet's Stripping with Endothelial Keratoplasty: Part One: Clinical Signs and Symptoms. Br J Ophthalmol 2009;93:387-90.
8. Price MO, Price FW, Stoeger C, Soper M, Bavuso T, Locke G. Central thickness variation of pre-cut DSAEK donor grafts. J Cataract and Refract Surg 2008;34:1423-4.
9. Price MO, Baig KM, Brubaker JW, Price FW. Randomized, prospective comparison of pre-cut vs. surgeon-dissected grafts for Descemet stripping automated endothelial keratoplasty. Am J Ophthalmol 2008;146:36-41.
10. Price FW. Precut Tissue for Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty. Cornea 2008; 27: 630-1.
11. Vajaranant TS, Price MO, Price FW, Wilensky JT, Edward DP. Intraocular pressure measurements following Descemet stripping endothelial keratoplasty Am J Ophthalmol 2008;145:780-6.
12. Price FW, Price MO. Is it worthwhile to combine penetrating keratoplasty with glaucoma drainage implants? Cornea 2008; 27: 261-2.
13. Price MO, Price FW. Endothelial cell density after Descemet's stripping endothelial keratoplasty: influencing factors and 2-year trend. Ophthalmology 2008;115:857-865.
14. Price MO, Price FW. Descemet's stripping endothelial keratoplasty. Current Opinion in Ophthalmology 2007; 18:290-4.
15. Price MO, Price FW. Descemet's stripping with endothelial keratoplasty for treatment of iridocorneal endothelial syndrome. Cornea 2007;26:493-497.
16. Price FW, Price MO. Endothelial keratoplasty to restore clarity to a failed penetrating graft. Cornea, 2006;25:895-899.
17. Price MO, Price FW. Descemet's stripping with endothelial keratoplasty: comparative outcomes with microkeratome- and manually-dissected donor tissue. Ophthalmology, 2006; 113:1936-1942.
18. Price MO, Price FW. Efficacy of topical cyclosporine 0.05% for prevention of cornea transplant rejection episodes. Ophthalmology 2006;113:1785-90.
19. Price FW, Price MO. Descemet's stripping with endothelial keratoplasty (DSEK) in 200 eyes: Early challenges and techniques to enhance donor adherence. Journal of Cataract & Refractive Surgery, 2006;32:411-418.
20. Price MO, Bidros M, Gorovoy M, Price FW, Benetz BA, Menegay HJ, Debanne SM, Lass JH. Effect of incision width on graft survival and endothelial cell loss after Descemet stripping automated endothelial keratoplasty. Cornea 2010, in press.
21. Price MO, Price FW. Endothelial keratoplasty - a review. Clinical and Experimental Ophthalmology 2010; 38: 128-140.
22. Price MO, Gorovoy M, Benetz BA, Price FW, Menegay HJ, Debanne SM, Lass JH. Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty outcomes compared with penetrating keratoplasty from the Cornea Donor Study. Ophthalmology 2010;117:438-44.
23. Price FW, Price MO. Spontaneous corneal clearance despite graft detachment after descemet membrane endothelial keratoplasty. Am Jour Ophthalmol 2010;149:173-4.



ABSTRACT INTERNATIONAL SESSIONS

CORRECTING PRESBYOPIA - THE FINAL FRONTIER

Marguerite McDonald, MD, FACS

There are several interesting corneal approaches to the correction of presbyopia. These include: Corneal Inlays: Acufocus; Acufocus is currently closer to FDA approval than other inlays; VDF material; 3.8 mm outer diameter, 1. mm inner diameter; 8,400 pores to allow nutrition to flow from the anterior chamber to the epithelium; 7.5 mm radius, but flexible to adapt to a wide range of corneal curvatures; 70 EU patients with one year followup, planted unilaterally; Average UCVA: 20/20 - Average UCVA: @ near J1.

CK - FDA approved; Uses 350 KHz radiofrequency energy to steepen the central cornea; 450 X 90 micron disposable probe delivers energy to a ring or rings of treatment in the mid-peripheral cornea, for 0.6 seconds; Area of heat-altered cornea is 250 microns wide and 509 microns deep; Opti-Point Template makes surgery easier, more consistent; No longer widely performed due to increasing hyperopia (lenticular aging), and need for enhancement procedures approximately every 2 years.

Corneal Ablation Techniques - Sectoral ablation - Vinciguerra; Inf. off center ablation - Bauerber; Concentric central near zone - Ruiz, J.J. Chaudard, Jackson (currently the most widely used approach); Concentric peripheral near zone - Avalos /Telandro.

Femto - Intracor procedure of Luis Ruiz; Concentric rings within the central cornea that do not penetrate Bowman's layer or Descemet's membrane; Ruiz results as of February 2010: 245 eyes have 6 mo F/U - 184 eyes have 12 mo F/U - 20 eyes have 24 mo F/U - 53.8 years (range 43 - 70); At 1 year (n = 184 eyes): 100% J3 or better and 75% J1 or better.

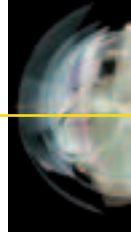
Session 21

15th Annual Meeting of SOI, OSN & AICCR

CRYSTALENS ASPHERIC INCREASING QUALITY AND RANGE OF VISION IN AN ACCOMMODATING LENS

J.E. "Jay" McDonald, II

The Crystalens currently is the only approved accommodative lens used in the United States. Since its introduction it has gone through several iterations: 4.5, 45.SE, 5.0, HD to now the Crystalens AO. The HD was produced in order to introduce a small "bump" in the centermost part of the optical. This slight increase curvature when coupled with a 3.0 mm or smaller pupil created a slight hyperopic effect increasing the near .75 plus adding to the accommodative effect. Studies supported some increasing ability to achieve an improvement of near. Some users including myself noticed a slight trade off: An increase in near vision but a slight loss of distance. I believe I experienced a slight increase in non predicted myopia shift. While this helped near vision in some this shift was bothersome in that bilateral distance suffered. The introduction of the Crystalens AO replaced the optic with an aspheric optic modeled from the successful AKreos optic. This Aspheric optic strategy has neither positive or negative asphericity serving an optical advantage in that there is no degradation of the image or the power if there is slight decentration or tilt. In dealing with the Corneal, pupil, Lens Bag, as well as the optical axis, hitting the visual axis can be elusive. The subsequent optical image of the AO maintains highest quality of vision no matter it's final resting place or dynamic position when accommodation is invoked. This optical strategy of a final visual quality, should lead to improvement of the visual experience of the patient. The 4.0 diopter solution evades us all and positions us to utilize marginal Presbyopic solutions. Therefore, in my practice I have utilized "Presbyopic" correcting lenses or aspheric monovision in only those patients with normal 20/20 potential vision in each eye. We have also stressed to our patients that the ability to achieve satisfactory spectacle independence is always a bilateral process and it is the visual phenomena of combining the separate images of both eyes. This is true and stressed whether utilizing multifocal or non multifocal strategies. Our staff stresses to our patients that one eye will always outperform the other when measured separately at distance or near but it is the final bilateral image that we seek when we embark on cataract correction whether our aim is Presbyopic or non Presbyopic correction Goal. Following this game plan strict attention of the alleviation of astigmatism must be managed and ultimately "fixed". We also in the accommodative Crystalens utilize small amounts of monovision. When small offsets of defocus (minimonovision) is employed with the increased depth of field provided with the aging pupil 3.6 to 2.8 the image disparity between the two eyes in a .75 diopters or less offset, the spatial frequencies of the two eyes are so small, that by having full spatial frequency complement in the in focus eye, the neuro adaptive power of the visual cortex can provide the appropriate right and left gain controls to give the best range of highest quality vision. This final path way image does not have the challenges of dealing with a bilateral decrease contrast sensitivity invoked when using multifocality. Additionally, The aspheric Crystalens reinforces this strategy in that it gives a higher quality aspheric image that is not sensitive to degradation with decentration. Although early, at this beginning stage we have found in our data analysis, increased range of near and far vision with increased quality. Even when measuring monocularly with distance corrected near. The Crystalens Aspheric represents the convergence of the optical advantages of optical asphericity married to an accommodative optic. The result is an incremental increase in near vision with an incremental increase in quality of near and far vision as well as a incremental



decrease in myopic outliers. The 60 year plus eye with small pupil apertures leading to increased depth of focus and the elimination of many HOA that arise from the peripheral cornea is most closely matched with a monofocal accommodative or non accommodative lens. After 60 we spend 85 percent of our time with a 3.2 or less pupil. Close attention to the optical activity taking place in this "sweet aperture" reflected in the 3.6 to 2.5 optical zone optics will maximize all our marginal Presbyopic lenses. To me the Crystalens AO best optimizes this aperture and serves as the next step in marrying ideal optical solution with the physiology of the aging eye.

PERSONAL EXPERIENCE WITH TORIC ARTIFLEX®

C. Budo

Purpose: To discuss my experience with the Toric ArtiflexD, correction for Myopia and astigmatism. **Methods:** My paper will cover the results of 2 years follow-up with the Toric Artiflex®. Along with the results, a short review is presented about the technique and design of the Toric Artiflex® lens. **Results:** So far this technique has promising results. **Conclusions:** After the ArtiflexD lens for Myopia, a new IOL has been developed: Toric Artiflex®, which proves to be a safe technique for the correction of myopia and astigmatism.

BLENDED VISION - A NEW TECHNIQUE FOR LASIK IN PRESBYOPIA

K. Ditzzen, M.D.

Purpose: A new binocular laser method for presbyopia, done with excimer-laser-ablation (LASIK-procedure): Myopisation of the non-dominated eye. **Method:** With MEL 80 from CZM it is possible to operate binocular, simultaneously presbyopic eyes from -4,0 til +3,0 diopters. The non-dominated eye will be overcorrected to -1,0 til -1,5 diopters. **Results:** Six eyes: two emmetropic, two hyperopic and two myopic eyes between -4,0 til + 3,0 diopters were operated with the new blended vision method. In the average there was a postoperative correction of -1,0 til -1,5 of the non-dominated eye. The patient was possible to have 20/20 on the dominant eye and Jager 4 for reading on the non-dominated eye. Glasses or contact lenses for the presbyopia were not necessary anymore.

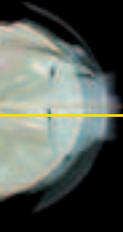
Conclusion: With the new blended vision method of the MEL 80 of CZM it is possible to treat presbyopic eyes binocular simultaneously. In the average the non-dominated eye had refraction of -1,0 til -1,5. Good stability, safety and predictability are seen.

EFFECTIVE PATIENT SCREENING FOR FORME FRUSTE KERATOCONUS WITH TOPOGRAPHY AND PACHYMETRY

Stephen D. Klyce, PhD

Department of Ophthalmology, Mount Sinai School of Medicine, New York

The need for careful pre-operative screening before refractive surgery is key to assessing the risk of patients for the development of ectasia. Of the several risk factors illuminated by Randleman and co-workers,¹ pre-operative corneal topography and corneal thickness are among the most sensitive predictors. It is the standard of care in refractive surgery to routinely perform and evaluate corneal topography along with pachymetry. It has been shown that through the use of a fixed 1.5 D interval scale and an axial power map, clinical anomalies easily stand out when evaluating topography.^{2,3} Corneal topography actually measures the shape of the tear film; therefore, dry eye disease or administration of topical medication prior to the topography exam can lead to artifactual irregularities. Normal corneas will have smooth contours, centrally uniform power, and flattening toward the periphery - particularly toward the nasal side. SimK readings should be $\sim 42.75 \pm 1.6$ D (standard deviation); a good rule of thumb would be to consider K readings less than 38 or greater than 47.5 D abnormal (± 3 standard deviations from the mean). Normal corneas may also present topography with a symmetrical bow tie pattern that represents corneal cylinder. Deviations from the normal pattern are a concern and require further investigation. Contact lens warpage can masquerade as keratoconus by causing an inferior or superior steepening in corneas. All contact lens wearers should discontinue wear with a repeat visit in 2-3 weeks to ensure the absence of corneal molding as well as topographic and refractive stability. Caveat: topographic and refractive stability may take months to achieve in badly molded corneas. Classification of corneas suspect of keratoconus (or pellucid marginal degeneration) can be difficult, since the Placido disc-based corneal topography is often the only sign. However, several classification schemes are available on corneal topographers to assist in differentiating the keratoconus suspect from normal variations in corneal topography. These include the Tomey Smolek/Klyce Keratoconus program, the Humphrey Pathfinder, and the NIDEK Magellan Navigator. Of prime importance in screening is the performance of zonal pachymetry either with ultrasound (central, superior, inferior, nasal, temporal readings) or with one of the slit-based pachymeters. Be suspicious of thin corneas, a pair of corneas with significantly different central corneal thickness, and peripheral values not substantially thicker than the central value. Be aware that thin corneas do not always signal keratoconus and keratoconus can occur in corneas that are thicker than normal. Corneal topography is a mature diagnostic tool. Used wisely with pachymetry in screening for refractive surgery will greatly reduce refractive surgery surprises.



References

1. Randleman JB, Russell B, Ward MA, Thompson KP, Stulting RD: Risk factors and prognosis for corneal ectasia after LASIK. *Ophthalmology* 2003;110:267-75.
2. Hussein Z, Wilson SE, Klyce SD: Standardized scales for corneal topographic maps. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 34:1252, 1993.
3. Smolek MK, Klyce SD, Hovis JK: The universal standard scale: proposed improvements to the ANSI standard corneal topography map. *Ophthalmology* 2002;109:361-9.

LASIK COMPLICATIONS

K. Ditzen, M.D.

Overview about preoperative, intraoperative and postoperative complications around LASIK surgery.

STUDY OF PRESENCE OF GIANT CELLS AFTER ARTIFLEX PIOL IMPLANTATION

C. Budo

Purpose: To discuss my experience with the the appearance of giant cells after the implantation. **Methods:** We performed a retrospective study will cover 250 patients over 6 years out of percentage of patients which encountered giant cells disappeared. **Results:** My study shows that with the Artiflex which disappeared with time. **Conclusions:** This study shows us that with giant cells which always disappear with time. technique for the correction of Myopia.

THE INTEGRATION OF CORNEAL TOPOGRAPHY AND WAVEFRONT ANALYSIS

Stephen D. Klyce, PhD

Department of Ophthalmology, Mount Sinai School of Medicine, New York

Corneal topography analysis has been instrumental in the development of keratorefractive surgical procedures and is in routine clinical use internationally. Aberrometry has made its entrance to ophthalmology and wavefront sensors coupled directly or indirectly to excimer lasers are finding application in the custom design of corneal refractive correction. Lagging behind are diagnostic applications of aberrometry, as standards for the meaningful display of the data to clinicians have not been adopted. Wavefront sensors arise from three different technologies: Shack-Hartman devices using lenslet arrays, Tscherning devices like the Tracey ray tracer, and refractometry devices like the NIDEK OPD-Scan. The OPD-Scan utilizes the principle of dynamic skiascopy for aberrometry and provides the highest spatial density of measurements of any wavefront sensor in current use. It can determine the optics of the whole eye directly in units of diopters; therefore these data are amenable to clinical interpretation. Both the Topcon unit and the NIDEK OPD-Scan have a corneal topographer built into the same device providing a more certain means for registration of the cornea with wavefront and topography data when used to guide laser surgery. In addition, with data from both the whole eye and the corneal surface, the internal aberrations of the eye can now be calculated to determine the optics of the natural or implanted lens. Customization of refractive surgical procedures has been based upon the aberrations of the whole eye measured with wavefront sensors. Typically, the data is fit with a mathematical function, and the Zernike polynomial expansion has been recommended for this purpose.¹ Zernikes are a powerful mathematical tool whose greatest strength lies in the precise and unique description of individual aberration types such as cylinder, spherical aberration, and coma. However, we have evaluated the fidelity of the Zernike expansion to model the corneal surface and have found that, while normal corneas were fit well, irregular post-surgical and pathologic corneas were fit poorly. Furthermore, Zernike polynomials are a smoothing function that do not faithfully represent all the aberrations that degrade vision.² Therefore, other methods, in particular Fourier analysis, are currently being tested for their fit to aberrated eyes. It is becoming clear that the combination of whole eye wavefront measurements and corneal topography data may improve the efficacy and accuracy of custom corneal laser ablations in aberrated eyes.

References

1. American National Standard Ophthalmics-Methods for Reporting Optical Aberrations of the Eye. ANSI Z80.28-2004. Optical Laboratories Association, American National Standards Institute, Inc, 2004.
2. Smolek MK, Klyce SD: Zernike polynomials are inadequate to represent higher order aberrations in the eye, *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2003;44:4676-4681.

A RETROSPECTIVE REVIEW OF LASIK NON-CANDIDATES TRANSITIONING TO SUCCESSFUL REFRACTIVE LENS EXCHANGE (RLE) PATIENTS

Rolando Toyos, MD

The review will report success rates of patients who were ineligible candidates for LASIK who translated seamlessly into satisfied multifocal and toric IOL patients. The report will also show RLE to be a safe and effective alternative to achieve spectacle freedom. Complete data is being compiled for the presentation.

DISCOVERY: A COMBINATION ABERRATION CORNEAL TOPOGRAPHER AUTO REFRACTOR FOR CATARACT AND REFRACTIVE SURGERY

Donald R. Sanders M.D., Ph.D. and Edwin Sarver Ph.D

Purpose: To develop a fast and easy to use combination corneal topographer / ocular aberrations system to support cataract and refractive surgery. **Methods:** We combined a reflective ring target for corneal topography with a Hartmann screen sensor for ocular aberrations measurement into a single instrument. Both corneal topography and ocular aberration measurements are acquired simultaneously along the same optical axis. Two illumination sources, one invisible to the eye and the other white light, are used for the ring target. This allows measurements under scotopic to photopic conditions for both corneal topography and ocular aberrations. Automatic acquisition is used to simplify and speed up taking an exam. Iris registration is used to ensure accurate comparison of corneal or ocular astigmatism calculations over time or pre- and post-operatively. **Results:** The combination unit can automatically acquire corneal topography and ocular aberration exams in less than 30 seconds. Using fixed targets, the iris registration feature was shown to be able to detect rotations as small as one degree providing accurate comparison of astigmatism axis between exams for either corneal topography or ocular aberrations. The combination of corneal aberrations and total ocular aberrations permits calculation of internal aberrations to evaluate the success and position of a toric phakic or aphakic IOL; software is present to evaluate the effect of rotating the toric IOL on refractive astigmatism. In addition, the corneal aberrations provide the information used to select the appropriate aspheric IOL to balance corneal spherical aberrations. Post-op evaluation can verify the degree of success of the aspheric IOL. **Conclusion:** The resulting combination instrument has advanced features that make it fast and easy to use and is particularly useful for the cataract and refractive surgeon.

EXPERIENCE WITH A NEW ASPHERIC MICROINCISIONAL PRELOADED IOL

Kenneth R. Kenyon, MD

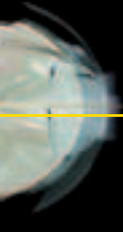
The iSert IOL from Hoya Surgical Optics is a preloaded closed system comprising an aspheric IOL (6.0 mm acrylic optic, PMMA haptics, power +6.0 - +30.0 D) in a single use, disposable injector. The IOL is thereby safe from the breakage and contamination risks of manual loading and may be inserted via a sub-2.4 mm mini-incision. The inserter plunger is notched to serve as an IOL manipulator, thereby facilitating haptic placement and positioning. The Hoya AF-1 iMicsl is an aspheric, hydrophobic acrylic IOL having soft acrylic haptics with PMMA blue tips, available either preloaded or manual and having the advantage of early insertion without rotation thru a sub-2.0 mm incision. Video segments will demonstrate the variations of insertion techniques of these two advanced IOL systems.

CLINICAL ENTITIES THAT MASQUERADE AS FORM FRUSTE KERATOCONUS AND WAYS TO IDENTIFY THEM

Ming Wang, M.D., PhD; Dora Sztipanovits, M.S., O.D.

Wang Vision Cataract and LASIK Center, Nashville, USA

Purpose: To present a series of cases in which non-keratoconic corneas have been false-positively identified as keratoconic topographically and to discuss principles and clinical guidelines of avoiding such over-interpretation of keratoconus. **Methods:** Using Pentacam tomographer and corneal topography, we analyzed a series of cases in which non-keratoconic corneas have been false-positively identified as keratoconic. We classified these cases into distinct categories and discussed the biomechanical principles underlying the false-positivity. **Results:** We found that false-positivity for keratoconus with Pentacam was generated when certain anterior corneal surface changes masquerade changes in ectatic disease. We found that these cases fell into three groups: 1) Superior corneal thinning of various etiologies which create relative inferior anterior corneal steepening (such as Terrien's marginal degeneration); 2) Inferior corneal thickening of various etiologies which create inferior anterior corneal steepening (such as Salzmann's degeneration); 3) Anterior corneal tissue loss of various etiologies which create inferior anterior corneal steepening (for example status post anterior corneal ablative procedure such as LASIK or PRK). In all cases, clinical ectatic disease was ruled out based on a set of well established criteria which include stable refraction, excellent spectacle best corrected vision, and normal posterior corneal surface. We found that careful examination of the posterior corneal surface and the establishment of absence of any ectatic changes in the posterior cornea is the key in identifying false positivity for keratoconus with Pentacam. **Conclusions:** The advent of new topographic technologies such as Pentacam, with its increased sensitivity for detection of corneal architectural changes, can give rise to false positivity for keratoconus. We need to be reminded of the universal phenomenon that a more sensitive device is not always better, since enhanced sensitivity can give rise to increased false positivity. Clinically, in order to avoid over-calling keratoconus in a non-ectatic cornea, we need to be familiar with a class of cases in which anterior corneal changes can in fact mimic that of ectatic cornea and be familiar with the underlying biomechanical principle in each category of such cases. In identifying false positive cases, it is very useful to hinge one's decision on examination of the posterior corneal surface, assuming that posterior corneal changes are more sensitive and therefore are earlier indicators of impending biomechanical decompensation such as ectasia. When a cornea is about to give out, posterior corneal surface is the first surface



to go! The practitioner needs to be reminded that corneal topography merely serves as a reference and there is no substitute for good clinical judgment based on sound biomechanical analysis.

ALPHACOR - CLINICAL OUTCOMES

Rozsival P., Jirásková N., Burová M.

Charles University, Dept. of Ophthalmology, Hradec Králové, Czech Republic

Purpose: To evaluate the clinical outcomes of AlphaCor artificial cornea implantation in 9 patients with corneal pathology judged untreatable by repeated penetrating keratoplasty (PK). **Methods:** The AlphaCor artificial cornea is indicated for corneal blindness not treatable by donor grafting. The indications for AlphaCor implantation in our series was alkali burn in 7 eyes and mechanical trauma (penetrating injury/dilaceratio bulbi) in 2 eyes. The operations were performed by a standardised two stage technique. The follow-up period ranged from 18 months to 4 years. **Results:** The best corrected visual acuity (BCVA) before surgery was hand movement in all operated eyes. Postoperative BCVA improved to 0.6 and better in 5 eyes. Two of them experienced penetrating injury of the AlphaCor and were reversed to PK, and 1 device was replaced with donor graft for optic deposits and stromal melting 4 years after implantation. In 1 eye with AlphaCor in situ visual functions are limited due to preexisting retinal pathology. In 3 other eyes stromal melting occurred and contributed to the need for reversal to PK in 2 of them. No case resulted in loss of an eye. **Conclusions:** AlphaCor artificial cornea appears to be a good option for the treatment of patients with history of trauma and multiple failed PK.

ANTERIOR LAMELLAR GRAFTS: WHY DO WE STILL DO ANY PK'S FOR KERATOCONUS AND CAN FEMTO-SECOND LASERS HELP US DO DALK?

Francis W. Price, Jr., MD

In both the United States and much of Europe, penetrating keratoplasty (PK) is the primary form of corneal transplantation for keratoconus and corneal scarring. However, increasing evidence shows that deep anterior lamellar keratoplasty (DALK) provides similar visual and refractive results to PK while preserving the patient's own endothelium. DALK is typically a more complicated and longer surgery than PK and in the United States many surgeons are slow to switch to DALK. Femtosecond lasers (FSL) can provide another means of easing the transition from PK to DALK, as well as providing better wound construction. Centration is very important when lining up the FSL with the cornea. I will provide a step by step method to help insure good centration, especially in eyes with large cones which can distort the view of the pupil. The most effective incision style for DALK is the zigzag. This allows multiple advantages compared to a straight vertical incision typically used with mechanical methods.

- 1) The incision is made to within 70 microns of Descemet's membrane. This provides a nice starting point for a deep hand dissection in cases where either a big bubble can not be made secondary to past perforations or just does not form with repeated attempts.
- 2) The angulation of the incision towards the pupil provides a more effective plane of entry for the dissecting blade to start a lamellar dissection compared to a straight vertical incision as it is difficult to actually get into the base of the a vertical incision to start the dissection.
- 3) The deep incision may minimize air migrating to the limbal area with injections for big bubbles thus allowing a better view of the peripheral angle.
- 4) The interlocking incision edges between the donor and recipient allow more secure healing of the wound than a vertical incision.
- 5) The zigzag incision acts like a "floating boat dock" so the anterior edges of the donor and recipient line up nicely compared to a straight vertical incision where the thickness of the donor and recipient never perfectly match and sometimes leave significant size mismatches.
- 6) The zigzag is easy to suture.

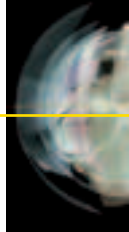
References

Price FW, Price MO, Kwon R. Deep anterior lamellar keratoplasty with femtosecond-laser zigzag incisions. *Journal of Cataract and Refractive Surgery* 2009;35:804-808.
Price FW, Price MO, Jordan CS. The Safety of Incomplete Incision Patterns in Femtosecond Laser-assisted Penetrating Keratoplasty. *Journal of Cataract and Refractive Surgery* 2008; 34:2099-2013.

A NOVEL MULTIFOCAL OPTIC DESIGN TO PROVIDE AN ASYMMETRIC POINT SPREAD FUNCTION REDUCING GLARE AND HALOS

Donald R. Sanders M.D., Ph.D., Edwin Sarver Ph.D.

Purpose: Develop a multifocal optic that reduces the incidence of glare and halos, and improves contrast sensitivity compared to current multifocal products. **Methods:** We developed a custom software program to generate a bifocal optic that produces superior and inferior aspheric refractive zones. The resulting point spread function for such an optic is asymmetric by design so that when the optic is placed in opposite orientations in the eyes, binocular suppression tends to mitigate the negative effects of stray light. Using the program, a pair of custom soft contact lenses were designed and lathed for one of the authors. In addition, an annular band pass filter centered



at 550 nm was placed on the contacts to reduce chromatic aberration. The center clear aperture admits full color while only allowing about 1/8 D of chromatic defocus. **Results:** The contact lenses were worn by one of the authors to verify its optical operation. The asymmetric point spread behavior was verified as was the use of binocular suppression to reduce the perceived stray light. Full color viewing was perceived by the subject. Optical bench tests were used to verify the optical design of the lenses and the chromatic aberration reduction. **Conclusion:** We verified the optical design both subjectively by viewing through custom contact lenses and objectively using bench tests. The general concept of binocular suppression via opposing asymmetric point spread functions to reduce perceived stray light can be applied to contact lenses, intraocular lenses, and corneal refractive surgery.

NON-IOL AND NON-REFRACTION FACTORS CONTRIBUTING TO POOR PERFORMANCE OF PRESBYOPIA-CORRECTING INTRAOCULAR LENSES

Ming Wang, M.D., PhD, Lance Kugler, MD, Helen Boerman, OD FAAO, Dora Sztipanovits, M.S., O.D.

Wang Vision Cataract and LASIK Center, Nashville, USA

Purpose: To identify factors other than the lens or refraction which are responsible for poor visual performance of presbyopia correcting IOLs (presby-IOL). **Methods:** Retrospective observational case-control series. 15 patients who were dissatisfied with the visual quality and best spectacle-corrected visual acuity after unremarkable presby-IOL implantation were identified and matched with controls. Slit-lamp examination, refraction and a battery of anterior segment imaging studies were performed and compared between the two groups to assess non-IOL and non-refractive factors. **Results:** The following factors (non-IOL and non-refractive) are associated with poor visual performance of presby-IOLs despite unremarkable surgery and appropriate refractive correction: 1) Ocular surface diseases such as dry eye and meibomian gland disease; 2) Corneal irregular astigmatism from various causes; 3) extreme values of anterior segment dimensions (keratometry, anterior chamber depth, pupil size and its dynamic range). **Conclusion:** Non-IOL and non-refraction factors contribute to decreased visual performance of presby-IOLs. Compared with monofocal IOLs, presby-IOLs have higher spatial resolution and thus place a higher demand on the precision and optical performance from the rest of the eye. These non-IOL and non-refractive factors must be identified and managed appropriately.

INTRA-LASIK VISUAL ACUITY RESULTS IN EYES AFTER KERATOPLASTY

Fantozzi M., Gianecchini I., Mammone M., Ferretti C., Martinucci C., Montagnani M., Catanese A., Gianecchini G.

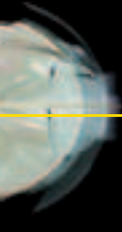
Casa di Cura "M.D.Barbantini" Lucca

Aim: The authors value visual acuity results in eyes treated with intra-Lasik after penetrating keratoplasty. **Methods:** 9 eyes of 6 patients were treated with Intra-LASIK after penetrating keratoplasty. The mean age was 50,8±13,6 years. The refractive spherical defect of eyes in absolute value was 1,6±1,85 diopters and the cylindrical defect was 6,5±3,15 diopters. The corneal flap was created by intralase and the depth was 90-110 micron. The residual stromal corneal bed was at least 350 micron. The medium follow-up was 7,2±0,4 months. **Results:** After 6 months all eyes showed an improvement of uncorrected visual acuity, with spherical defect reduced to 0,2±0,27 and cylindrical defect to 2,1±0,96 diopters. The authors described some complications during and after the surgery, they have a flap decentralization, an interface haze and a flap-stria. **Conclusions:** Intra-LASIK represents a new technique of refractive surgery safe and effective in the treatment of ametropia after penetrating keratoplasty.

DENSITOMETRIA SCHEIMPFLUG COMPUTERIZZATA COME MISURA DELLA DENSITÀ CORNEALE DOPO CHIRURGIA REFRATTIVA AD ECCIMERI IN OCCHI MIOPI

R. Forte

Obiettivo. Valutare le variazioni della densità ottica anteriore e dell'indice di rifrazione della cornea dopo fotocheratotomia refrattiva (PRK) utilizzando il sistema Pentacam (Pentacam 70.700; Oculus Inc.). **Metodi.** In uno studio prospettico non randomizzato abbiamo valutato la densità ottica anteriore della cornea con Pentacam in 37 occhi miopi (-6 D; -12 D) nei 12 mesi successivi alla PRK. Un gruppo di controllo di 200 occhi è stato utilizzato per calcolare la densità ottica normale della cornea. Durante il follow-up sono state valutate le variazioni della densità ottica anteriore della cornea, ottenendo le variazioni di indice di rifrazione anteriore corneale previa l'utilizzo della costante di Gladstone-Dale. **Risultati.** La densità ottica corneale anteriore nel gruppo di controllo era 27.71 ± 4.31. Negli occhi operati la densità e l'indice di rifrazione anteriore della cornea risultavano essere 27.71 ± 4,39 e 1.360 ± 0.05 al baseline; 37.812±12.31 e 1.491±0.16 dopo 3 mesi (p <0,001 rispetto al baseline); 26.29 ± 4.93 e 1.341 ± 0.06 dopo 12 mesi (p = 0.03). **Conclusioni.** Un aumento rapido ed una successiva riduzione della densità ottica e dell'indice di rifrazione anteriore della cornea sono presenti in occhi miopi nei 12 mesi successivi alla PRK.



Session 26 15th Annual Meeting of SOI, OSN & AICCR

EVOLUTION OF NEW MARKING TECHNIQUE FOR PLACEMENT OF TORIC IOL

Mitchell A Jackson, MD

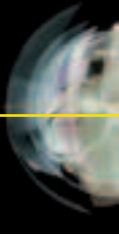
Purpose: To examine the outcomes from a new marking technique for toric IOL placement at the time of cataract surgery. **Methods:** A retrospective review of 50 eyes implanted with the Acrysof toric IOL (both spherical and IQ aspheric models) at the time of uncomplicated cataract surgery for patients where corneal astigmatism correction ≥ 0.75 D was needed were analyzed using a new marking technique. Typically marking a patient in an upright position at the limbus at 12/6 or 3/9 o'clock positions is required to avoid cyclotorsion error and reduction in toric effect with the toricIOL. This new technique involves compression of the superior and/or inferior rectus muscles through the conjunctiva with a muscle hook or similar instrument. The center of each muscle is the true 12 and 6 o'clock positions of the eye no matter what position the patient is in (supine or upright). An imaginary line drawn perpendicularly from the center of each muscle insertion to the limbus at 12 and 6 o'clock becomes the true position of the eye to base axis marks for IOL placement. **Results:** Statistical analysis of all eyes revealed outcomes similar to or better than FDA clinical results in terms of UCVA and BCVA and safety with regards to the lack of need for marking a patient in an upright position before lying patient down for surgery. **Conclusions:** A new marking technique for Acrysof toric IOL placement has proven to be efficacious and safe in terms of outcomes similar to FDA approval data.

AB-INTERNO SUPRACHOROIDAL BYPASS DEVICE (CYPASS) FOR INTRAOCULAR PRESSURE REDUCTION AT THE TIME OF CATARACT SURGERY - THEORETICAL MECHANISM OF ACTION AND VIDEO OF IMPLANTATION WITH PRELIMINARY RESULTS IN HUMANS

E. Randy Craven, MD

Rocky Vista University, Parker, Colorado, USA

Purpose and Background: Open-Angle glaucoma is estimated to affect over 70 million individuals worldwide. In the next ten years, it is estimated 11 million individuals will be blind from glaucoma worldwide. One of the reasons that glaucoma continues to take vision is because of inadequate treatments. Extraocular glaucoma surgery, such as deep sclerectomy or trabeculectomy still results in a filtering bleb. Filtering surgeries in various ethnic groups, such as Africans, is less successful than desired. Cyclodialysis was used in the early 1900's until the 1980s. The development of aqueous shunts and antimetabolites lead to attractive solutions for elevated intraocular pressure. Cyclodialysis involves the separation of the ciliary body from the scleral spur allowing a direct conduit to the suprachoroidal space. The aqueous in the suprachoroidal space causes increased outflow through the pressure dependent uveoscleral outflow system. With the techniques of the past, a large external incision was made and a spatula was entered into the anterior chamber. Hyphema and hypotony were a concern and cleft closure was not uncommon. This led to significant pressure elevations if there was closure of the cleft. Ab-interno approaches for glaucoma surgery were prominent in the 1980s with the Holmium laser for ab-interno sclerostomies, the contact YAG by Surgical Laser Technologies for ab-interno sclerostomies, and the Trabecuaphine were all attempts to achieve filtration with an internal approach. Astigmatism and incorrect placement of the ostia led this form of ab-interno surgery to fall into disfavor. Because cyclodialysis clefts resulting from trauma can lead to long lasting hypotony, it was felt by some that the development of a controlled cyclodialysis without scleral incision may lead to better results and, if a device were implanted, perhaps the cleft could remain patent. The SOLX Gold Shunt was developed with the hope of achieving a controlled cyclodialysis and it is implanted externally through a scleral incision. The Solx is 6mm long and 3 mm wide with a grid of 100 micron pores in the anterior chamber. With the development of the Trabectome, and the Glaukos iStent new interests in ab-interno approaches for solutions for glaucoma surgery have resurged. Recently a trial comparing an ab-interno suprachoroidal bypass device has started internationally. This device is the CyPass. **Description:** The CyPass micro-device is a biocompatible device implanted in a minimally invasive way through an open angle into the supraciliary space to increase uveoscleral outflow. The CyPass implant is a microimplant for creating an ab-interno supraciliary and suprachoroidal bypass. It is made of polyimide. It measure approximately 6 mm in length by 500 microns outer diameter with about a 300 micron ostium. It is inserted with retractable guide wire handpiece. The surgical approach is similar to a goniotomy. The device can be used as a stand-alone POAG procedure in eyes which have failed primary topical treatment or SLT, as well as in combination with phaco-emulsification cataract surgery. A delivery system is used to insert the implant in position across the anterior chamber. The surgeon can gain access to the anterior chamber and the angle through the paracentesis (or primary phaco incision) visualizing the angle anatomy and the device with a gonioscope. The device is implanted below the scleral spur at the iris root as the device and the guidewire bluntly dissect into the supraciliary space. The distal end of the device goes into the suprachoroidal space. Once in position, the CyPass directs additional flow to the suprachoroidal space. It is well known that some of the most effective pharmacologic therapies act via the uveoscleral route (prostaglandin analogues) - in a similar but mechanical way, this micro-device increases non-trabecular outflow without perforating the sclera or injury to

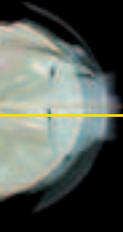


the conjunctiva. It also preserves all future surgical options. The CyPass device is studied for non-refractory and refractory glaucoma cases and has demonstrated compelling safety and effectiveness data in early pilot series. The CyPass is the first ab-interno suprachoroidal micro-device which is CE marked and undergoing clinical investigation. **Methods (case presentation):** The patient presented had cataract surgery alone to one eye and cataract surgery and CyPass to the other eye several weeks later. The patient had become intolerant to medications and was running IOP in the 20's for both eyes. The eye underwent phacoemulsification alone (left eye) on no medications had a preop IOP of 24mmHg. The day one IOP was 26 mmHg, at one week it was 17mmHg, then IOP was 26mmHg at 3 weeks. The patient was put on timolol in the straight cataract surgical eye. The IOP was 12mmHg at 3 months on this one med. For the eye receiving the CyPass implantation along with the phacoemulsifications (right), the patient was on no IOP lowering medications. In this eye receiving both the pressure lowering surgery with the CyPass and the PEIOL, the baseline pre-operative IOP was 28 mmHg. After phaco cataract surgery, the patient underwent ab-interno CyPass implantation. Gonioscopy is used for visualization and to ensure proper position and approach. **Results:** During surgery, the CyPass is loaded on a guidewire and a delivery system was used to reach the angle 180 degrees from the existing phaco incision site. The guide wire's bevel tip bluntly dissects into the suprachoroidal space to allow controlled device implantation until only the proximal collar of the device remains in the anterior chamber. The guidewire is then retracted, the device fully inserted and the delivery system is removed from the anterior chamber. CyPass implantation was successfully achieved without complications. On post-op day 1, the IOP was reduced to 16 mmHg, at Week one the IOP was 11 mmHg, and at month one 16 mmHg on no meds. In my clinical experience there have been no device related adverse events and intraoperative and post-operative safety outcomes have been satisfactory even in this non-refractory population. While one would question about retinal and choroidal complications (hemorrhage, effusion, detachment), the early clinical work has been positive and large pivotal trials are now underway to further characterize the safety and effectiveness of this approach/device. There is certainly a learning curve for anyone who is not familiar with intraoperative gonioscopy. **Conclusion:** CyPass is an implantable ab-interno device which can achieve significant IOP lowering in a minimally invasive way as a stand-alone or adjunct procedure to phaco in patients with open angle glaucoma.

CANALOPLASTY: 36 MONTH U.S. DATA. OPTIMIZING OUTCOMES

Brian E. Flowers, MD

Trabeculectomy with/without antimetabolite use has been the standard of care for glaucoma surgery for many years. Although it is an effective means of lowering intraocular pressure, numerous intraoperative and postoperative complications are known to occur. The search for an effective means of intraocular pressure lowering without the formation of a filtering bleb has been ongoing. Canaloplasty is one such procedure, which seeks to lower intraocular pressure in a non penetrating fashion. In canaloplasty one seeks to create flow through a Descemet's window into Schlemm's canal. This is combined with viscodilatation and stenting open Schlemm's canal to improve flow into the aqueous collector channels. The procedure involves creating a half thickness triangular or parabolic scleral flap, which is followed by a second deep scleral flap to expose Schlemm's canal and create a Descemet's window. A 250 micron flexible catheter is then inserted into Schlemm's canal and passed for 360 degrees. The catheter has fiberoptic illumination for guidance and a lumen for injection of viscoelastic. A prolene suture is then attached to the distal tip of the catheter once it is retrieved from the opposite cut end of Schlemm's canal. The catheter's direction is then reversed and viscoelastic injected to viscodilate the canal and to thread the prolene suture into the canal. The suture is then tied tightly to stent open the canal. The deep scleral flap is removed and the superficial scleral flap and conjunctiva are closed in a watertight fashion. There is evidence that there are two important objective surgical goals: adequate canal distention and adequate Descemet's window size. The 2 year paper showed that final IOP was correlated with the degree of distention of the canal. Those with excellent distention had IOP of 15.7mmHg +/- 3.1 versus 18.3mmHg +/- 4.2 in patients with lesser distention. Achieving adequate distention requires appropriate suture tension. Surgeons have found that using a slip knot with the 9-0 or 10-0 prolene after depressurizing the eye to be an effective way of assuring adequate tension. As a simpler alternative, using a 4/1/1 knot also improves the ability to secure adequate tension. Data also shows that achieving appropriate window size is also of paramount importance. Most surgeons find this to be the most difficult surgical step. The development of a new instrument greatly improves the ease of this step. A modified Drysdale nucleus rotator (Rhein Medical) allows a safer method of dissecting beyond Schwalbe's line into the cornea. Separating the overlying corneal stroma from Descemet's with the Drysdale allows the surgeon to safely extend the deep scleral flap far into the cornea without the fear of cutting through Descemet's and entering the anterior chamber. One will immediately notice improved aqueous flow from extending the window far into the cornea. Data suggests that the optimal window "length" is 250-500 microns. In the U.S. a multicenter study is underway and 36 month data is now available. Pertinent inclusion criteria were IOP >21, open angle glaucomas, suture successfully placed, and no postoperative blebs. Pertinent exclusion criteria were previous angle surgery, more than 2 trabeculectomies, and secondary glaucomas. The publication of the 24 month data can be found in the Journal of Cataract and Refractive Surgery (2009.35:814-824). There were 127 patients enrolled, with 112 patients reaching 12 months, 112 patients reaching 24 months, and 107 reaching 36 months. Baseline IOP was 23.6mmHg +/- 4.8 on 1.9 +/- 0.8 medi-



cations. IOP at 12 months and 24 months respectively was 15.4mmHg +/- 4.2 on 0.4 +/- 0.7 meds and 16.0mmHg +/- 4.2 on 0.5 +/- 0.8 meds. The IOP was lower in patients who had canaloplasty combined with phacoemulsification. For canaloplasty alone eyes, 36 month IOP was 15.4mmHg +/- 3.3 on 0.9 +/- 0.9 meds. For canaloplasty combined with phacoemulsification, IOP at 36 months was 13.6mmHg +/- 3.6 on 0.3 +/- 0.6 meds. The goal of non penetrating surgery is to minimize complications associated with conventional filtration surgery. No complication occurred in more than 8% of patients. The most common complications were hyphema and early elevated IOP. There was one case of hypotony and no choroidal detachments. Visual acuity was well preserved. The U.S. data is similar to data from our European counterparts (Tetz et al). In their series of 65 patients that reached 24 months of follow-up, the baseline IOP was 23.1mmHg +/- 4.1 on 1.8 +/- 0.7 medications. This was reduced to 15.7mmHg +/- 3.0 on 0.7 +/- 0.8 medications at 24 months.

THE MICS ADVANTAGE USING THE STELLARIS PHACO SYSTEM IN FLOMAXCASES

Mitchell A Jackson, MD

Purpose: To examine the outcomes and safety record using the Stellaris phacoemulsification system (Bausch & Lomb Surgical) and MICS platform in Flomaxcases. **Methods:** A retrospective review of 20 eyes that underwent uncomplicated planned phacoemulsification with intraocular lens implantation under topical and intracameral anesthesia. Incision size in all cases ranged from 1.8-2.0 mm using the MICS small incision advantage using the Stellaris phacoemulsification system. Flomax use was associated with every procedure preoperatively increasing the risk of intraoperative floppy iris syndrome (IFIS) and other serious adverse events intraoperatively. The MICS system allowed for use of only a single subincisional flexible iris retractor from Grieshaber. The iris retractor in each case was placed after anterior capsulorrhexis in each case and was removed after irrigation/aspiration of retained viscoelastic post-IOL implantation and prior to sealing the incision with BSS. **Results:** Statistical analysis of all eyes revealed outcomes and a safety record approaching that of non-Flomax users undergoing cataract surgery. **Conclusions:** The MICS advantage with the Stellaris phacoemulsification system allowed for single iris retractor use in Flomax cases improving intraoperative efficiency, safety and visual outcomes. Despite the new US FDA warning labeling with Flomax cataract cases, this new technique essentially returns the procedure to the status quo prior to Flomax's known intraoperative ocular problems.

NEW STRATEGIES FOR THE TREATMENT OF NEUTROTROPHIC KERATOPATHY: AMNION MEMBRANE EXTRACT AND AMNION MEMBRANE + LAMELLAR CORNEAL TRANSPLANTATION

Kenneth R. Kenyon, MD, L. Vedovelli, MD, Emiliano Ghinelli, MD

Neurotrophic keratopathy is a major clinical challenge in the management of herpes simplex & zoster, trigeminal nerve lesions, diabetes etc as persistent epithelial defects (PED) are common and penetrating keratoplasty has poor prognosis. We now report advances in medical therapy with Amnion Membrane Extract (AMX) as well as surgical therapy combining amnion membrane (AM) grafts with deep anterior lamellar keratoplasty (LK). AMX is a lyophilized extract of fresh human AM which retains the growth and anti-inflammatory activity of AM, while offering the advantages of topical application without surgical effort, risk or expense. A multi-center open label clinical trial utilizing AMX for treatment of neurotrophic persistent epithelial defects (PEDs) resistant to conventional therapy has been conducted under the supervision of the Banca del Tessuti della Veneto (Italy). Among the 49 cases completing the study protocol, PED healing occurred in 47 (96%) without adverse reaction. Clinical availability in Europe is pending. In a series of 30 patients requiring keratoplasty for neurotrophic keratitis, deep anterior LK combined with overlay AM grafting was performed. Among these, 27 (90%) were judged successful with respect to improved visual acuity, stable corneal surface and clear keratoplasty. This surgical approach greatly improves the rehabilitation of high risk neurotrophic corneas.