



Νέες ΟΦΘΑΛΜΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ

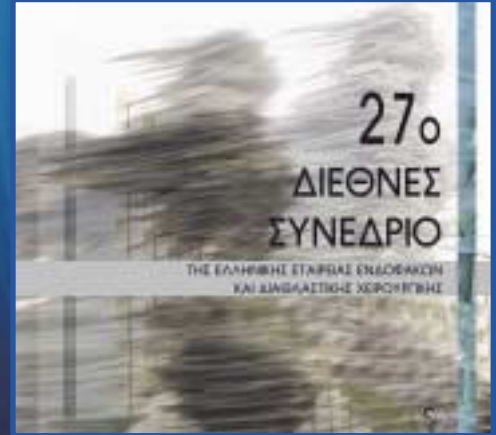
ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Σημειώσεις

ΤΟΜΟΣ 6 • ΤΕΥΧΟΣ 4 • ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ISSN 1791-0072

ΑΘΗΝΑ 2013:
27ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΦΔΧ



Μιλάνο 2012:
30ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας
Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής



**Νεότερες θεραπευτικές ιδιότητες
του Cross Linking**



**Η χρήση της βαλβίδας Ahmed στον έλεγχο
της ενδοφθάλμιας πίεσης και την επιβίωση
του μοσχεύματος σε περιστατικά
διαμερούς κερατοπλαστικής υψηλού κινδύνου**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΠΟΣΕΙΔΩΝΟΣ 42, 175 61 Π. ΦΑΛΗΡΟ

Η System Vision:

- Συνεχίζει δυναμικά τη δεκαπενταετή, σταθερά αναπτυσσόμενη, πορεία της στον τομέα της οφθαλμολογίας και της ιατρικής απεικόνισης.
- Παρακολουθεί τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και επεκτείνει τις συνεργασίες της με κορυφαίους και αξιόπιστους κατασκευαστές.
- Αναπτύσσει και αναβαθμίζει συνεχώς τις υπηρεσίες και τα προϊόντα της.
- Διατηρεί και εκπαιδεύει συστηματικά το προσωπικό της.
- Συμμετέχει σε τοπικά και διεθνή συνέδρια, στηρίζοντας την οφθαλμολογική κοινότητα.
- Προσαρμόζει εξατομικευμένες εφαρμογές στις ανάγκες ιατρείων και κλινικών.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΘΛΑΣΗ



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ



ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



LASER ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Avedro's Complete Family of Proprietary Riboflavin

<p>Wave Treatment Activation</p>	<p>WorkSheet Treatment Activation</p>
<p>Original</p>	<p>For Faster Diffusion</p>
<p>Wave Xtra Treatment Activation</p>	<p>ProGel Treatment Activation</p>
<p>For Laskic Xtra</p>	<p>For Trans-epithelial KXL</p>



Παντελής Α. Παπαδόπουλος
 επικοινωνία: eyedoc@hol.gr

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
 Διανύοντας τον τρίτο χρόνο της μεγάλης κρίσης στη χώρα μας, έχει κανείς την αίσθηση ότι τραβάμε κουπί αντίθετα με ένα ισχυρότατο ρεύμα, χωρίς να μπορούμε να κινηθούμε μπροστά. Θα έλεγα ότι το ρεύμα μάλλον έχει αρχίσει να μας παρασέρνει προς τα πίσω. Εάν κάνουμε ένα απολογισμό, να δούμε τι άλλαξε μέσα σε αυτά τα τρία χρόνια—εκτός βέβαια το ότι φτωχώναμε σαν χώρα—θα δούμε ότι μέχρι σήμερα (ήμερα που

κατατίθεται ο προϋπολογισμός του 2013) δεν έχουν γίνει και πολλά πράγματα από αυτά που δεσμεύτηκε η χώρα να κάνει. Οι συντεχνίες που λυμαινόνται τη χώρα εδώ και πολλά χρόνια δεν επιθυμούν να προχωρήσουν οι αλλαγές για την εξυγίανση, φοβούμενες ότι θα χάσουν τα προνόμια, τα οποία απέκτησαν με την ανοχή των κυβερνήσεων μετά τη μεταπολίτευση και τα εξαγόρασαν με την ευνοϊκή και ρουσφετολογική ψήφο τους. Σήμερα, όμως, υπάρχει πλέον μια μεγάλη μερίδα των Ελλήνων που δεν ανήκει σε καμιά από αυτές τις κατηγορίες και η οποία έχει κουραστεί να βλέπει και να ακούει τις συγκρούσεις για τα δήθεν δικαιώματα των ομάδων και συντεχνιών. Είναι οι φορολογούμενοι πολίτες (εργαζόμενοι, συνταξιούχοι και άνεργοι) που τους έχει γονατίσει η υπέρμετρη και άδικη φορολογία. Άδικη, διότι αυτοί είναι που αναγκάζονται να σηκώσουν το βάρος του χρέους της χώρας μόνοι τους, τη στιγμή που οι υπόλοιποι είτε φοροδιαφεύγουν είτε φορολογούνται ελάχιστα, με αποτέλεσμα να μην συνεισφέρουν στα ταμεία του κράτους, όπως θα το όφειλαν. Οι έντιμοι πολίτες αυτής της χώρας, αν δεν δουν ενέργειες που θα είναι προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης των αδικιών, πολύ φοβάμαι ότι θα αντιδράσουν με πολύ βίαιο τρόπο. Η έλλειψη δε, ισχυρών πολιτικών προσωπικοτήτων που θα διαχειριστούν μια τέτοια κρίση, δεν μας κάνει αισιόδοξους για το μέλλον μας.

Στο τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας θα βρείτε στις σελίδες 12-16, την πρώτη ανακοίνωση για το 27ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ, ένα συνέδριο, το οποίο όπως αποδείχτηκε από τις προηγούμενες χρονιές, κρατά πολύ υψηλά το επιστημονικό επίπεδο παρά την οικονομική κρίση. Αυτό άλλωστε φάνηκε και από τον μεγάλο αριθμό συμμετοχών στο προηγούμενο συνέδριο. Τι γίνεται όμως στον διεθνή χώρο: Διαβάστε τις εντυπώσεις και τα νεότερα από το 30ο Συνέδριο της ESCRS που έγινε στο Μιλάνο τον περασμένο Σεπτέμβριο (σελίδες 7-9). Οι νεότερες θεραπευτικές ιδιότητες της διασύνδεσης του κολλαγόνου αναλύονται στο άρθρο των κ.κ. Κυμιωνή και Διακονή στις σελίδες 10-11. Η χρήση της βαλβίδας Ahmed σε περιστατικά μεταμόσχευσης κερατοειδούς υψηλού κινδύνου είναι το θέμα του άρθρου του οφθαλμιάτρου Κ. Σαμαρά στις σελίδες 17-20. Η σημασία της σωστής διάθλασης στη διαθλαστική χειρουργική είναι το πρώτο μέρος μιας σειράς άρθρων του κ. Κυρούδη με το ίδιο θέμα (σελίδες 21). Το ΔΣ της ΕΕΕΦΔΧ βρέθηκε σχεδόν σύσσωμο στην Κύπρο και συμμετείχε στο 3ο Κυπριακό Οφθαλμολογικό Συνέδριο. Μπορείτε να διαβάσετε λεπτομέρειες στη στήλη «Τα Νέα της ΕΕΕΦΔΧ» στις σελίδες 22-23. «Οι τελευταίες μέρες πριν από την απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης το 1912» είναι το θέμα της μόνιμης στήλης του κ. Π. Ρασογλου «Με Άλλο Μάτι» στις σελίδες 24-25.

Σας εύχομαι Καλή Δύναμη και Καλή Υπομονή!

Παντελής Α. Παπαδόπουλος
 Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής



Ιδιοκτησία

Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής
 Ποσειδώνος 42, 175 61 Π. Φάληρο
 Τηλ.: 6974 47 99 06, Fax: 210 98 48 505

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΕΕΦΔΧ

Πρόεδρος: Ιωάννης Παναγόπουλος
Αντιπρόεδρος: Παντελής Α. Παπαδόπουλος
Γενική Γραμματέας: Κωνσταντίνα Κουφαλά
Ταμίας: Πέτρος Ράσογλου
Μέλη: Βασίλειος Καραμπατάκης
 Γεώργιος Κυμιωνής, Δημήτριος Κυρούδης
 Μιλτιάδης Μπαλίδης, Βασίλειος Τσίγκος

Συντακτική Επιτροπή

Πρόεδρος

Π. Α. Παπαδόπουλος

Μέλη

Ι. Αλεξάκης	Δ. Παπαδάκος
Μ. Ασπιώτης	Ι. Πούλας
Σπ. Γεωργαράς	Π. Ράσογλου
Χ. Καλογερόπουλος	Α. Ρουμελιώτης
Β. Καραμπατάκης	Δ. Σιγανός
Κ. Κουφαλά	Χ. Σιγανός
Γ. Κυμιωνής	Μ. Στεφανιώτου
Δ. Κυρούδης	Μ. Τραγάκης
Μ. Μπαλίδης	Β. Τσίγκος
Ι. Παλλήκαρης	Μ. Τσιλιμπάρης
Ι. Παναγόπουλος	

Συμβουλευτική Επιτροπή

Τρ. Αργυρόπουλος	Σ. Λάκε
Γρ. Γεωργαρίου	Ζ. Μπισογιάννης
Ν. Γεωργιάδης	Θ. Μπουφίδης
Σ. Γκοτσαρίδης	Α. Νικολακόπουλος
Δ. Δερεκλής	Ι. Ντούντας
Σ. Δημητράκος	Π. Οικονομίδης
Στ. Δημόπουλος	Ν. Παπαδόπουλος
Κ. Καραμπάτσας	Α. Πετούνης
Β. Κοζομπόλης	Ι. Τσινοπούλος
Α. Κώνστας	Α. Χαρώνης

Εκδότης

Παντελής Α. Παπαδόπουλος

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ
 Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα
 Τηλ.: 210-7228614, 210-7228624

Γραμματεία ΕΕΕΦΔΧ

Β. Τόλιου, Ρ. Χριστοδουλοπούλου
 Λεωφ. Ποσειδώνος 42, 175 61 Π. Φάληρο
 Τηλ.: 6974 47 99 06, E-mail: info@hsioirs.org

Copyright 2012

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση καθώς και αντιγραφή του τρόπου παρουσίασης της περιεχόμενης ύλης χωρίς γραπτή άδεια της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής και της Εκδοτικής Εταιρείας.



Glistenings do exist.

Actual slit-lamp photograph
of glistenings in a competitive
acrylic IOL.

But not for enVista.™

Introducing the new standard in acrylic IOL performance.

- No glistenings detected at any time in a 2-year prospective study^{1,2}
- Bausch + Lomb aspheric Advanced Optics
- Insertion through a 2.2-mm incision
- Designed to minimise PCO

Contact your B+L representative to learn more about enVista,
a revolutionary new IOL.

1. enVista™ Directions for Use. 2. Tetz MR, Werner L, Schwahn-Bensig S, Balfie JF. A prospective clinical study to quantify glistenings in a new hydrophobic acrylic IOL. Presented at: American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) Symposium & Congress, April 3-8, 2009; San Francisco, CA.

BAUSCH + LOMB

©2011 Bausch & Lomb Incorporated. ™ denotes trademark of Bausch & Lomb Incorporated. SU6635 09/11

new
enVista
Glistening-free hydrophobic acrylic IOL

Just say 'no' to glistenings.



Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ξανά φέτος το Φθινόπωρο βρισκόμαστε στην περίοδο προετοιμασίας του 27ου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφθάλμιας και Διαθλαστικής Χειρουργικής. Εν μέσω της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει αυτή την εποχή τα ελληνικά πράγματα, προσπαθούμε να παρουσιάσουμε ένα συνέδριο αντάξιο της ιστορίας του θεσμού και να ξεπεράσουμε τις όποιες δυσκολίες προκύπτουν κυρίως από την πλευρά των εταιρειών-χορηγών που συμμετέχουν.

Το περυσινό επιτυχημένο μοντέλο της εκδήλωσης ενδιαφέροντος συμμετοχής συναδέλφων ως ομιλητές σε μία λίστα θεμάτων χειρουργικής του καταρράκτη και διαθλαστικής χειρουργικής θα ακολουθηθεί και φέτος.

Δεδομένου του μεγάλου ενδιαφέροντος, αποφασίστηκε φέτος η διοργάνωση ημερίδας σχετικά με το Femto Laser την ημέρα έναρξης του Συνεδρίου. Η ημερίδα αυτή θα περιλαμβάνει την εφαρμογή του Femto Laser στη διαθλαστική χειρουργική και στη σύγχρονη χειρουργική του καταρράκτη και του κερατοειδούς.

Διακεκριμένοι Έλληνες και ξένοι ομιλητές θα συμμετάσχουν και φέτος στο επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μας με διαλέξεις, συμμετοχή σε στρογγυλές τράπεζες, κλινικά φροντιστήρια κ.λπ., ενώ το βραβείο Kelman θα απονεμηθεί για το 2013 στον διακεκριμένο συνάδελφο Thomas Neuhann, στον οποίο αποδίδεται η μεγαλοφυής σύλληψη της ιδέας της καινούριας παράλληλα με τον Dr Gibel.

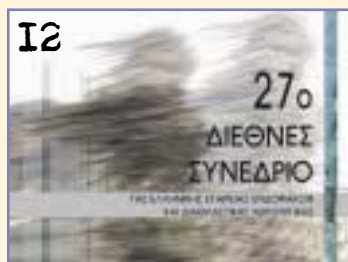
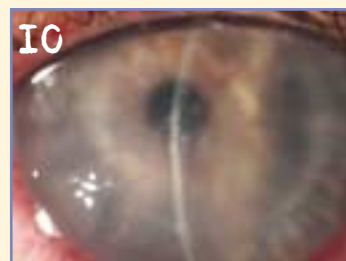
Η επιλογή του Δρομέα για την εικαστική ταυτότητα του 27ου Συνεδρίου της ΕΕΕΦΔΧ δεν συμβολίζει μόνο την τοποθεσία όπου διεξάγεται κάθε χρόνο το Συνεδρίο μας, αλλά αντανάκλα και τον ρυθμό που πρέπει να ακολουθεί ο σύγχρονος οφθαλμίατρος για να παρακολουθεί τις ραγδαίες εξελίξεις στην οφθαλμολογία.

Προσδοκώ και πάλι στη διοργάνωση ενός ακόμη επιτυχημένου συνεδρίου με την παρουσίαση όλων των νεότερων εξελίξεων στη χειρουργική του καταρράκτη και τη διαθλαστική χειρουργική.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Γιάννης Παναγόπουλος
Πρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ

ΤΟΜΟΣ 6, ΤΕΥΧΟΣ 4, ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

- 7** Μιλάνο 2012: 30ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής
- 10** Νεότερες θεραπευτικές ιδιότητες του Cross Linking
- 12** ΑΘΗΝΑ 2013: 27ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ
- 17** Η χρήση της βαλβίδας Ahmed στον έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης και την επιβίωση του μοσχεύματος σε περιστατικά διαμπερούς κερατοπλαστικής υψηλού κινδύνου
- 21** Η σημασία της σωστής διάθλασης στη διαθλαστική χειρουργική
- 24** Με άλλο μάτι: Οι τελευταίες μέρες πριν από την απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης το 1912



Μιλάνο 2012: 30ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής

Άλλο ένα συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής (ESCRS) πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία και ρεκόρ συμμετοχών στο Μιλάνο, στον Ιταλικό Βορρά.

Περίπου 7.000 οφθαλμίατροι πήραν μέρος στο κύριο συνέδριο, ενώ ο αριθμός αυτός αυξήθηκε κατά πολύ με τους συμμετέχοντες στα παράλληλα συνέδρια Euretina, Eucometa και στο παγκόσμιο συνέδριο Παιδοφθαλμολογίας και Στραβισμού. Ο πολύ ζεστός για την εποχή καιρός και η μεγάλη απόσταση του συνεδριακού κέντρου από τον κοντινότερο σταθμό μετρό, δημιούργησε κάποια δυσχερέσκεια στους συνέδρους αλλά τα παράπονα αυτά θεωρήθηκαν ελάχιστος σημασίας μπροστά στην πολύ επιτυχημένη διοργάνωση.

Η μεγάλη συμμετοχή από τις Ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες καθώς και από την Ασία, πολύ περισσότερη από κάθε άλλη φορά, ήταν ένα από τα σημεία που τράβηξε την προσοχή μας. Η Ελληνική συμμετοχή ήταν πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες χρονιές.

Η κεντρική αίθουσα φιλοξένησε τις κυριότερες στρογγυλές τράπεζες με θέματα, όπως η νεοαγγείωση στον κερατοειδή, η επέμβαση καταρράκτη σε άτομα με παθήσεις της χώρας, η διαθλαστική χειρουργική στα παιδιά, το femto laser στον καταρράκτη και οι εξελίξεις στον υπολογισμό της ισχύος των ενδοφακών.

Η διάλεξη Ridley για το 2012 πραγματοποιήθηκε από τον M Lundstrom, στον οποίο απονεμήθηκε και το μετάλλιο Harold Ridley και είχε τον τίτλο: «Quality outcomes in cataract surgery: the real story».

Πραγματοποιήθηκε, επίσης, τελετή στη μνήμη του David Apple. Ο Graham Barrett, από την Αυστραλία, ήταν ο νικητής του διαγωνισμού για το καλύτερο βίντεο, με τον τίτλο «Zen and the Art of Monovision Maintenance». Όλα τα βίντεο μπορεί κανείς να τα παρακολουθήσει διαδικτυακά στη διεύθυνση: www.escrsondemand.com.

Ο Peter Barry, πρόεδρος της ESCRS, θα παραδώσει



Παντελής Α. Παπαδόπουλος

Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Αντιπρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: eyedoc@hol.gr

σε δύο χρόνια την προεδρία στον Ιταλό Robert Belucci, τον γενικό γραμματέα της Εταιρείας.

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν στρογγυλές τράπεζες για το παρόν και το μέλλον των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη καθώς και για τα οικονομικά. Υπήρξαν πολλές συζητήσεις και προβληματισμός για το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας στη δύσκολη περίοδο που διανύουμε. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο επιπρόσθετο κόστος που θα επιβαρυνθεί ο ασθενής για την επέμβαση καταρράκτη όταν θα χρησιμοποιείται και το femto laser. Ολοι συμφώνησαν ότι δεν πρόκειται να αναλάβει να πληρώσει το κόστος αυτό κανένας ασφαλιστικός φορέας ή δημόσιος οργανισμός.

Συνεπώς, θα πρέπει ο ασθενής αλλά και ο οφθαλμίατρος να απορροφήσει αυτό το επιπλέον έξοδο.



Αποψη από τη μεγάλη εμπορική έκθεση του 30ου Συνεδρίου.



Καθημερινά οι κύριες αίθουσες του συνεδρίου ήταν κατάμεστες με συνέδρους.



Ο Ινδός χειρουργός οφθαλμίατρος Dr Vardhaman Kankaria, προσκεκλημένος ομιλητής στο 27ο Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ (αριστερά), ο Έλληνας οφθαλμίατρος Κώστας Κακουλίδης, που διαπρέπει στο Ιατρικό Πανεπιστήμιο της Σλοβακίας (δεξιά), με τον αντιπρόεδρο της ΕΕΕΦΔΧ, Π. Παπαδόπουλο στην έκθεση του συνεδρίου.



Νέος ηλεκτρονικός τορικός marker για τους αστιγματικούς ενδοφακούς.



Το νέο τονόμετρο Corvis ST της Oculus, το οποίο μετρά και τις εμβιομηχανικές ιδιότητες του κερατοειδούς.

Η έκθεση του συνεδρίου ήταν αρκετά πλούσια, με πολλά περίπτερα εταιρειών από όλο τον κόσμο. Όλες οι εταιρείες που κατασκευάζουν femto laser ήταν παρούσες, εκθέτοντας τα μηχανήματά τους. Στις παρασηνιακές συζητήσεις ακούσαμε ότι όλα τα μηχανήματα θέλουν πολλές βελτιώσεις μέχρι να φτάσουν σε κάποιο βαθμό τελειότητας και ασφάλειας, που να δικαιολογεί το τεράστιο κόστος τους. Στο 30ο Συνέδριο παρουσιάστηκε ένας νέος τορικός υδρόφοβος ακρυλικός ενδοφακός από την Bausch & Lomb, ο EnVista Toric.

Ως γνωστό, το υλικό του EnVista ανήκει στη νέα γενιά υδρόφοβων ακρυλικών ενδοφακών και είναι απαλλαγμένο από τα λαμπυρίζοντα σωματίδια (glistenings) που παρατηρούνται σε ενδοφακούς παλαιότερης γενιάς.



Sirama, το νέο nanosecond laser της Schwind.

Παρόλο που μέχρι στιγμής τα glisterings δεν φαίνεται να δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην όραση και στην ευαισθησία αντίθεσης, η συνεχιζόμενη αύξησή τους με τον χρόνο προβληματίζει πολλούς χειρουργούς για τις μελλοντικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα στους πολυεστιακούς ενδοφακούς.

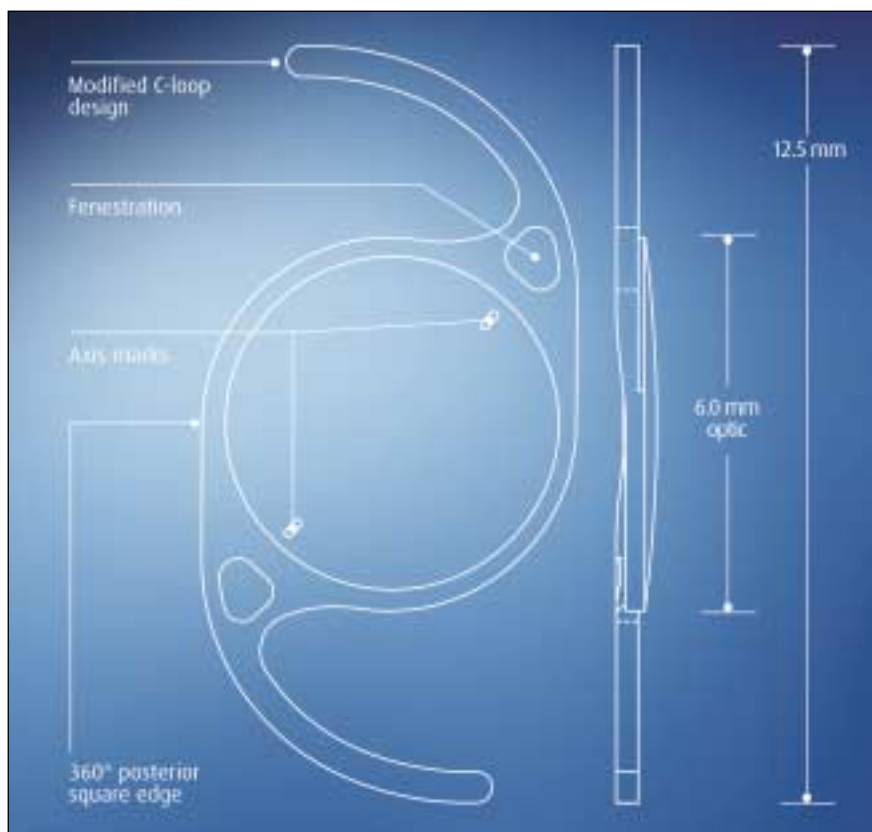
Η Alcon ανακοίνωσε ένα νέο πολυεστιακό φακό Restor με προεσβυωπική προσθήκη +2,5 Δ, για άτομα που ενδιαφέρονται κυρίως για μεσαίες αποστάσεις. Η γερμα-

νική Schwind πέρασε στην επόμενη γενιά – των nanosecond – laser με το Schwind Sirama, υποσχόμενη ακόμη μεγαλύτερη ακρίβεια στις διαθλαστικές επεμβάσεις. Η Oculus παρουσίασε το νέο τονόμετρο Corvis ST, το οποίο θα μετρά και τις εμβιομηχανικές ιδιότητες του κερατοειδούς με εικόνες Scheimpflug.

Τέλος, η Asico παρουσίασε ένα νέο ηλεκτρονικό marker, για το σημάδεμα του άξονα του αστιγματισμού σε ασθενείς που θα τοποθετηθεί τορικός ενδοφακός.

Το επόμενο μεγάλο συνέδριο της ESCRS θα γίνει στο Αμστερνταμ τον Οκτώβριο 2013. Θα προηγηθεί το χειμερινό συνέδριο στη Βαρσοβία τον Φεβρουάριο 2013.

Ο Δρ. Παντελής Α. Παπαδόπουλος είναι διευθυντής της Οφθαλμολογικής Κλινικής του Θεραπευτηρίου Metropolitan και του Οφθαλμολογικού Κέντρου Ophthalmology-Check στην Αθήνα.



Η Bausch & Lomb παρουσίασε τον νέο τορικό ενδοφακό της, στο 30ο συνέδριο.



Η Alcon παρουσίασε τον νέο Restor +2,5 που απευθύνεται πρωταρχικά σε χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Νεότερες θεραπευτικές ιδιότητες του Cross Linking

Εισαγωγή

Η διασύνδεση του κερατοειδικού κολλαγόνου (corneal collagen cross linking – CXL) αποτελεί μία από τις πλέον σημαντικές εξελίξεις στη χειρουργική του κερατοειδούς την τελευταία δεκαετία, μαζί με τη χρήση του Femtosecond laser και τις τροποποιημένες μεταμοσχεύσεις (πρόσθιες και οπίσθιες).

Η αντιμετώπιση των εκτατικών παθήσεων του κερατοειδούς, όπως είναι ο κερατόκωνος¹ και η μετεγχειρητική εκτασία^{2,3}, μέχρι πρόσφατα περιλάμβανε τη διόρθωση με γυαλιά ή σκληρούς φακούς επαφής. Η μεταμόσχευση, ολικού ή μερικού πάχους, αποτελούσε μέχρι πρόσφατα την τελευταία λύση γι' αυτούς τους ασθενείς. Οι μέχρι σήμερα μέθοδοι αντιμετώπισης των εκτασιών θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν καθαρά συμπτωματικές καθώς δεν δίνουν μόνιμη λύση ή οριστική θεραπεία του προβλήματος.

Η τεχνική CXL, με τη χρήση ριβοφλαβίνης και υπεριώδους ακτινοβολίας (UV-A) προκαλούν αύξηση της αντίστασης και μείωση της ελαστικότητας του κερατοειδούς^{4,5}. Η ριβοφλαβίνη και η υπεριώδης ακτινοβολία επάγουν τη δημιουργία νέων πλάγιων συνδέσεων μεταξύ των ινιδίων του κερατοειδικού κολλαγόνου και ουσιαστικά σταθεροποιούν την εξέλιξη της εκτασίας του κερατοειδούς (Εικόνα 1). Στόχος της θεραπευτικής διαδικασίας της διασύνδεσης του κερατοειδικού κολλαγόνου είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και η σταθεροποίηση της εκτασίας με σκοπό την καθυστέρηση ή ακόμη και την αποφυγή επεμβατικών χειρουργικών διαδικασιών, όπως είναι η μεταμόσχευση του κερατοειδούς.

Χειρουργική τεχνική

Το πρωτόκολλο που ακολουθείται για την επέμβαση CXL γνωστό και ως πρωτόκολλο της Δρέσδης, αναφέρει την αποεπιθηλιοποίηση του κερατοειδούς, την ενστάλαξη ριβοφλαβίνης ανά 3 λεπτά για 30 λεπτά και έπειτα την ακτινοβολία του κερατοειδούς με UV-A με μήκος κύματος 365 νανόμετρα και ενέργεια 3,0mW για 30 λεπτά (κατά τη διάρκεια της ακτινοβολίας συνεχίζεται η ενστάλαξη ριβοφλαβίνης ανά 3 λεπτά) (Εικόνα 2). Έχουν δοθεί εξαρχής θεμελιώδεις οδηγίες αναφορικά με την ασφάλεια της μεθόδου που συνίστανται στην επαρκή διαπίπτηση του κερατοειδούς με ριβοφλαβίνη και στην ελάχιστη παχυμετρία μετά την αποεπιθηλιοποίηση των 400 μικρομέτρων. Η παρουσία της ριβοφλαβίνης έχει ως αποτέλεσμα την απορρόφηση της ακτινοβολίας για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών στο επίπεδο του κρυσταλοειδούς φακού και του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, ενώ η ελάχιστη παχυμετρία των 400μm δεν επιτρέπει τη διείσδυση επαρκούς δόσης ακτινοβολίας που θα έχει ως αποτέλεσμα την απόπτωση των ενδοθηλια-



Γεώργιος Δ. Κυμιωνής, MD, PhD

Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Μέλος του ΔΣ της ΕΕΕΦΔΧ

επικοινωνία: kymionis@med.uoc.gr



Βασίλειος Φ. Διακονής, MD

Ειδικευόμενος Οφθαλμίατρος

επικοινωνία: diakonis@gmail.com

κών κυττάρων του κερατοειδούς. Παρόλο που η μέθοδος είναι ασφαλής ακόμη και σήμερα δεν έχει ποσοτικοποιηθεί το μέγεθος της αναγκαίας θεραπείας και επίσης κανένας διαχωρισμός ανάλογα με το στάδιο της νόσου δεν έχει περιγραφεί.

Συνδυασμένες θεραπείες

Η τεχνική CXL, όπως αναφέρθηκε διακόπτει την εξέλιξη των εκτατικών παθήσεων του κερατοειδούς, παρόλα αυτά δεν βελτιώνει την οπτική δυνατότητα των ασθενών που συνήθως πάσχουν από ανώμαλο αστιγματισμό και μυωπία. Για τους λόγους αυτούς έχουν προταθεί συνδυασμένες χειρουργικές τεχνικές ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση. Οι επιστημονικές μελέτες αναφέρουν συνδυασμό CXL με ένθεση ενδοκερατοειδικών δακτυλίων⁶ (Εικόνα 3), με τοπογραφικά καθοδηγούμενη φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή⁷ και με διεπιθηλιακή φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή⁸. Τα αποτελέ-

σματα των μελετών είναι ενθαρρυντικά αφού οι ασθενείς αναφέρεται ότι βελτιώνουν την οπτική τους οξύτητα ενώ σταθεροποιείται η εξέλιξη των εκτατικών τους παθήσεων.

Νέες εφαρμογές

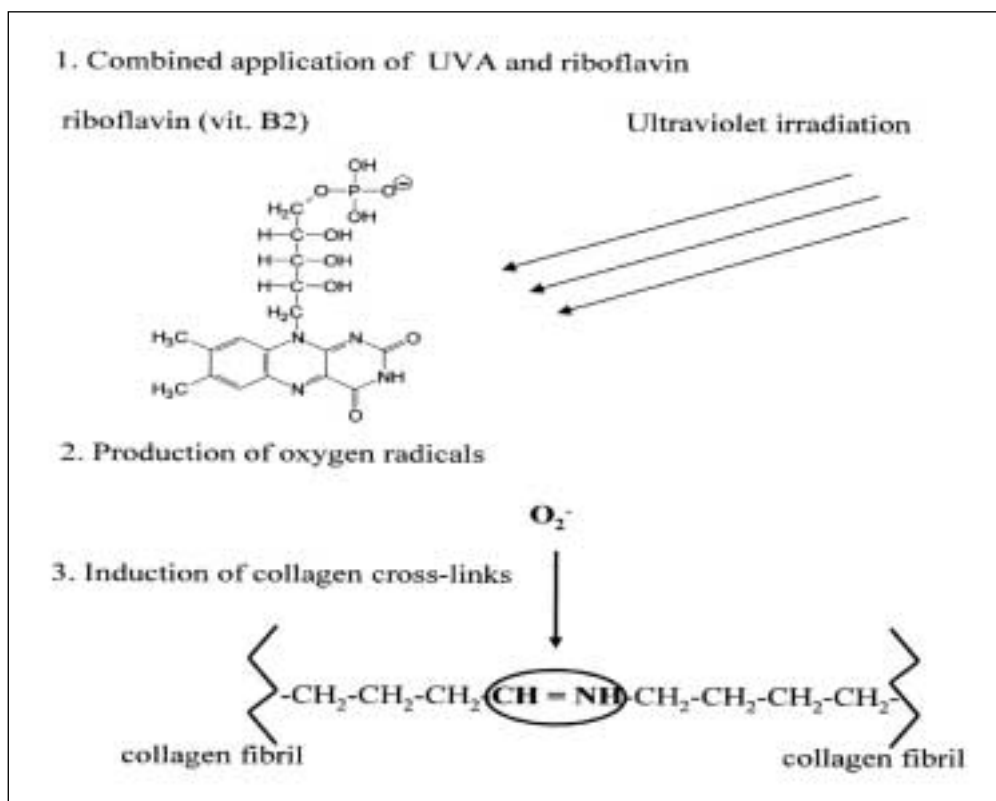
Βασιζόμενοι στις συνολικές ιδιότητες της διασύνδεσης του κερατοειδικού κολλαγόνου στη διάσπαση του μορίου της ριβοφλαβίνης και την παραγωγή ελεύθερων ριζών οξυγόνου καθώς και στις ιδιότητες της υπεριώδους ακτινοβολίας, η τεχνική αυτή έχει βρει και άλλες εφαρμογές στην οφθαλμολογία. Η κυριότερη αυτών είναι σήμερα στη θεραπεία κερατίτιδων^{9,11} που δεν ανταποκρίνονται στις συμβατικές θεραπείες.

Η διάσπαση του μορίου της ριβοφλαβίνης όπως αναφέρθηκε έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ελεύθερων ριζών οξυγόνου. Οι ελεύθερες ρίζες οξειδώνουν τις βάσεις γουανίνης του DNA και του RNA με συνέπεια τη διακοπή των μεταβολικών διαδικασιών (διακοπή διπλασιασμού γονιδιώματος) τόσο μικροβίων όσο και ιών. Η ακτινοβολία με υπεριώδη ακτινοβολία έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης τόσο στο επίπεδο της κυτταρικής μεμβράνης των μικροοργανισμών όσο και στο επίπεδο του γονιδιώματός τους. Η συνεργική αυτή δράση της ριβοφλαβίνης και της υπεριώδους ακτινοβολίας έχει βρεθεί να έχει σημαντική αποτελεσματικότητα στη μείωση του μικροβιακού φορτίου και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση μολυσματικών κερατίτιδων.

Μια ακόμη σημαντική ιδιότητα της τεχνικής είναι ότι αποτρέπει την κερατοειδική τήξη. Όπως σε όλους τους οργανισμούς και ιστούς υπάρχει συνεχής διαδικασία αναβολισμού και καταβολισμού η οποία βρίσκεται σε δυναμική ισορροπία (ομοίωση), το ίδιο συμβαίνει και στον κερατοειδή. Κατά τη διάρκεια λοιμώξεων η ισορροπία αυτή διαταράσσεται και ο κερατοειδικός ιστός καταβλάθεται ταχύτερα με συνέπεια την τήξη. Αυτό συμβαίνει λόγω της απόπτωσης των κερατοκυττάρων και την απελευθέρωση ενζύμων που καταλύουν τα ινίδια κολλαγόνου του στρώματος (κολλαγόλυση). Η εφαρμογή CXL, αποτρέπει την τήξη μέσω δύο μηχανισμών, ο πρώτος με μείωση του μικροβιακού φορτίου και κατ' επέκταση τον έλεγχο της λοίμωξης και ο δεύτερος με την αύξηση της αντίστασης στην ενζυμική τήξη που είναι αποτέλεσμα της αύξησης των πλάγιων συνδέσεων του κολλαγόνου.

Παρουσίαση περιστατικού⁹

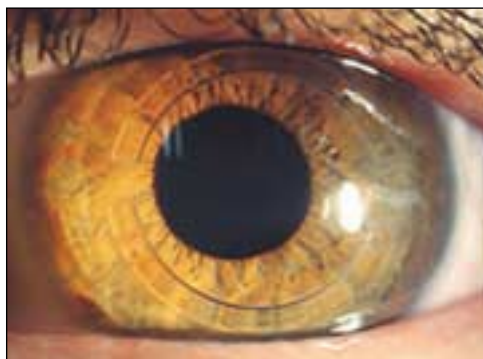
Ασθενής 28 ετών προσήλθε στην Οφθαλμολογική Κλινική του ΠΑΓΝΗ με κερατίτιδα αριστερού οφθαλμού ανθιστάμενη στην τοπική θεραπεία μετά από επέμβαση διαθλαστικής χειρουργικής (LASIK). Η όραση του ασθενούς ήταν μέτρηση δακτύλων στα 3 μέτρα, ενώ η κλινική εκτίμηση στην σχισμοειδή λυχνία έδειξε πολλαπλές διηθήσεις και τήξη του στρώματος. Η καλλιέργεια ξέσματος



Εικόνα 1. Γραφική απεικόνιση της αύξησης των πλάγιων συνδέσεων του κερατοειδικού κολλαγόνου επαγόμενο από την τεχνική CXL.



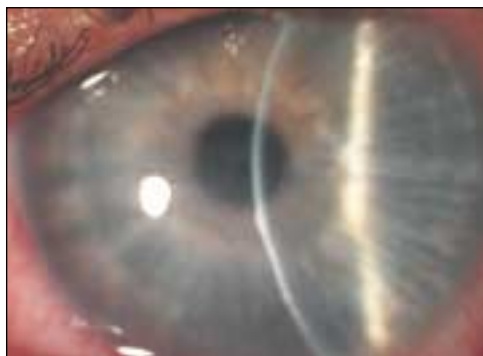
Εικόνα 2. Διεγχειρητική απεικόνιση CXL.



Εικόνα 3. Απεικόνιση κερατοειδούς που έχει υποβληθεί σε CXL και ένθεση ενδοκερατοειδικών δακτυλίων.



Εικόνα 4. Κλινική εικόνα ασθενούς με μετεγχειρητική κερατίτιδα (άτυπο μικροβακτηρίδιο), τήξη κερατοειδικού στρώματος, πολλαπλές εστίες διήθησης του στρώματος.



Εικόνα 5. Κλινική εικόνα ασθενούς μετά από τη θεραπεία με CXL για την αντιμετώπιση κερατίτιδας, ήρεμος οφθαλμός.

του πάσχοντος κερατοειδούς είχε ως αποτέλεσμα την ταυτοποίηση του μικροοργανισμού που ήταν άτυπο μικροβακτήριο. Ο ασθενής έλαβε από το στόμα δοξυκυκλίνη και κλαριθρομυκίνη και τοπικά αμικασίνη και μοξιφλοξασίνη επτά μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας η κλινική κατάσταση συνέχιζε να χειροτερεύει (Εικόνα 4).

Λόγω της μη ανταπόκρισης στη θεραπεία ο ασθενής ενημερώθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση με εν θερμώ μεταμόσχευση κερατοειδούς και για CXL. Μετά τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, προχωρήσαμε σε ακρωτηριασμό του κερατοειδικού κρημνού (LASIK flap) καθώς και σε φωτοθεραπευτική κερατεκτομή 10 μικρομέ-

τρων για την εξομάλυνση του υποκείμενου στρώματος, έπειτα ο ασθενής υποβλήθηκε σε CXL βάσει του πρωτοκόλλου της Δρέσδης. Δύο εβδομάδες μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση υποχώρησαν τόσο οι διηθήσεις όσο και το στρωματικό οίδημα (Εικόνα 5)· η όραση του ασθενούς 3 μήνες μετά ήταν 20/35 με διόρθωση +1.00 διοπτρία σφαιρώματος και -3.00 διοπτρίες κυλίνδρου, ενώ ο οφθαλμός παρέμεινε ήρεμος.

Συμπεράσματα

Η χρήση CXL για την αντιμετώπιση λοιμώξεων του κερατοειδούς αντιστάμενων στη συστηματική και τοπική θεραπεία, φαίνεται να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική προσέγγιση όταν οι συμβατικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές.

Βιβλιογραφία

1. Rabinowitz Y. Keratoconus. *Surv Ophthalmol.* 1998; 42: 297-319.
2. Binder PS. Ectasia after laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg.* 2003; 29: 2419-2429.
3. Pallikaris I, Kymionis G.D, Astyrakakis N. Corneal ectasia after LASIK. *J Cataract Refract Surg.* 2001; 27: 1796-1802.
4. Wollensak G, Spoerl E, Seiler T. Riboflavin/ultraviolet-a-induced collagen crosslinking for the treatment of keratoconus. *Am J Ophthalmol.* 2003;135: 620-7.
5. Hafezi F, Kanelopoulos J, Wiltfang R, Seiler T. Corneal collagen crosslinking with riboflavin and ultraviolet A to treat induced keratectasia after laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg.* 2007; 33: 2035-40.
6. Coskunseven E, Jankov MR 2nd, Hafezi F, Atun S, Arslan E, Kymionis GD. Effect of treatment sequence in combined intrastromal corneal rings and corneal collagen crosslinking for keratoconus. *J Cataract Refract Surg.* 2009 Dec; 35(12): 2084-91.
7. Tuwairqi WS, Sinjab MM. Safety and efficacy of simultaneous corneal collagen cross-linking with topography-guided PRK in managing low-grade keratoconus: 1-year follow-up. *J Refract Surg.* 2012 May; 28(5): 341-5.
8. Kymionis GD, Grentzelos MA, Kounis GA, Diakoniss VF, Limnopoulou AN, Panagopoulou SI. Combined transepithelial phototherapeutic keratectomy and corneal collagen cross-linking for progressive keratoconus. *Ophthalmology.* 2012 Sep; 119 (9): 1777-84.
9. Kymionis GD, Kankariya VP, Kontadakis GA. Combined treatment with flap amputation, phototherapeutic keratectomy, and collagen crosslinking in severe intractable post-LASIK atypical mycobacterial infection with corneal melt. *J Cataract Refract Surg.* 2012 Apr; 38(4): 713-5.
10. Müller L, Thiel MA, Kipfer-Kauer AI, Kaufmann C. Corneal cross-linking as supplementary treatment option in melting keratitis: a case series. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2012 Apr; 229(4): 411-5.
11. Berra M, Galperin G, Boscaro G, Zarate J, Tau J, Chiariada P, Berra A. Treatment of Acanthamoeba Keratitis by Corneal Cross-linking. *Cornea.* 2012 Aug 27. [Epub ahead of print].

Οφθαλμολογική Κλινική
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Τομέας Αισθητηρίων Οργάνων

Ο κ. Γεώργιος Κυμιωνής είναι Λέκτορας Οφθαλμολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ο κ. Βασίλειος Διακωνής είναι ειδικευόμενος οφθαλμίατρος στην Οφθαλμολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

27ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΑΚΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



MEMBER OF



ΑΘΗΝΑ 2013

28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ
ΕΩΣ
3 ΜΑΡΤΙΟΥ

HILTON ATHENS HOTEL

www.hsioirs.org

ΑΘΗΝΑ 2013

27ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το 27ο Διεθνές Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ θα πραγματοποιηθεί στις 28 Φεβρουαρίου-3 Μαρτίου 2013 στην Αθήνα, στο Ξενοδοχείο Hilton. Το επιστημονικό πρόγραμμα θα περιλαμβάνει, όπως κάθε χρόνο, διαλέξεις από διακεκριμένους οφθαλμιάτρους από όλο τον κόσμο, στρογγυλές τράπεζες, κλινικά φροντιστήρια, πειραματικά χειρουργεία, ελεύθερες ανακοινώσεις, προβολή βίντεο και ηλεκτρονικά poster. Την πρώτη ημέρα του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί Ημερίδα με θέμα «Femto Laser στη χειρουργική του πρόσθιου ημιμορίου» με πλούσιο πρόγραμμα, ενώ σε ειδική τελετή θα απονεμηθεί το 8ο Βραβείο Kelman. Αποδέκτης του φετινού Βραβείου Kelman θα είναι ο διακεκριμένος οφθαλμιάτρος καθηγητής Thomas Neuhann.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Χώρος

Το 27ο Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Hilton στην Αθήνα, από 28 Φεβρουαρίου έως 3 Μαρτίου 2013.

Γλώσσες του Συνεδρίου

Οι επίσημες γλώσσες του Συνεδρίου είναι η ελληνική και η αγγλική με ταυτόχρονη μετάφραση στις περισσότερες συνεδριάσεις.

Εκθεση οφθαλμολογικών μηχανημάτων και εργαλείων

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργήσει Εμπορική Εκθεση φαρμακευτικών, χειρουργικών προϊόντων και διαγνωστικών μηχανημάτων, σε χώρο ειδικά διαμορφωμένο και σε άμεση πρόσβαση με τους χώρους διεξαγωγής όλων των διαλέξεων.

Κοινωνικές εκδηλώσεις

Τελετή Εναρξης

Τελετή Απονομής βραβείου Kelman 2013

Δεξίωση προς τιμήν των συνέδρων

Αποστολή περιλήψεων

Η ημερομηνία λήξης υποβολής περιλήψεων των ελεύθερων ανακοινώσεων, video και ηλεκτρονικών poster είναι 20/11/12

Επισημαίνεται ότι δεν θα γίνονται δεκτές εκπρόθεσμες αιτήσεις

Η αποστολή περιλήψεων εργασιών γίνεται μέσω της ιστοσελίδας της ΕΕΕΦΔΧ στη διεύθυνση: www.hsioirs.org

Σημείωση:

Οι καλύτερες εργασίες –ελεύθερη ανακοίνωση, βίντεο και ηλεκτρονικό poster– θα βραβευθούν κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Κάθε ομιλητής έχει δικαίωμα να υποβάλει μέχρι 2 εργασίες ως πρώτος συγγραφέας.

Επισημάνσεις:

- Η περίληψη θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά στα ελληνικά και στα αγγλικά και δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τις 200 λέξεις.
- Οι ελεύθερες ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν στα ελληνικά ή αγγλικά.
- Οι διαφάνειες θα πρέπει να είναι γραμμένες απαραίτητα στα αγγλικά.
- Ο χρόνος κάθε ανακοίνωσης θα είναι 6 λεπτά.
- Η διάρκεια των video δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 12 λεπτά.
- Όλες οι παρουσιάσεις θα γίνονται με τη μορφή Power Point, από τον κεντρικό υπολογιστή κάθε αίθουσας.
- Τα ηλεκτρονικά poster θα πρέπει να είναι σε μορφή Power Point και να μην υπερβαίνουν τις 8 διαφάνειες συμπεριλαμβανομένης και της διαφάνειας τίτλου.

ΑΘΗΝΑ 2013

27ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Πρόεδρος:	Ιωάννης Παναγόπουλος
Αντιπρόεδρος:	Παντελής Α. Παπαδόπουλος
Γενικός Γραμματέας:	Κωνσταντίνα Κουφαλά
Ταμίας:	Πέτρος Ράσογλου
Μέλη:	Βασίλης Καραμπατάκης Γεώργιος Κυμιωνής Δημήτρης Κυρούδης Μίλτος Μπαλίδης Βασίλης Τσίγκος

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Roberto Bellucci	Ιταλία
Alaa El Danasoury	Σαουδική Αραβία
Daniel Epstein	Ελβετία
Günther Grabner	Αυστρία
Bonnie An Henderson	ΗΠΑ
Vardhaman Kankaria	Ινδία
Süleyman Kaynak	Τουρκία
Thomas Neuhann	Γερμανία
Ιωάννης Παλλήκαρης	Ελλάδα
Ulrike Stolba	Αυστρία
Florian Sutter	Ελβετία

Γραμματεία Συνεδρίου: MEDLINE

Υπεύθυνη: Χριστίνα Τσαρούχα

Γράμμου 20, 152 35 Βριλήσσια

Τηλ.: 210 68 28 708, 210 68 28 278, Fax: 210 68 28 771

E-mail: medline@otenet.gr

ΑΘΗΝΑ 2013

27ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικευμένοι, μέλη ΕΕΕΦΔΧ:	130€ (+ 50€ ετήσια συνδρομή μέλους)
Ειδικευμένοι:	200€
Μη ειδικευμένοι:*	90€
Παραϊατρικό προσωπικό:*	80€
Νοσηλευτές – Νοσηλεύτριες:*	60€
Συνοδά μέλη:	50€
Φοιτητές Ιατρικής:*	Δωρεάν

Όσοι ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες με* θα πρέπει να πιστοποιούν την ιδιότητά τους (επιστολή από τον διευθυντή της κλινικής στην οποία κάνουν ειδικότητα ή εργάζονται ως νοσηλευτές, φοιτητική ταυτότητα).

Σημείωση

Στην κατηγορία των Φοιτητών Ιατρικής (δωρεάν εγγραφή) ανήκουν μόνο οι **προπτυχιακοί φοιτητές**. Μεταπτυχιακοί φοιτητές, επί διδακτορικό κ.λπ. ανήκουν στην κατηγορία των **μη ειδικευμένων**.

Το κόστος συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος συμπεριλαμβανομένων και των Κλινικών Φροντιστηρίων
- Υλικό Συνεδρίου
- Βεβαίωση παρακολούθησης με τη μοριοδότηση
- Συμμετοχή στη δεξίωση προς τιμή των συνέδρων
- Καφέ στα διαλείμματα
- Πρόσβαση στην έκθεση

ΧΟΡΗΓΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής (ΕΕΕΦΔΧ) έχει εξουσιοδοτηθεί από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για τη Συνεχή Ιατρική Εκπαίδευση (European Accreditation Council for Continuing Medical Education – EACCME), για τη χορήγηση μονάδων εκπαίδευσης (credit points) κατά τα:

- Κλινικά Φροντιστήρια
- Πειραματικά Χειρουργεία
- Στρογγυλές Τράπεζες
- Διαλέξεις που περιλαμβάνονται στο επιστημονικό πρόγραμμα του Ετήσιου Συνεδρίου της.

Σημειώνεται ότι οι μονάδες που χορηγούνται με εξουσιοδότηση από το EACCME αναγνωρίζονται και από την Αμερικανική Εταιρεία (American Medical Association), ενώ η έγκριση δίνεται κάθε χρόνο στο Συνέδριο της ΕΕΕΦΔΧ από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ).

ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΗ

Για προεγγραφή στο **27ο Διεθνές Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής**, με σκοπό τη συντομότερη εξυπηρέτησή σας, συμπληρώστε το **Online Δελτίο Εγγραφής** μέσω της ιστοσελίδας της ΕΕΕΦΔΧ (www.hsioids.org) ή επικοινωνήστε με τη Γραμματεία του Συνεδρίου **MEDLINE**.

ΑΘΗΝΑ 2013

27ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΕΕΦΔΧ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 28/2/2013

16:00-20:00 Ημερίδα «Femto Laser στη χειρουργική του πρόσθιου ημιμορίου»
Πειραματικά Χειρουργεία
Κλινικά Φροντιστήρια

Παρασκευή 1/3/2013

09:00-19:00 Τελετή Εναρξης/Τελετή Απονομής Βραβείου Kelman
Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Διαλέξεις
Στρογγυλές Τράπεζες
Κλινικά Φροντιστήρια/Φροντιστηριακές Στρογγυλές Τράπεζες
Πειραματικά Χειρουργεία
Δορυφορικά Συμπόσια Χορηγών

Σάββατο 2/3/2013

09:00-19:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις/Βίντεο
Διαλέξεις
Στρογγυλές Τράπεζες
Μαγνητοσκοπημένα Χειρουργεία
Κλινικά Φροντιστήρια/Φροντιστηριακές Στρογγυλές Τράπεζες
Πειραματικά Χειρουργεία
Δορυφορικά Συμπόσια Χορηγών

Κυριακή 3/3/2013

09:00-14:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις/Βράβευση Εργασιών
Στρογγυλές τράπεζες
Κλινικά Φροντιστήρια
Πειραματικά Χειρουργεία

Η χρήση της βαλβίδας Ahmed στον έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης και την επιβίωση του μοσχεύματος σε περιστατικά διαμπερούς κερατοπλαστικής υψηλού κινδύνου

Εισαγωγή

Το γλαύκωμα μπορεί να εμφανιστεί ως δευτερογενή επιπλοκή της διαμπερούς κερατοπλαστικής (Penetrating Keratoplasty – PK) ή αν προϋπάρχει μπορεί να καταστεί ανεξέλεγκτο μετά από μια κερατοπλαστική. Η συχνότητα εμφάνισης του γλαυκώματος μετά από διαμπερή κερατοπλαστική κυμαίνεται από 9-31% στην πρώιμη μεταχειρητική περίοδο¹⁻⁴ και από 18-35% στη μεταγενέστερη μεταχειρητική περίοδο^{3,5,6}.

Παραδοσιακά, οι χειρουργικές εναλλακτικές για τον έλεγχο του γλαυκώματος σε αυτές τις περιπτώσεις περιλαμβάνουν την τραμπεκουλεκτομή ή τις επεμβάσεις μερικής καταστροφής του ακτινωτού σώματος. Ωστόσο, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τραμπεκουλεκτομή μετά από διαμπερή κερατοπλαστική, η μεταχειρητική ενδοφθάλμια πίεση (ΕΟΠ) δεν ρυθμίζεται πάντα ικανοποιητικά, με τα αναφερόμενα ποσοστά για επίτευξη ΕΟΠ μικρότερης από 21mmHg να κυμαίνονται από 20-80%, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή^{7,8}. Οι επεμβάσεις μερικής καταστροφής του ακτινωτού σώματος μπορούν όχι μόνο να προκαλέσουν απόρριψη του μοσχεύματος, αλλά επίσης να αυξήσουν την πιθανότητα φθίσης του οφθαλμού⁹. Οι Γλαυκωματικές Συσκευές Παροχέτευσης (GDD – Glaucoma Drainage Devices), όπως η Γλαυκωματική Συσκευή Ahmed (AGD – Ahmed Glaucoma Device) (New World Medical, Inc, Rancho Cucamongo, California) (Εικόνα 1) έχουν εξελιχθεί σε μια σημαντική μέθοδο για τον έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης σε δύσκολες περιπτώσεις¹⁰⁻¹². Οι συσκευές αυτές επιτυγχάνουν μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης μετά από διαμπερή κερατοπλαστική που κυμαίνεται από 74-92%¹¹⁻¹³, ένα χρόνο μετά την επέμβαση ένθεσης AGD.

Μακροπρόθεσμα η πιθανότητα επιβίωσης των μοσχευμάτων κερατοειδούς σε ασθενείς με γλαυκωματικές συσκευές παροχέτευσης γενικά πιστεύεται ότι μειώνεται, αλλά αυτό δεν επιβεβαιώνεται καθότι το αναφερόμενο



Κωνσταντίνος Η. Σαμαράς
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: kostis@lasersight.gr

ποσοστό αποτυχίας του μοσχεύματος στον ένα χρόνο αποκλίνει σημαντικά στις διάφορες μελέτες και κυμαίνεται από 8-51%¹⁴. Το γλαύκωμα θεωρείται και το ίδιο ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την αποτυχία ενός μοσχεύματος κερατοειδούς¹⁴, και η παρουσία μιας γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης πιστεύεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο περαιτέρω. Το πιο πιθανό, όμως, είναι η αποτυχία ενός μοσχεύματος κερατοειδούς σε συνδυασμό με την παρουσία μια γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης να οφείλεται σε πολυπαραγοντική αιτιολογία.

Μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς υψηλού κινδύνου

Οι βασικές παθολογικές αιτίες του κερατοειδούς που αντιμετωπίζονται με μεταμόσχευση κερατοειδούς σε γενικές γραμμές κατατάσσονται στις φυσαλιδώδεις κερατοειδοπάθειες (αφακικές, ψευδοφακικές ή δυστροφίες του ενδοθηλίου του Fuchs), στις μολυσματικές κερατίτιδες (βακτηριακές, μυκητιασικές ή ερπητικές), στις εκτατικές διαταραχές (κερατόκωνος ή διαφανής οριακή εκφύλιση) και στις μετα-τραυματικές κερατοπάθειες.

Από αυτές οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς που σύμφωνα με τον Brightbill¹⁵ θεωρούνται υψηλού κινδύνου, είναι οι μεταμοσχεύσεις πάνω σε έδαφος νεοαγγείωσης του κερατοειδούς (μετρούμενη σε τεταρτημόρια), με ιστορικό πολλαπλών μεταμοσχεύσεων, οι μεγάλες σε διάμετρο μεταμοσχεύσεις, οι αμφοτερόπλευρες μεταμοσχεύσεις, με ιστορικό φλεγμονωδών παθήσεων των ματιών, με ιστορικό αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης, με ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στο πρόσθιο ημιμόριο, σε ασθενείς νεαρούς σε ηλικία, με ιστορικό παθήσεων της επιφάνειας του κερατοειδούς και η ύπαρξη πρόσθιων συνεχειών (μετρούμενες σε τεταρτημόρια).

Χειρουργικές τεχνικές

A. Χειρουργική τεχνική διαμπερούς κερατοπλαστικής

Για τις διαμπερείς κερατοπλαστικές χρησιμοποιείται συνήθως μόσχευμα κερατοειδούς με διάμετρο 0,25mm με 0,5mm μεγαλύτερη από τη διάμετρο του ιστού του κερατοειδούς του λήπτη που αφαιρέθηκε. Ακολούθως, διενεργείται τυχόν φακεκτομή, πρόσθια υαλοειδεκτομή ή ιριδοπλαστική όπου ενδείκνυται κλινικά. Όλα τα μοσχεύματα κερατοειδούς συρράπτονται με διακοπτόμενα ράμματα 10-0 Nylon. Αν οι κερατοπλαστικές επεμβάσεις και οι ενθέσεις AGD εκτελούνται ταυτόχρονα, πρώτα τοποθετούνται και συρράπτονται οι συσκευές κάτω από τον επιπεφυκότα ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική πίεση στον οφθαλμό αργότερα. Στη συνέχεια, ο σωλήνας της συσκευής εμφυτεύεται στον οφθαλμό μετά τη διαμπερή κερατοπλαστική για την καλύτερη απεικόνιση του σωλήνα στον πρόσθιο θάλαμο. Η τυπική μεταχειρητική φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει δεξαμεθαζόνη και κλωραμφενικόλη σε σταγόνες. Όπου ενδείκνυται, συστηματική στεροειδή (1mg/kg) και/ή κυκλοσπορίνη χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της απόρριψης. Τα



Εικόνα 1.

στεροειδή από το στόμα μειώνονται σταδιακά και ανάλογα με τη φλεγμονή, έως ότου τα σταματήσουμε πλήρως. Η κυκλοσπορίνη σε δόση 1,5mg/kg στις περισσότερες περιπτώσεις διατηρείται για τουλάχιστον ένα έτος και πλέον σε μονόφθαλμους και μεταμοσχεύσεις υψηλού κινδύνου. Πιθανά επεισόδια απόρριψης υποβάλλονται σε θεραπεία με στεροειδή (ενδοφλέβια χορήγηση, από το στόμα ή τοπικές σταγόνες). Ένα μόσχευμα θεωρείται ότι απέτυχε αν παρουσιάσει επίμονο οίδημα ή θόλωση του στρώματος που διαρκεί πάνω από 1 μήνα από την ημέρα έναρξης έντονης τοπικής θεραπείας με στεροειδή.

B. Χειρουργική τεχνική ενθέσεως γλαυκωματικής συσκευής Ahmed

Οι Γλαυκωματικές Συσκευές Ahmed (AGD) παροχετεύουν το υδατοειδές υγρό από τον οφθαλμό μέσω ενός σωλήνα προς το δισκοειδές σώμα της συσκευής με ενσωματωμένο τον μηχανισμό της βαλβίδας. Η συσκευή τοποθετείται κάτω από τον επιπεφυκότα με τον σωλήνα παροχέτευσης να εισέρχεται είτε στον πρόσθιο θάλαμο και μακριά από τον κερατοειδή ή στο οπίσθιο τμήμα του οφθαλμού που έχει υποβληθεί σε επαρκή υαλοειδεκτομή. Μια κύστη του επιπεφυκότα δημιουργείται συνήθως πάνω από τη βαλβίδα, μέσω της οποίας το υδατοειδές υγρό διαχέεται στη κυκλοφορία.

Δύο μοντέλα της AGD χρησιμοποιούνται στους περισσότερους ασθενείς, η FP7 (με σώμα σιλικόνης) ή η S2 (με σώμα πολυπροπυλενίου). Η FP7 αποτελείται από ένα εύκαμπο σώμα από σιλικόνη, το οποίο είναι 0,9mm σε πάχος, διαστάσεων 13mmx16mm, με επιφάνεια 184mm². Ο σωλήνας σιλικόνης είναι 25mm σε μήκος με εσωτερική διάμετρο 0,305mm και εξωτερική διάμετρο 0,635mm. Ο μηχανισμός της βαλβίδας στη συσκευή αποτελείται από ελαστομερή μεμβράνη και χρειάζεται πάντα να ελέγχεται ότι δουλεύει εγχύοντας 5ml BSS (Alcon Laboratories, Fort Worth, Texas, USA) μέσω του σωλήνα. Μετά τη δημιουργία ενός κρημνού του επιπεφυκότα με βάση το άνω κόλπωμα, η κάψα Tenon's μαζί με τον επιπεφυκότα διαχωρίζονται προς τα πίσω και πέρα από τον ισημερινό του οφθαλμού. Το σώμα της συσκευής AGD γλιστράει κάτω από τον κρημό του επιπεφυκότα και στερεώνεται στον σκληρό χιτώνα με ράμματα 9-0 Nylon, 9mm ή περισσότερο πίσω από το σκληροκερατοειδές όριο. Ο σωλήνας της συσκευής ψαλιδίζεται στο κατάλληλο μήκος πριν από την εισαγωγή στον

πρόσθιο θάλαμο (AC) μέσω ενός σκληρικού τούνελ που δημιουργείται με μια βελόνα 23G. Ο σωλήνας ακολούθως καλύπτεται με ένα πωματικό μόσχευμα σκληρού χιτώνα ή με ένα επιφανειακό ορθογώνιο κρημό του σκληρού, όπως αυτά που δημιουργούμε στις τραμπεκουλεκτομές. Ακολούθως, σε όλους τους ασθενείς εγχύεται δεξαμεθαζόνη και κεφουροξίμη υπό τον επιπεφυκότα μετά το πέρας της διαδικασίας.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές χωρίζονται σε ήπιες και σοβαρές. Ως σοβαρές επιπλοκές ορίζονται όσες χρίζουν επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης ή έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια όρασης.

Ως σοβαρές επιπλοκές έχουν καταγράψει οι εξής:

1. Αποκάλυψη του σωλήνα της συσκευής (αντιμετωπίζεται με επικάλυψη με πωματικό σκληρικό μόσχευμα).
2. Απόφραξη του εσωτερικού ανοίγματος του σωλήνα από υαλοειδές (αντιμετωπίζεται είτε με υαλοειδέκτομή ή με υαλοειδολύση με YAG λέιζερ).
3. Φθίση του οφθαλμού.
4. Εξώθηση του σώματος της συσκευής (συνήθως χρειάζεται να αφαιρεθεί και επανατοποθετηθεί όλη η συσκευή).
5. Αιμορραγία του υαλοειδούς (αντιμετωπίζεται με υαλοειδεκτομή).

6. Ενδοφθαλμίτιδα.
7. Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς.

Ως πιο ήπιες επιπλοκές που δε χρίζουν άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης έχουν καταγράψει οι εξής:

1. διαρροή
2. ύφαιμα (Εικόνα 2)
3. εξίδρωμα του χοριοειδούς
4. υποτονία
5. επαφή του σωλήνα με το ενδοθίλιο του κερατοειδούς
6. επιπέδωση του πρόσθιου θαλάμου.

Συζήτηση

Στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση γλαυκώματος μετά από διαμπερή κερατοπλαστική περιλαμβάνονται το προϋπάρχον γλαύκωμα, η προϋπάρχουσα κατάσταση του φακού (αφακία, ψευδοφακία), η ύπαρξη ιστορικού προηγούμενης χειρουργικής οφθαλμολογικής επέμβασης (ειδικά ιστορικό πολλαπλών κερατοπλαστικών ή επέμβασης καταρράκτη σε συνδυασμό με επιπλοκή φυσαλιδώδους κερατοειδοπάθειας) και οι πρόσθετες ταυτόχρονες χειρουργικές επεμβάσεις (όπως η υαλοειδεκτομή, η επέμβαση καταρράκτη, η αφαίρεση ενδοφακού και η ανακατασκευή του πρόσθιου τμήματος, π.χ. ιριδοπλαστική)^{1,4,5}.

Η αιτιολογία εμφάνισης του γλαυκώματος μετά από διαμπερή κερατοπλαστική είναι συνήθως πολυπαραγοντική και πιθανόν σχετίζεται με την παραμόρφωση της γωνίας και τη συμπίεση του trabeculum από τις τεχνικές συρραφής του μοσχεύματος, όπως και η παρουσία με-



Εικόνα 2.

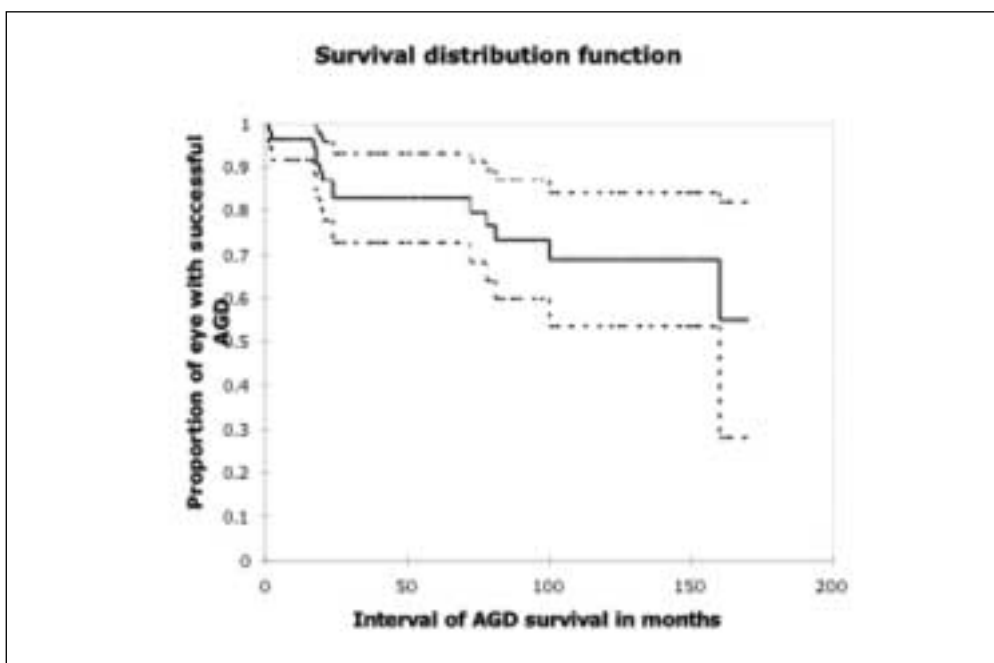
τεχειρητικής φλεγμονής ή ο σχηματισμός περιφερικών πρόσθιων συνεχειών¹⁶.

Οι παθολογικές ενδείξεις που οδηγούν στην απόφαση για διαμπερή κερατοπλαστική επηρεάζουν επίσης την πιθανότητα εμφάνισης μεταχειρητικού γλαυκώματος. Κερατοπλαστικές που γίνονται για τη θεραπεία της δυστροφίας του Fuchs και τον κερατόκωνο έχουν πολύ χαμηλότερο κίνδυνο για δευτερογενές γλαύκωμα σε σχέση με κερατοπλαστικές που σχετίζονται με ερπητική λοίμωξη, έλκη του κερατοειδούς και ιστορικό διάτρησης του κερατοειδούς^{5,17,18}.

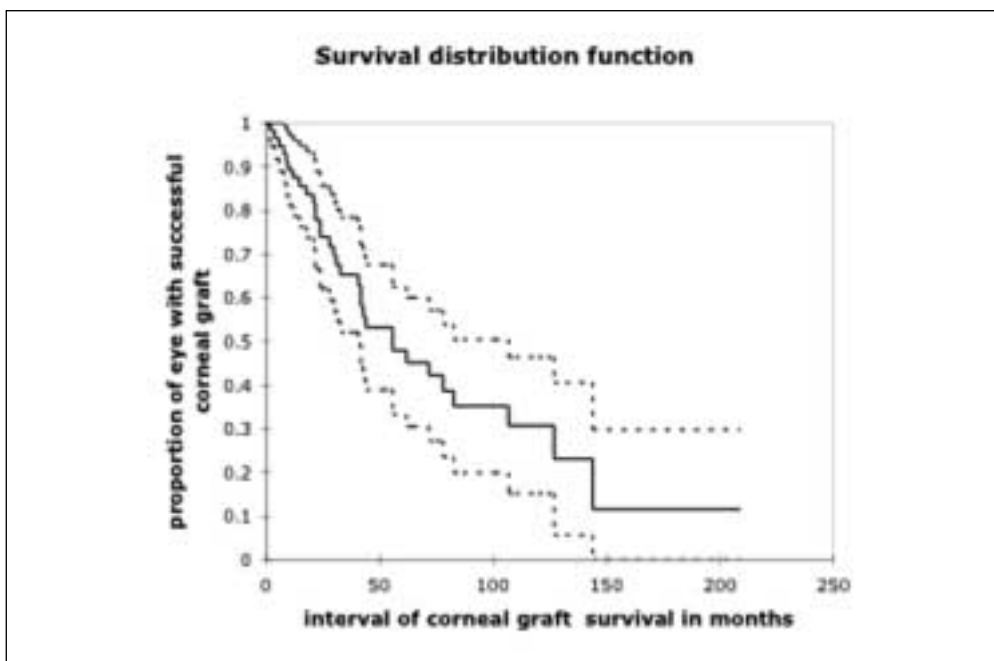
Οι μετρήσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης μπορούν να είναι εσφαλμένα πιο υψηλές ή χαμηλές σε μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς και ανάλογα με την παρουσία οίδηματος στο μόσχευμα, τον άξονα του αστιγματισμού, ύπαρξη ουλών και μικρότερο ή μεγαλύτερο του φυσιολογικού πάχος του κερατοειδούς¹⁹. Περαιτέρω σφάλματα στις μετρήσεις της ΕΟΠ από τονόμετρηση επιπέδωσης τύπου Goldman μπορούν επίσης να προκύψουν ως αποτέλεσμα ανώμαλου αστιγματισμού, αποκλίσεις λόγω ακαμψίας του κερατοειδούς, η κατάσταση ενυδάτωσης του κερατοειδούς και τεχνικές δυσκολίες όσον αφορά στην ευθυγράμμιση της κεφαλής του τονόμετρου με τις μοίρες ενός ανώμαλου αστιγματισμού¹⁸. Τα φορητά ψηφιακά τονόμετρα τύπου Tonopen XL (Reichert, NY, USA) μετρούν την ενδοφθάλμια πίεση μέσω μιας μικρής επιφάνειας επαφής του κερατοειδούς, το οποίο τα καθιστά πιο κατάλληλα για μετρήσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης σε ανώμαλο κερατοειδούς και προτιμότερα από τα τονόμετρα Goldman, σε τέτοιες περιπτώσεις, όπως μετά από διαμπερή κερατοπλαστική¹⁹.

Η τραμπεκουλεκτομή μετά από διαμπερή κερατοπλαστική αποφεύγεται καθώς έχει έως και 50% πιο αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας⁷. Επίσης, οι αντιμεταβολίτες, όπως το 5FU που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της τραμπεκουλεκτομής, συνδέονται με τοξικότητα στον κερατοειδή¹⁶.

Με τη χρήση της συσκευής Ahmed ο επιτυχής έλεγχος της ενδοφθάλμιας πίεσης (ΕΟΠ) επιτυγχάνεται στο 96%, 87% και 83% των ματιών μετά από διαμπερή κερατοπλαστική σε 1, 2, και 3 χρόνια, αντίστοιχα (Σχήμα 1). Κατά μέσο όρο ο αριθμός τοπικών φαρμάκων \pm ακεταζολαμίδα από το στόμα για τον έλεγχο της ΕΟΠ μειώνεται σημαντικά σε σύγκριση με προεχειρητικά από $2,5 \pm 1,01$ σε $0,72 \pm 0,95$ ($p < 0,0001$). Η μέση ΕΟΠ από κατά μέσο όρο $26,2 \pm 6,2$ mmHg πριν από την ένθεση



Σχήμα 1.



Σχήμα 2.

της συσκευής Ahmed μειώνεται σε $15,9 \pm 5,6 \text{ mmHg}$ ($p < 0,0001$). Η άμεση σύγκριση των διάφορων σχετικών δημοσιεύσεων είναι δύσκολη λόγω των διαφορετικών περιόδων παρακολούθησης και τη χρήση διαφορετικών τύπων συσκευών γλαυκώματος, όμως η προϋπάρχουσα βιβλιογραφία αναφέρει ποσοστά επιτυχίας, από 75-92% με χρονικό ορίζοντα από 12-74 μήνες με διάφορους τύπους συσκευών γλαυκώματος^{10,20-22}.

Στη βιβλιογραφία έχουν εξεταστεί πολλές σημαντικές μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν στατιστικά λιγότερο ή περισσότερο τα κλινικά αποτελέσματα. Ωστόσο, είναι σαφές ότι μια ενδοφθάλμια χειρουργική επέμβαση μετά την εισαγωγή της συσκευής γλαυκώματος ήταν 1,6 φορές πιο πιθανό να προκαλέσει την αποτυχία ελέγχου της ενδοφθάλμιας πίεσης (ΕΟΠ) από τη συσκευή. Οι υπό-

λοιπες μεταβλητές δεν έδειξαν στατιστικά κάποια σημαντική συσχέτιση με την πρόωγη αποτυχία ελέγχου της ΕΟΠ από τη συσκευή γλαυκώματος.

Πιο αναλυτικά, οι Arroyave και συν.¹² δεν διαπίστωσαν σημαντική διαφορά στο εύρος ελέγχου της ενδοφθάλμιας πίεσης σε σχέση με τον χρόνο τοποθέτησης της συσκευής γλαυκώματος, δηλ. αν είχε εμφυτευθεί ταυτόχρονα ή μετά τη διαμπερή κερατοπλαστική (PK). Δεν βρήκαν, επίσης, καμία σημαντική διαφορά στο εύρος ελέγχου της ενδοφθάλμιας πίεσης μεταξύ των ασθενών με τον σωλήνα τοποθετημένο στον πρόσθιο θάλαμο αντί για την υαλοειδική κοιλότητα¹². Η υπόλοιπη βιβλιογραφία έδειξε παρόμοια αποτελέσματα.

Πρέπει να αναφερθεί ότι οι Arroyave και συν.¹² διαπίστωσαν, επίσης, ότι η τοποθέτηση του σωλήνα παροχέ-

τευσης στον πρόσθιο θάλαμο (AC) είναι 12 φορές ($p=0,003$) πιο πιθανό να οδηγήσει σε αποτυχία του μοσχεύματος νωρίτερα, διότι θεωρητικά ο σωλήνας παροχέτευσης μπορεί να επιτρέπει το υδατοειδές υγρό να τεθεί σε επικοινωνία με τα κυκλοφορούντα λεμφοκύτταρα αυξάνοντας τον κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος, ωστόσο, το συμπέρασμα αυτό δεν επιβεβαιώνεται από τις άλλες εργασίες στη βιβλιογραφία και την προσωπική εμπειρία του συγγραφέα.

Η συσκευή γλαυκώματος τοποθετείται συνήθως στο ανώτερο κροταφικό τεταρτημόριο όπου η χειρουργική επέμβαση είναι ευκολότερη με καλύτερη πρόσβαση και λιγότερες επιπλοκές σε σχέση με τη τοποθέτηση της στα κατώτερα τεταρτημόρια. Οι Pakravan και συν.²² βρήκαν τα ποσοστά επιτυχίας της χειρουργικής επέμβασης ένθεσης συσκευής γλαυκώματος να είναι παρόμοια είτε τοποθετηθεί ανώτερα είτε κατώτερα, αν και η ομάδα με τη συσκευή τοποθετημένη κατώτερα ανέπτυξε περισσότερες επιπλοκές (25% έναντι 5,2%) και αυτές οι επιπλοκές περιλάμβαναν την αποκάλυψη του εμφυτεύματος με αποτέλεσμα την αφαίρεσή του, τη δημιουργία παραμορφωμένης ενθυλάκωσης του και την παρεκτόπιση του σωλήνα παροχέτευσης. Ο κύριος λόγος για τις συχνότερες επιπλοκές σχετιζόμενες με την τοποθέτηση της συσκευής κατώτερα εξηγείται από το μικρότερο εύρος του κατώτερου κολπώματος σε σύγκριση με το ανώτερο, επειδή παρέχει λιγότερη επικάλυψη στο εμφύτευμα²².

Παρά τα διαφορετικά κριτήρια και τις χρονικές περιόδους παρακολούθησης, τα ποσοστά επιβίωσης του μοσχεύματος κερατοειδούς μετά την εμφύτευση της γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης βρέθηκαν να είναι ικανοποιητικά σε σχετικές έρευνες. Η επιβίωση του μοσχεύματος σε γενικές γραμμές μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και κυμαίνεται στο 87%, 77%, 65% και 47% μετά από 1, 2, 3, και 5 μετεχειρητικά χρόνια, αντίστοιχα (Σχήμα 2). Από τη βιβλιογραφία πιο ειδικά αναφέρονται ποσοστά επιβίωση του μοσχεύματος του κερατοειδούς μετά την εμφύτευση γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης που κυμαίνονται από 92-58%¹¹, 70-25%¹³ και 50-40%²⁰, σε 1, 2, και 3 μετεχειρητικά χρόνια, αντίστοιχα. Οι Alvarenga και συν.¹³ συγκρίνοντας τρεις ομάδες ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση κερατοειδούς συμπεράναν ότι οι γλαυκωματικές συσκευές παροχέτευσης αυξάνουν τον κίνδυνο αποτυχίας του μοσχεύματος μεσοπρόθεσμα, διαπιστώνοντας μια σημαντική διαφορά στην επιβίωση του μοσχεύματος μεταξύ της ομάδας με ένθεση συσκευής (58,5% και 25,8% σε 1 και 2 χρόνια, αντίστοιχα) και την ομάδα με γλαύκωμα χωρίς την ύπαρξη συσκευής (69% και 55,8% μετά από 1 και 2 ετών, αντίστοιχα). Η μέση επιβίωση του μοσχεύματος κερατοειδούς μετά από τη χειρουργική επέμβαση ένθεσης γλαυκωματικής συσκευής ήταν 72 μήνες. Περίπου το 45% των μοσχευμάτων κερατοειδούς παρέμεινε διαυγές κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 75 μηνών (εύρος από 6-209 μήνες). Το ποσοστό αυτό είναι χειρότερο από τα κλινικά αποτελέσματα των Kelly και συν.²³, ο οποίος εξέτασε την επιβίωση

του μοσχεύματος μετά από διαμπερή κερατοπλαστική σε μια ομάδα ασθενών με κερατόκωνο. Η επιβίωση του μοσχεύματος για 1 και 5 χρόνια ήταν 88% και 69%, στο πρώτο μόσχευμα, αντίστοιχα, και 65%, και 49% για το δεύτερο και τα επόμενα μοσχεύματα, αντίστοιχα. Στην εργασία του Kelly, όμως, εξετάστηκαν κυρίως μοσχεύματα κερατοειδούς σε έδαφος κερατόκωνου, ένδειξη η οποία έχει το καλύτερο ποσοστό επιβίωσης μεταξύ άλλων ενδείξεων²⁴, εξ ου και το ευνοϊκότερο ποσοστό επιβίωσης σε σχέση με τα μοσχεύματα που εξετάζουμε. Ακόμη και αν υπάρχει επιδείνωση στην επιβίωση του μοσχεύματος κερατοειδούς μετά την ένθεση της γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης, πρέπει να θυμόμαστε ότι πρόκειται για υψηλού κινδύνου μοσχεύματα του κερατοειδούς τα οποία έχουν ήδη αυξημένο κίνδυνο αποτυχίας.

Τα αποτελέσματα, όμως, της επιβίωσης μιας διαμπερούς κερατοπλαστικής υψηλού κινδύνου μετά από ένθεση γλαυκωματικής συσκευής είναι πιο συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα του Αυστραλιανού Μητρώου Μοσχευμάτων Κερατοειδούς (Australian Corneal Graft Registry – ACGR), στο οποίο οι ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ένθεσης βαλβίδας και ως εκ τούτου τα αποτελέσματά δεν δείχνουν ότι η ένθεση βαλβίδας αυξάνει τον κίνδυνο αποτυχίας του μοσχεύματος κερατοειδούς πέρα από τη φυσική του πορεία. Στην ACGR²⁴, η επιβίωση των μοσχευμάτων σε 1 και 5 χρόνια ήταν 76% και 54% στο πρώτο μόσχευμα, 66% και 42% για το δεύτερο μόσχευμα, και 58% και 35% για το τρίτο μόσχευμα. Τα αποτελέσματα επιβίωσης μιας διαμπερούς κερατοπλαστικής υψηλού κινδύνου μετά από ένθεση γλαυκωματικής συσκευής σε 1 και 5, είναι κοντά στα αποτελέσματα του ACGR, με διαφορετικές ενδείξεις για μεταμόσχευση κερατοειδούς από ότι είναι η ομάδα ασθενών που εξετάζουμε.

Σε απλές περιπτώσεις πρωτογενούς γλαυκώματος ανοικτής γωνίας, οι Tran και συν.²⁵ ανέφεραν υποτονία στο 37% των περιπτώσεων έπειτα από ένθεση συσκευής παροχέτευσης Ahmed. Αν και η συσκευή Ahmed διαθέτει μηχανισμό βαλβίδας, η εξήγηση της υποτονίας φαίνεται να ήταν μια διαρροή γύρω από τον σωλήνα ή διαταραχή λειτουργίας της ίδιας της βαλβίδας.

Η παρουσίαση ενδοφθαλμίτιδας μετά την επέμβαση ένθεσης της γλαυκωματικής συσκευής είναι μια σπάνια αλλά πολύ σοβαρή επιπλοκή η οποία κάποιες φορές μπορεί να σχετίζεται με τη μεταμόσχευση κερατοειδούς παρά τη γλαυκωματική συσκευή. Ένας ασθενής (1,3%) στην εργασία των Hollander και συν.¹⁴, παρουσίασε ενδοφθαλμίτιδα, που συσχετίστηκε με τη χειρουργική επέμβαση ένθεσης γλαυκωματικής συσκευής.

Η αποκάλυψη του σωλήνα παροχέτευσης, μετά από χειρουργική επέμβαση ένθεσης γλαυκωματικής συσκευής έχει αναφερθεί σε ποσοστό από 0,94-1,7%^{25,26}, και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου πρόκλησης ενδοφθαλμίτιδας. Δεν υπήρχε καμία αναφορά του χρονικού διαστήματος μεταξύ της χειρουργικής επέμβασης ένθεσης της γλαυκωματικής συσκευής και της αποκάλυψης

του σωλήνα παροχέτευσης στις εργασίες των Tran²⁵ και Al-Torbak²⁶ και συν., ωστόσο ο μέσος χρόνος παρακολούθησης στην εργασία του Tran ήταν 55 μήνες (36-120), και στην εργασία του Al-Torbak 12 μήνες (εύρος 3-26). Επίσης, χρησιμοποιώντας διαφορετικές γλαυκωματικές συσκευές παροχέτευσης οι Kwon και συν.¹⁹ ανέφεραν φθίση του οφθαλμού σε τρία μάτια (5,4%).

Η συμπληρωματική χρήση αντιμεταβολικών δεν φαίνεται να βελτιώνει το ποσοστό επιτυχίας ελέγχου του γλαυκώματος σύμφωνα με παλαιότερη εργασία των Costa και συν.²⁸. Οι Pakravan και συν.²² διαπίστωσαν ότι η χρήση της μοπομυκίνης C (MMC) σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών.

Επιπλέον, η χρήση των αντιμεταβολικών φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για την επιβίωση του ίδιου του μοσχεύματος κερατοειδούς. Γενικά, η αποφυγή των αντιμεταβολικών και των επιπλοκών τους κατά τη χειρουργική επέμβαση ένθεσης της συσκευής γλαυκώματος, έχει ευνοϊκή επίπτωση στην επιβίωση του μοσχεύματος κερατοειδούς.

Συμπερασματικά, από τη βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι η εμφύτευση γλαυκωματικής συσκευής παροχέτευσης μετά από διαμπερή κερατοπλαστική υψηλού κινδύνου μπορεί να ελέγξει αποτελεσματικά την ενδοφθάλμια πίεση (ΕΟΠ) για 5 χρόνια κατά μέσο όρο (μέση επιβίωση 126,6 μήνες) σε ομάδα ασθενών με δύσκολα ελέγξιμο γλαύκωμα. Επίσης, φαίνεται ότι οι περαιτέρω χειρουργικές επεμβάσεις μετά από την ένθεση της γλαυκωματικής συσκευής είναι ο κύριος λόγος για την αποτυχία ελέγχου της ΕΟΠ.

Βιβλιογραφία

1. Foulks GN. Glaucoma associated with penetrating keratoplasty. *Ophthalmology*. 1987; 94: 871-874.
2. Karesh Jw, Nirankari VS. Factors associated with glaucoma after penetrating keratoplasty. *Am J Ophthalmology*. 1983; 96: 160-164.
3. Wilson SE, Kaufman HE. Graft failure after penetrating keratoplasty. *Surv Ophthalmol*. 1990; 34: 325-356.
4. Chien AM, Schmidt CM, Cohen EJ, Rajpal RK, Sperber LT, Rapuano CJ, Moster M, Smith M, Laibson PR. Glaucoma in the immediate postoperative period after penetrating keratoplasty. *Am J Ophthalmol*. 1993; 115: 711-714.
5. Goldberg DB, Schanzlin DJ, Brown SI. Incidence of increased intraocular pressure after keratoplasty. *Am J Ophthalmol*. 1981; 92: 372-377.
6. Kirkness CM, Moshgov C. Post-keratoplasty glaucoma. *Eye*. 1988; 2: S19-S26.
7. Gilvray AM, Kirkness CM, Steele AD, Rice NS, Ficker LA. The management of post-keratoplasty glaucoma by trabeculectomy. *Eye*. 1989; 3: 713-718.
8. Ficker LA, Kirkness CM, Steele AD, Rice NS, Gilvray AM. Intraocular surgery following penetrating keratoplasty: the risks and advantages. *Eye*. 1990; 4: 693-697.
9. Dada T, Aggarwal A, Minudath KB, Vanathi M, Choudhary S, Gupta V, Sihota R, Panda A. Post-penetrating keratoplasty glaucoma. *Indian J Ophthalmol*. 2008; 56: 269-277.
10. Al-Torbak AA. Outcome of combined Ahmed glaucoma valve implant and penetrating keratoplasty in refractory

congenital glaucoma with corneal opacity. *Cornea*. 2004; 23: 554-559.

11. Al-Torbak A. Graft survival and glaucoma outcome after simultaneous penetrating keratoplasty and ahmed glaucoma valve implant. *Cornea*. 2003; 22: 194-197.

12. Arroyave CP, Scott IU, Fantès FE, Feuer WJ, Murray TG. Corneal graft survival and intraocular pressure control after penetrating keratoplasty and glaucoma drainage device implantation. *Ophthalmology*. 2001; 108: 1978-1985.

13. Alvarenga LS, Manns MJ, Brandt J, Lee WB, Schwab IR, Lim MC. The long-term results of keratoplasty in eyes with a glaucoma drainage device. *Am J Ophthalmol*. 2004; 138: 200-205.

14. Hollander DA, Giacony JA, Holland GN, Yu F, Caprioli J, Aldave AJ, Coleman AL, Casey R, Law SK, Mondino BJ. Graft failure after penetrating keratoplasty in eyes with Ahmed valves. *Am J Ophthalmol*. 2010; 150: 169-178.

15. Brightbill FS, McDonnell PJ, McGhee CNJ, Farjo AA, Serdarevic O. Corneal syrgery. Theory Technique and Tissue. Fourth edition. China; Mosby, Elsevier; 2009:545.

16. Ayyala RS. Penetrating keratoplasty and glaucoma. *Surv Ophthalmol*. 2000; 45: 91-105.

17. Williams KA, Muehlberg SM, Lewis RF, Coster DJ. How successful is corneal transplantation? A report from the Australian Corneal Graft Register. *Eye*. 1995; 9: 219-227.

18. Erdurmus M, Cohen EJ, Yildis EH, Hammersmith KM, Laibson PR, Varssano D, Rapuano CJ. Steroid-induced intraocular pressure elevation or glaucoma after penetrating keratoplasty in patients with keratoconus or Fuchs dystrophy. *Conrea*. 2009; 28: 759-764.

19. Kwon YH, Taylor JM, Hong S, Honkanen RA, Zimmerman MB, Alward WM, Sutphin JE. Long-term results of eyes with penetrating keratoplasty and glaucoma drainage tube implant. *Ophthalmology*. 2001; 108: 272-278.

20. Kirkness CM, Ling Y, Rice NC. The use of silicone drainage tubing to control post-keratoplasty glaucoma. *Eye*. 1988; 2: 583-590.

21. Coleman AL, Mondino BJ, Wilson MR, Casey R. Clinical experience with the Ahmed Glaucoma Valve implant in eyes with prior or concurrent penetrating keratoplasties. *Am J Ophthalmol*. 1997; 123: 54-61.

22. Pakravan M, Yazdani S, Shahabi C, Yaseri M. Superior versus inferior Ahmed glaucoma valve implantation. *Ophthalmology*. 2009; 116: 208-213.

23. Kelly TL, Coster DJ, Williams KA. Repeat penetrating corneal transplantation in patients with keratoconus. *Ophthalmology*. 2011; 118: 1538-1542.

24. Williams KA, Hornsby NB, Bartlett CM, Holland HK, Esterman A, Coster DJ. Report from the Australian corneal graft registry (ACGR). 2004. Snap printing, Adelaide.

25. Tran D, Souza C, Ang M et al. Comparison of long-term surgical success of Ahmed valve implant versus trabeculectomy in open-angle glaucoma. *Br J Ophthalmol*. 2009; 93: 1504-1509.

26. Al-Torbak AA, Al-Shahwan S, Al-Jadaan I, Al-Hommedi A, Edward DP. Endophthalmitis associated with the Ahmed glaucoma valve implant. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89: 454-458.

27. Doughty MJ, Zaman ML. Human corneal thickness and its impact on intraocular pressure measures: a review of meta-analysis approach. *Surv Ophthalmol*. 2000; 44: 367-408.

28. Costa VP, Azuara-Blanco A, Netland PA, Lesk MR, Arcieri ES. Efficacy and safety of adjunctive mitomycin C during Ahmed glaucoma valve implantation. A prospective randomized clinical trial. *Ophthalmology*. 2004; 111: 1071-1076.

Η σημασία της σωστής διάθλασης στη διαθλαστική χειρουργική

Η διαθλαστική χειρουργική είναι μία από τις πλέον ταχέως εξελισσόμενες υποειδικότητες της οφθαλμολογίας. Ειδικά στον τομέα των laser που χρησιμοποιούνται σε αυτή, η εξέλιξη στην ακρίβεια, την επαναληψιμότητα και την ασφάλεια, είναι απaráμιλλες. Πρακτικά σήμερα τα excimer laser που χρησιμοποιούνται «θα διορθώσουν ότι τους ζητήσεις».

Παρά ταύτα, όμως, όπως προκύπτει από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας υπάρχει ακόμη ένα σημαντικό ποσοστό επανεπεμβάσεων που κυμαίνεται από 0,5% έως 8%.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι πέρα από το ποσοστό των υποτροπών που είναι παρόμοιο στον γενικό πληθυσμό για την ίδια πλατφόρμα laser υπεισέρχονται άλλοι παράγοντες που διαφοροποιούν το τελικό αποτέλεσμα μιας διαθλαστικής επέμβασης από το επιθυμητό. Τέτοιοι παράγοντες σίγουρα εμπιρεύουν υποκειμενισμό και δεν είναι αποτέλεσμα συστηματικών σφαλμάτων που θα ήταν εύκολα εντοπίσιμα και διορθώσιμα.

Ο ανθρώπινος παράγοντας είναι ο βασικός που εισάγει υποκειμενισμό σε μια κατά τα άλλα υψηλά αυτοματοποιημένη διαδικασία. Αυτός αναλύεται σε δύο βασικούς άξονες, τόσο του ιατρού και της θεραπευτικής ομάδας γενικότερα, όσο και του ασθενούς και της αλληλεπίδρασης αυτών των δύο μεταξύ τους. Αν αφήσουμε στην άκρη την χειρουργική τεχνική, παράγοντα σημαντικό που η ανάλυσή του δεν αποτελεί στόχο αυτού του κειμένου, η άλλη βασική συνιστώσα του ανθρώπινου παράγοντα είναι η διαδικασία της διαχείρισης των θεραπευτικών δεδομένων τόσο κατά την ίδια την επέμβαση (ορθή εισαγωγή των δεδομένων στο laser), αλλά πρωτίστως στη διαδικασία λήψης τους που είναι κατά βάση η διαδικασία της διάθλασης.

Το πρώτο ερώτημα που γεννάται είναι κατά πόσον χρειαζόμαστε να προβούμε στη διαδικασία της διάθλασης και εάν υπάρχουν εναλλακτικές επιλογές;

Θεωρητικά θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε



Δημήτρης Κυρούδης

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

Μέλος του ΔΣ της ΕΕΕΦΔΧ

επικοινωνία: dkyroudis@gmail.com

δεδομένα από τα σύγχρονα αυτόματα διαθλασίμετρα και να παρακάμψουμε πλήρως την υποκειμενικότητα της διαδικασίας της διάθλασης.

Από μελέτες προκύπτει ότι με χρήση αποκλειστικά αυτόματων διαθλασίμετρων για συνταγογράφηση γυαλιών, μόνο το 68% των αμετρώπων είναι ευχαριστημένοι σε σχέση με το 85% όταν πραγματοποιήθηκε διάθλαση.

Επίσης, παρά τις τεχνικές θλώσης στα αυτόματα διαθλασίμετρα δεν μπορούμε επί της ουσίας να ελέγξουμε εάν ο ασθενής προσαρμόζει ή όχι χωρίς την εφαρμογή κυκλοπληγίας.

Μια πλατφόρμα laser έχει βασίσει τις θεραπείες της σε δεδομένα εκτροπομετρίας (wavefront) με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Αν και με αυτόν τον τρόπο απομόνωσε τον υποκειμενικό παράγοντα του εξεταστή και με παλίνδρομη στατιστική ανάλυση (regression analysis) μπορεί να διορθώσει τα συστηματικά σφάλματα της διάταξης που χρησιμοποιεί, δεν μπορεί να σταθμίσει τα περιστατικά με ιδιαιτερότητες και αυτά για τα οποία δεν έχει υψηλή ποιότητα δεδομένων και δεν λειτουργεί γ' αυτά που αδυνατεί να μετρήσει. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα η εταιρεία να συνιστά τη συνέχιση της διάθλασης τόσο προεχειρητι-

κά όσο και μετεχειρητικά αποτελώντας κατ' ουσίαν τη βάση αναφοράς της.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι στη συγκεκριμένη στιγμή δεν μπορούμε ακόμη να απεμπλακούμε από την κλασική μέτρηση της διάθλασης.

Θα πρέπει εδώ να αναφέρουμε ότι υπάρχουν βασικές διαφορές από τη συνταγογράφηση γυαλιών στη διάθλαση στα πλαίσια μιας διαθλαστικής επέμβασης. Ζητήματα ανισομετροπίας – ανισοεικονίας δεν υφίστανται γιατί η διόρθωση διενεργείται στο επίπεδο του κερατοειδούς ελαχιστοποιώντας προβλήματα μεγέθυνσης και ταύτισης των ειδώλων. Για παρόμοιους λόγους δεν έχει νόημα η χρήση σφαιρικού ισοδύναμου αλλά επιβάλλεται η ακριβέστερη διόρθωση και του αστιγματισμού.

Η κρισιμότητα της ορθότητας των δεδομένων βάσει των οποίων κάποιος θα υποβληθεί σε μια επέμβαση και θα κληθεί να ζήσει με τα αποτελέσματα αυτής της επέμβασης για το υπόλοιπο της ζωής του δεν συγκρίνεται με μια συνταγή γυαλιών που μπορεί να τροποποιηθεί χωρίς προβλήματα ανά πάσα στιγμή μόνο με μια οικονομική επιβάρυνση.

Ποια είναι όμως η ορθότερη διαδικασία διάθλασης και ποιες είναι οι αρχές στις οποίες πρέπει να βασιστούμε για μια διαθλαστικά επιτυχημένη διαθλαστική επέμβαση;

Ερωτήματα που θα αναλυθούν σε αυτή την ενότητα στα προσεχή τεύχη θα είναι:

A. Τεχνικές υποκειμενικής διάθλασης-Υπερδιόρθωση-Υποδιόρθωση.

B. Αναγκαιότητα κυκλοπληγικής διάθλασης-Σκιασκοπία.

Γ. Δημιουργία προσωπικού νομογράμματος.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η εξέλιξη της τεχνολογίας αποτελεί μόνο ένα εργαλείο στα χέρια του χειρουργού και δεν υποκαθιστά επί του παρόντος τις δεξιότητες και την κρίση του ιατρού που παραμένουν τα βασικά στοιχεία που θα οδηγήσουν σε μια επιτυχή επέμβαση.

Η ΕΕΕΦΔΧ στο 3ο Ετήσιο Συνέδριο της Οφθαλμολογικής Εταιρείας Κύπρου

Το 3ο Ετήσιο Συνέδριο της Οφθαλμολογικής Εταιρείας Κύπρου πραγματοποιήθηκε στις 6-7 Οκτωβρίου 2012, στο ξενοδοχείο Le Meridien της Λεμεσού. Το 3ο Συνέδριο ήταν πόλος έλξης για τους περισσότερους Κύπριους συνάδελφους, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τους νεότερες εξελίξεις σε πολλούς τομείς της οφθαλμολογίας.

Το πρόγραμμα του Συνεδρίου περιλάμβανε ομιλίες Ελλήνων, Κυπρίων και ξένων προσκεκλημένων ομιλητών τόσο για το πρόσθιο όσο και για το οπίσθιο ημιμόριο.

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής συμμετείχε στη συνάντηση των οφθαλμιάτρων της Κύπρου για πρώτη φορά, μετά από την ευγενική πρόσκληση της Κυπριακής Οφθαλμολογικής Εταιρείας.

Στο Συνέδριο πήραν μέρος τα περισσότερα μέλη του διοικητικού συμβουλίου της ΕΕΕΦΔΧ με τη διοργάνωση δύο στρογγυλών τραπεζών. Η πρώτη είχε τον τίτλο «Η χειρουργική του καταρράκτη πέραν της ρουτίνας» και πραγματοποιήθηκε το απόγευμα της πρώτης ημέρας του Συνεδρίου.

Από ελληνικής πλευράς συμμετείχαν οι οφθαλμίατροι: Γιάννης Παναγόπουλος, πρόεδρος της ΕΕΕΦΔΧ, Παντελής Παπαδόπουλος, τέως πρόεδρος και νυν αντιπρόεδρος της ΕΕΕΦΔΧ, Βασίλης Τσίγκος, τέως πρόεδρος ΕΕΕΦΔΧ, Σπύρος Γεωργαράς, τέως πρόεδρος και ιδρυτής της ΕΕΕΦΔΧ και ο κ. Αναστάσιος Κανελλόπουλος, μέλος της ΕΕΕΦΔΧ. Την τράπεζα συντόνισε ο πρόεδρος της Οφθαλμολογικής Εταιρείας Κύπρου, κ. Θεοδόσιος Κοντός.

Συζητήθηκαν θέματα γύρω από τους σύγχρονους ενδοφακούς, τη χειρουργική του καταρράκτη με femto laser, καθώς και τη σωστή επιλογή ασθενών για διαθλαστικές επεμβάσεις καταρράκτη. Η άλλη τράπεζα είχε θέμα τις Αντιπαραθέσεις στη Διαθλαστική Χειρουργική και συντονίστηκε από τη Γενική Γραμματέα της ΕΕΕΦΔΧ, κ. Ντίνα Κουφαλά.

Το ακροατήριο παρακολούθησε μια πολύ ειλικρινή και συναρπαστική συζήτηση από ειδικούς στη Διαθλαστική χειρουργική.

Το πάνελ αποτελούνταν από τα μέλη του ΔΣ της



ΕΕΕΦΔΧ, οφθαλμιάτρους κ.κ. Δ. Κυρούδη, Γ. Κυμιωνή και Μ. Μπαλίδη και από τον γενικό γραμματέα της ΟΕΚ, κ. Χρήστο Κωνσταντίνου.

Ο καλός καιρός, το ωραίο περιβάλλον και η ζεστή φιλοξενία των Κυπρίων συναδέλφων, συνδυάστηκαν με το υψηλό επιστημονικό επίπεδο, αφήνοντας πολύ καλές εντυπώσεις σε όλους. Οι συμμετέχοντες διασκέδασαν με ζωντανή ελληνική μουσική

και πολύ κέφι, μέχρι αργά το τελευταίο βράδυ, στο δείπνο που παρέθεσε η οργανωτική επιτροπή. Το ΔΣ της ΕΕΕΦΔΧ ευχαρίστησε θερμά τον πρόεδρο της Κυπριακής Οφθαλμολογικής Εταιρείας, Θ. Κοντό και την Οργανωτική Επιτροπή και τους συνεχάρη για την άψογη διοργάνωση. Οι εκπρόσωποι των δύο εταιρειών συμφώνησαν να συνεργαστούν στενότερα στο εγγύς μέλλον.

Η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής στο FACEBOOK

Η ΕΕΕΦΔΧ ακολουθώντας τους ρυθμούς της εποχής κάνει την είσοδό της στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης δημιουργώντας μία νέα σελίδα στο FACEBOOK. Σας προσκαλούμε όλους να γίνεται φίλοι μας!

Θέσεις ειδικότητας οφθαλμολογίας στο εξωτερικό

Η οφθαλμολογική κλινική του Ιατρικού Πανεπιστημίου της Σλοβακίας διαθέτει τρεις (3) έμμησθες θέσεις πλήρους ειδικότητας στην οφθαλμολογία. Η εκπαίδευση είναι αγγλόφωνη.

Για περισσότερες πληροφορίες:
00421944941600

ΑΓΓΕΛΙΕΣ

ΠΩΛΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΠΥΡΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ, Βασ. Σοφίας και Μεσογείων 2.

Πωλείται οφθαλμολογικό ιατρείο 81τ.μ., πλήρως εξοπλισμένο και επιπλωμένο. Επίσης, πωλείται και πλήρης οφθαλμολογικός εξοπλισμός σε άριστη κατάσταση.

Για πληροφορίες:
τηλ. 210 62 04 444, μετά τις 18:00.

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τον καταρράκτη και τη διαθλαστική χειρουργική

Το Ινστιτούτο Ερευνας και Εκπαίδευσης για τον Κερατοειδή και τη Διαθλαστική Χειρουργική Sai Surya Netra Seva, στην περιοχή Ahmednagar της Ινδίας και ο Διευθυντής του κέντρου Dr Vardhaman Kankaria, προσέφεραν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τον καταρράκτη και τη διαθλαστική χειρουργική σε έναν νέο Έλληνα οφθαλμίατρο, τον οποίο επέλεξε η Ελληνική Εταιρεία Ενδοφακών και Διαθλαστικής Χειρουργικής. Το πρόγραμμα είχε διάρκεια δύο εβδομάδες και συγκεκριμένα από **6 έως 17 Αυγούστου 2012**. Ο υποψήφιος που επέλεγή ήταν ο **κ. Κωνσταντίνος Ράλλης**, ο οποίος μας μεταφέρει την εμπειρία του.

«Κατόπιν της επιστροφής μου και έχοντας περατώσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, για το οποίο είχα την τιμή να επιλεγώ, σχετικά με τον καταρράκτη και τη διαθλαστική χειρουργική, που προσέφερε το Ινστιτούτο Ερευνας και Εκπαίδευσης για τον Κερατοειδή και τη Διαθλαστική Χειρουργική Sai Surya Netra Seva, θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας κάποιες σκέψεις σχετικά με αυτήν την εμπειρία.

Το συγκεκριμένο κέντρο βρίσκεται στην πόλη Ahmednagar της επαρχίας Maharashtra αλλά η φήμη του προσελκύει ασθενείς από πόλεις που βρίσκονται σε πολύ μεγάλες αποστάσεις, όπως το Mumbai ή το Chennai. Η συνεργασία μου με τον κ. Kankaria όλο αυτό το διάστημα με έκανε να καταλάβω και να δικαιολογήσω την απόλυτη εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στο πρόσωπό του, η οποία αγγίζει επίπεδα πολύ πέρα από την ευγνωμοσύνη του ασθενούς προς τον ιατρό. Ο σεβασμός των συναδέλφων του και η αποδοχή της επιστημονικής του άποψης σχεδόν χωρίς αντίλογο ξενίζει, όμως βλέποντας τον κ. Kankaria στην καθημερινή κλινική και χειρουργική πρακτική, η αντιμετώπιση αυτή γίνεται απόλυτα κατανοητή.

Η προσωπική μου εμπειρία από τον κ. Kankaria και γενικότερα από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που έχει δημιουργήσει στην κλινική, ξεπέρασε κάθε προσδοκία μου. Δεν ήταν δυνατόν πριν ξεκινήσω γι' αυτό το ταξίδι να φανταστώ το επίπεδο της επικείμενης χειρουργικής και κλινικής εκπαίδευσης, όπως δεν είναι δυνατόν σε πρώτη γνωριμία με τον κ. Kankaria να φανταστεί κανείς πόσο δυσανάλογη είναι η ηλικία του με την κλινική του εμπειρία και τη χειρουργική του δεινότητα. Ο κ. Kankaria έχει αναγάγει το εκπαιδευτικό του έργο σε προσωπικό του στοίχημα δίνοντας απλόχερα όλη του την ενέργεια και εμπειρία στον εκπαιδευόμενο. Η υπομονή του, η απόλυτη γνώση για κάθε μικρή χειρουργική ενέργεια και ο μοναδικός τρόπος μετάδοσης της γνώσης του εκκινάσουν τη δυναμική ταχύτητα μάθησης. Επίσης, ήταν πάντα πρόθυμος να συζητήσει μαζί μου τρόπους βελτίωσης της πρακτικής μου, μετά από κάθε χειρουργείο καταρράκτη ή διαθλαστικής χειρουργικής και έμοιαζε ακούρατος επιμένοντας για το καλύτερο σε κάθε wet lamb που διενεργούνταν στην κλινική.



Από την πρώτη στιγμή της άφιξης μου στην Ινδία ο κ. Kankaria μεριμνούσε ακόμη και για την παραμικρή λεπτομέρεια ώστε η διαμονή μου σε αυτή την τόσο διαφορετική χώρα να είναι αξιοσημείωτη. Η οικογένειά του –και οι δύο γονείς του είναι οφθαλμίατροι– με υποδέχτηκε όχι ως απλό εκπαιδευόμενο αλλά ως φίλο.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να υπογραμμίσω ότι το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα αποτέλεσε μια μοναδική εκπαιδευτική –και όχι μόνο– εμπειρία για μένα και θα ήθε-

λα να σας ευχαριστήσω θερμά για την ευκαιρία αυτή που μου δόθηκε, ελπίζοντας πως στο μέλλον όσο το δυνατόν περισσότεροι συνάδελφοι θα έχουν την τύχη να παρακολουθήσουν το ίδιο πρόγραμμα».

Σημειώνεται ότι η συνεργασία της ΕΕΕΦΔΧ με το Ινστιτούτο Sai Surya Netra Seva και τον Dr Kankaria θα συνεχιστεί και το Εκπαιδευτικό αυτό Βραβείο θα δίνεται σε ετήσια βάση σε έναν εξαιρετικό νέο Έλληνα οφθαλμίατρο.

Οι τελευταίες μέρες πριν από την απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης το 1912

Η απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης στις 26 Οκτωβρίου 1912 ήταν ένας αγώνας δρόμου μεταξύ των ελληνικών και βουλγαρικών στρατιωτικών δυνάμεων με έπαθλο τη θρυλική πόλη. Θα προσπαθήσω να σας μεταφέρω το κλίμα της εποχής και τις διάφορες πολιτικές και στρατιωτικές κινήσεις όπως τις κατανόησα μελετώντας διάφορες πηγές και ιδίως το εξαιρετικό βιβλίο του Γιάννη Μέγα «Η ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 1912-1913»¹.

• Το βράδυ της 24ης Οκτωβρίου, ο βαλής Mehmet Nazim κάλεσε τους προξένους της Θεσσαλονίκης με κύριο θέμα τα μέτρα που έπρεπε να ληφθούν εάν ο τουρκικός στρατός εγκατέλειπε την πόλη. Μέσω των προξένων έφτασαν επίσης για πρώτη φορά τα νέα της κατάληψης των Σερρών από τους Βουλγάρους και της πορείας του προς Θεσσαλονίκη. Την ώρα της συνεδρίασης έφτασαν τα νέα ότι ο ελληνικός στρατός βρίσκεται στο Γραδεμπόρι (Πεντάλοφος) και ότι επικείμενη σύγκρουση με τις τουρκικές μονάδες. Η Θεσσαλονίκη πλέον απειλούνταν από δύση, από βορρά και από ανατολή. Οι πρόξενοι αποφάσισαν ότι έπρεπε να παραμείνει οπωσδήποτε η χωροφυλακή κάτω από την προστασία των προξένων και ότι ο Tahsin πασάς έπρεπε να αποσύρει τις δυνάμεις του στο Καραμπουρνού χωρίς να προβάλλει καμιά αντίσταση. Του έστειλαν μάλιστα μήνυμα υπό μορφή τηλεσιγράφου ότι έπρεπε να αποδεχτεί τις προτάσεις τους και να τους απαντήσει έως τις 07:00 το επόμενο πρωί. Πρωταγωνιστής στις συναντήσεις των προξένων ήταν ο πρόξενος της Αυστροουγγαρίας Kral, που εξέφρασε την πάγια πολιτική της πατρίδας του για τη Θεσσαλονίκη. Το σχέδιο ήταν να βρεθούν αντιμέτωποι μέσα στη Θεσσαλονίκη οι Έλληνες με τους Βουλγάρους, να δημιουργηθούν συμπλοκές και αναστάτωση, να επέμβουν οι πρόξενοι και να ζητήσουν την αποβίβαση αγγμάτων από τα ήδη αγκυροβολημένα πλοία των Μεγάλων Δυνάμεων, για να καταλάβουν την πόλη. Με αυτόν τον τρόπο δεν θα ήταν ούτε τουρκική ούτε ελληνική ούτε βουλγαρική, αλλά, συν τω χρόνω, θα μπορούσε να περιέλθει στους Αυστριακούς ως «ελεύθερο λιμάνι». Σημαντικός αριθμός προξένων συνέπλεε με αυτή τη στρατηγική, η οποία είχε και την αμέριστη συμπαράσταση του πολυπληθέστατου εβραϊκού πληθυσμού της πόλης που απεχθανόταν την ιδέα της κατάληψης της Θεσσαλονίκης από τους Έλληνες².

Την ίδια μέρα ο βασιλιάς Γεώργιος άφησε τη Βέροια και εγκαταστάθηκε στο Γιδά (σημερινή Αλεξάνδρεια) στο κτίριο του σιδηροδρομικού σταθμού (Εικόνα 1), ο Κωνσταντίνος στο Τόψιν (σημερινή Γέφυρα) στο αγρόκτημα του Μοδιάνο, ενώ όπως προείπα οι Βούλγαροι με προέλαση της 7ης μεραρχίας κατέλαβαν τις Σέρρες τη στιγμή που οι ελληνικές μεραρχίες έφτασαν έξω από τη



Πέτρος Ράσογλου
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Ταμίας της ΕΕΕΦΔΧ
επικοινωνία:

raspe@otenet.gr, petros@rasoglou.gr

Θεσσαλονίκη σε διάφορους καταυλισμούς (Τεκελί σήμερα Σίνδος, Κιρτζαλάρ σήμερα Αδενδρο κ.ά.) (Εικόνα 2).

• Τα ξημερώματα της 25ης Οκτωβρίου έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη υπό την προεδρία του βαλχή κοινή συνεδρίαση του δημοτικού συμβουλίου και του συμβουλίου του βιλαετιού, για την παράδοση της πόλης. Εκεί αποφασίστηκε οι πρόξενοι να εξουσιοδοτηθούν να μεταφέρουν στον Κωνσταντίνο και στο Γενικό Στρατηγείο των Ελλήνων τους όρους παράδοσης της πόλης. Πράγματι έγινε η συνάντηση και ο πρύτανης των προξένων Άγγλος Henry Lamb εξουσιοδοτημένος εξέθεσε τους όρους του Τούρκου στρατιωτικού διοικητή Tahsin πασά. Ο Διάδοχος απέρριψε τους όρους και έδωσε διορία μέχρι τις 06:00 της 26ης Οκτωβρίου για παράδοση της

Θεσσαλονίκης άνευ όρων. Οι πρόξενοι μετέφεραν διά του Chefic πασά στον Tahsin πασά τους όρους του Διαδόχου καθώς και τη δική τους θέση για αποφυγή αιματοχυσίας.

• Το πρωί της 26ης Οκτωβρίου, μετά την εκ νέου συνάντηση του Chefic πασά με τον Δούσημανη, αρχηγό του Ελληνικού Τμήματος Επιχειρήσεων, που έθεσε στον Έλληνα αξιωματικό διάφορους όρους (απορρίφθηκαν όλοι καθώς ο Διάδοχος ζητούσε παράδοση άνευ όρων) μονάδες του ελληνικού στρατού κινήθηκαν προς τη Θεσσαλονίκη περισφίγγοντας τον τουρκικό στρατό³.

Το απόγευμα της ίδιας μέρας ο Διάδοχος διέταξε όλες τις ελληνικές δυνάμεις «Σπεύσατε να καταλάβετε τη Θεσσαλονίκη», αφού προηγουμένως έστειλε την παρακάτω ιδιόχειρη επιστολή⁴ στα γαλλικά στον στρατηγό Georgi Todorov αρχηγό των βουλγαρικών δυνάμεων που βádιζαν προς Θεσσαλονίκη.

*«Διοικητήν Βουλγαρικών Δυνάμεων,
Δι' Αποστολάρ προς Κιλκίς
Στρατηγέ μου,*

Αυτήν την στιγμήν επληροφορήθη ότι το ιππικόν σας έφθασεν εις το χωρίον Αποστολάρ και ότι εσείς με το κύριον σώμα ακολουθείτε κατευθυνόμενος εις Θεσσαλονίκην. Σας εκφράζω την χαράν μου δια την συνάντησιν μας αυτήν, αλλά λαμβάνω την τιμήν συγχρόνως να σας πληροφορήσω ότι ευρίσκομαι επί της κεφαλής του Ελληνικού Στρατού έμπροσθεν της πόλεως αυτής εις την οποίαν θα εισέλθω απόψε. Και σας παρέχω αυτήν την πληροφορίαν δια να μην υποβάλλετε τα στρατεύματά σας εις τον κόπον της ασκόπου προς Θεσσαλονίκην προελάσεως και αν το θεωρήσετε χρησιμότερον να κατευθύνετε τις δυνάμεις σας αλλού όπου υπάρχει επείγουσα στρατιωτική ανάγκη.



Εικόνα 1. Ο σιδηροδρομικός σταθμός στο Γιδά¹.



Εικόνα 2. Οι κινήσεις του Ελληνικού και Βουλγαρικού Στρατού¹.

Αρχιστράτηγος Ελληνικού Στρατού
Αρχηγείο Ελληνικού Στρατού Κωνσταντίνος
προ Θεσσαλονίκης Δουξ της Σπάρτης
26 Οκτωβρίου 1912, 3η μ.μ.»

Στις 16.00 έφιππος Τούρκος αξιωματικός παρέδωσε ανοικτό φάκελο στον λοχαγό Αλέξανδρο Μαζαράκη² στην εμπροσθοφυλακή του 19ου συντάγματος με την ακόλουθη επιστολή του Tahsin πασά προς τον πρίγκιπα Κωνσταντίνο³.

«Προς την Υψηλότητα τον Πρίγκιπα Κωνσταντίνο, αρχιστράτηγο του Ελληνικού Στρατού
Εχω την τιμή να πληροφορήσω την Υμετέραν Υψηλότητα, ότι αποδέχομαι την χθεσινή πρόταση της Υψηλότητας σας Χασάν Ταχσίν πασάς, Διοικητής της 3ης Στρατιάς του Οθωμανικού Στρατού».

Η επιστολή παραδόθηκε στον Διάδοχο λίγο αργότερα (17:30) ο οποίος διέταξε αφενός διακοπή της προέλασης και αφετέρου τον Αντισυνταγματάρχη Βίκτωρα Δούσμανη³ και τον λοχαγό Ιωάννη Μεταξά, να μεταβούν στο Νταούντ Μπαλί (σήμερα Ωραιόκαστρο) για τη σύναξη του πρωτοκόλλου παράδοσης.

Αξίζει στο σημείο αυτό να επισημάνω την παντελή έλλειψη συνεννόησης και επικοινωνίας που υπήρχε μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης και του Ελληνικού Γενι-

κού Στρατηγίου.

Τελικά, το πρωτόκολλο συντάχθηκε στη Θεσσαλονίκη, στο Διοικητήριο και υπογράφηκε (Εικόνα 3) στις 01:30 μετά τα μεσάνυχτα με τη συμφωνία να τεθεί η ώρα ως ημερομηνία υπογραφής η 23:30 της 26ης Οκτωβρίου. Ο ετεροχρονισμός της ημερομηνίας έγινε αφενός μεν γιατί ο Μεταξάς κατάφερε να πείσει τον Tahsin να αναφερθεί η 26η Οκτωβρίου για να τιμηθεί ο προστάτης και πολιούχος της Θεσσαλονίκης Αγ. Δημήτριος και αφετέρου για να τεκμηριωθεί επίσημα ότι ο ελληνικός στρατός κατέλαβε τη Θεσσαλονίκη κατά μία μέρα νωρίτερα, στοιχείο που αργότερα αποτέλεσε σημαντικό διαπραγματευτικό όπλο στις παράλογες απαιτήσεις των Βουλγάρων για συγκυριαρχία της πόλης⁴.

Το πρωί κυκλοφόρησαν πανηγυρικά οι πρώτες ελεύθερες εφημερίδες, η Μακεδονία (Εικόνα 4) και η Νέα Αλήθεια (Εικόνα 5).

Βιβλιογραφία

1. ΠΑΝΝΗΣ ΜΕΓΑΣ. Η Απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης, 2011.
2. ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ ΑΙΝΙΑΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ. Απομνημονεύματα, Αθήνα 1948.
3. ΒΙΚΤΩΡ ΔΟΥΣΜΑΝΗΣ. Απομνημονεύματα, Ιστορικές σελίδες τας οποίες έζησα, Αθήνα 1946.
4. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ. Βήμα-βήμα η προέλαση προς Θεσσαλονίκη, τελευταία έκδοση.



Εικόνα 3. Αναπαράσταση της υπογραφής του πρωτοκόλλου παράδοσης από τον Tahsin πασά. Δεξιά, οι Μεταξάς και Δούσμανης και αριστερά, ο στρατηγός Chefic πασάς με τον Καραμπιμπέρη, γραμματέα πολιτικών υποθέσεων του βιλαετιού (υδατογραφία του Κέναν Μεσοορέ στη συλλογή της Δημοτικής Πινακοθήκης Θεσσαλονίκης)⁵.



Εικόνα 4. Πρωτοσέλιδο της «Μακεδονίας»⁶.



Εικόνα 5. Πρωτοσέλιδο της «Νέας Αλήθειας»⁷.

Νοέμβριος 2012

10-13, McCormick Place, Chicago, Illinois, USA
AAO-APAO Joint Meeting
Tel.: 415 447 0320
E-mail: meetings@aao.org
Web: www.aao.org

16, The Royal Society, London
New Horizons in Cataract Surgery
Tel.: +44 7951 599 165
E-mail: info@newhorizons2012.co.uk
Web: www.newhorizons2012.co.uk

28/11-1/12, Congress Centre Hotel Rome Cavalieri, Rome, Italy
92nd SOI National Congress
Tel.: +39 06 4464514, +39 06 44702826
Fax: +39 06 4468403
E-mail: congressi@sedesoi.com
Web: www.sedesoi.com

30, One Great George Street, Westminster, London, UK
19th Annual Scientific Meeting of the MCLOSA and
Regional Scientific Meeting of the IOSS
Tel.: +44 (0)121 507 6849
Fax: +44 (0)121 507 6853
E-mail: secretary@mclosa.org.uk
Web: http://www.mclosa.org.uk

30/11-2/12, Valis Resort Spa Conference Centre, Αγριά Βόλου
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οφθαλμικών Φλεγμονών και Λοιμώξεων
Τηλ.: +30 26510 68610
Φαξ: +30 26510 68611
E-mail: info@conferre.gr
Web: www.ocularinflammation-congress.gr

Δεκέμβριος 2012

7, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
5th Amsterdam Retina Debate
Tel.: 020 5668585
E-mail: retinadebate@amc.nl
Web: www.amc.nl/retinadebate

Ιανουάριος 2013

9-11, Vienna General Hospital, Vienna
4th International Course on Ophthalmic and
Oculoplastic Reconstruction and Trauma Surgery
Tel.: +43 (0) 2243 20 898
Fax: +43 (0) 2243 20 898 15
E-mail: office@ophthalmictrainings.com
Web: http://www.ophthalmictrainings.com

18-19, Hilton Hotel, Αθήνα
8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υαλοειδούς-Αμφιβληστροειδούς
Τηλ.: 210 3634944
Φαξ: 210 3631690
E-mail: info@era.gr
Web: www.vitreo-retinalmeeting2013.gr

17-20, Hyderabad International Convention Centre, India
28th Congress of Asia Pacific Academy of Ophthalmology &
71st Annual Conference of All India Ophthalmological Society
Tel.: 011 26588327, 011 26593135

E-mail: aiosoffice@yahoo.com, lalitverma@yahoo.com
Website: www.aios.org, www.apoindia2013.org

Φεβρουάριος 2013

15-17, Warsaw, Poland
ESCRS Winter Meeting
Tel.: + 353 1 2091100
Fax: + 353 1 2091112
E-mail: escrs@escrs.org
Web: www.escrs.org

28/2-3/3, Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
27ο Διεθνές Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοφθαλμικών και
Διαθλαστικής Χειρουργικής
Τηλ.: 6974 47 99 06
E-mail: info@hsioirs.org
Web: www.hsioirs.org

Μάρτιος 2013

7-10, Marriott Rive Gauche Hotel & Conference Center, Paris, France
International Symposium on Ocular Pharmacology and Therapeutics
Tel.: +41 (0) 22 5330 948
Fax: +41 (0) 22 5802 953
E-mail: isopt@isopt.net
Web: www.isopt.net

Απρίλιος 2013

4-7, Intercontinental Budapest, Budapest, Hungary
The 4th World Congress on Controversies in Ophthalmology (COPHy)
Tel.: +972 3 5666166
Fax: +972 3 5666177
E-mail: cophy@comtecmed.com
Website: www.comtecmed.com/cophy

19-23, Moscone Center, San Francisco, USA
ASCRS - ASOA Symposium & Congress
Tel.: +15087430538
Web: http://13am.ascrs.org/

Μάιος 2013

23-26, Costa Navarino, Μεσσηνία
46ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο
Τηλ.: 210 36 34 944
Φαξ: 210 36 31 690
E-mail: info@eyenet.gr, info@era.gr
Web: www.eoe2013.gr

Ιούνιος 2013

8-11, Bella Center, Copenhagen, Denmark
SOE 2013 - European Society of Ophthalmology
Tel.: +46 8 459 66 00
Fax: +46 8 661 91 25
E-mail: soe2013@congrex.com
Web: www.soe2013.org

Οκτώβριος 2013

5-9, Amsterdam, The Netherlands
XXXI Congress of the ESCRS
Tel.: + 353 1 2091100
Fax: + 353 1 2091112
E-mail: escrs@escrs.org
Web: www.escrs.org



ΑΘΗΝΑ 2013

28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ
ως
4 ΜΑΡΤΙΟΥ

ATHENS HILTON HOTEL

27^ο

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΝΔΟΦΑΚΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

20 Νοεμβρίου 2012 : Τελευταία ημερομηνία αποστολής
περιλήψεων ελεύθερων ανακοινώσεων
βίντεο – ηλεκτρονικών poster

www.hsioirs.org



MEMBER OF



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΕΕΦΔΧ Λεωφ. Ποσειδώνος 42, Π. Φάληρο 175 61, Αθήνα τηλ. 697 4479906 fax. 210 9848505
email : info@hsioirs.org

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ MEDLINE Γράμμου 20, Βριλήσσια 152 35, Αθήνα τηλ. 210 6828708 fax. 210 6828771
email : medline@otenet.gr

now

Lock in superior rotational stability^{1,2}

Unique haptics are designed to secure a predictable astigmatism correction

A proven combination of stable performance and predictability

- 100% of patients had $\leq 5^\circ$ rotation at 1 to 6 months¹
- 91% of patients had $\leq 5^\circ$ rotation at 24 to 48 hours¹
- 3° absolute mean rotation up to 6 months¹

To lock in superior rotational stability, visit Bausch.com or contact the Bausch + Lomb representative nearest you.



new enVistaTORIC

Hydrophobic Acrylic Intraocular Lens

the new measure in toric stability

BAUSCH + LOMB
See better. Live better.