

19 - 21 MARCH 2026



GRANDE BRETAGNE HOTEL

GREEK GLAUCOMA SOCIETY

# 30<sup>TH</sup> GLAUCOMA CONGRESS

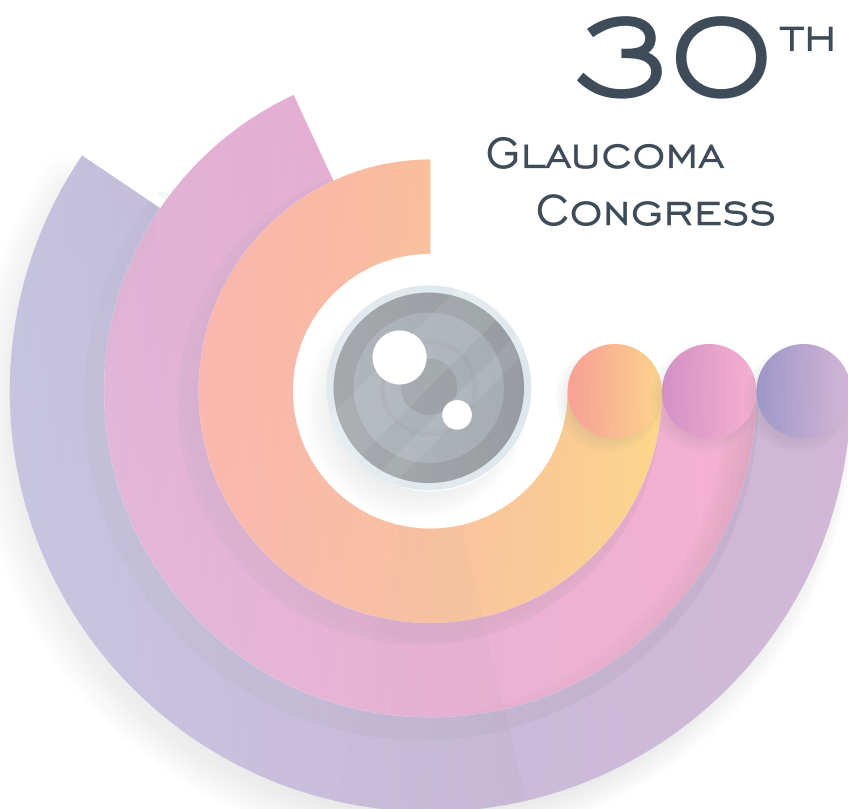


*Celebrating 30 Years  
of continuing education*

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



**Το 30<sup>ο</sup> Συνέδριο Γλαυκώματος πιστοποιείται  
από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γλαυκώματος**





# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Πρόεδρος:	<b>Ι. Χαλκιαδάκης</b>
Αντιπρόεδρος:	<b>Σ. Κανδαράκης</b>
Γεν. Γραμματέας:	<b>Ε. Καρμίρης</b>
Ταμίας:	<b>Κ. Γιαννοπούλου</b>
Ειδ. Γραμματέας:	<b>Θ. Φιλιππόπουλος</b>
Μέλη:	<b>Φ. Τοπούζης</b>
	<b>Ε. Παπακωνσταντίνου</b>



## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ**

**Α' Οφθαλμολογική Κλινική ΕΚΠΑ**

**Τμήμα Γλαυκώματος**

**Λεωφ. Μεσογείων 154, 11527 Αθήνα**

**E-mail: [greekglaucomasociety@gmail.com](mailto:greekglaucomasociety@gmail.com)**

**website: [www.greekglaucomasociety.org](http://www.greekglaucomasociety.org)**

## ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με μεγάλη χαρά σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο 30<sup>ο</sup> Ετήσιο Συνέδριο Γλαυκώματος, το οποίο θα πραγματοποιηθεί μεταξύ 19 και 21 Μαρτίου στην Αθήνα.

Το πρόγραμμα του συνεδρίου στόχο έχει να παρουσιάσει τις σύγχρονες εξελίξεις στη διάγνωση και την αντιμετώπιση του γλαυκώματος και τον τρόπο που αυτές διαμορφώνουν την καθημερινή κλινική πράξη. Όπως κάθε χρόνο το συνέδριο περιλαμβάνει διαλέξεις, συμπόσια, dry και wet labs & στρογγυλά τραπέζια με προσεκτικά επιλεγμένη θεματολογία, τα οποία στελεχώνονται από μια πλειάδα διακεκριμένων Ευρωπαίων και Ελλήνων ομιλητών.

Η παρουσίαση και συζήτηση εκπαιδευτικών περιστατικών θα εμπλουτίσει το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου μας, ενώ ιδιαίτερη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε να υπάρχει χρόνος για συζήτηση με τους συμμετέχοντες.

Η συμβολή και ενεργός συμμετοχή σας είναι εξαιρετικά σημαντική ώστε το 30<sup>ο</sup> Ετήσιο Συνέδριο Γλαυκώματος να ανταποκριθεί με επιτυχία στις προσδοκίες όλων μας.

Εκ μέρους του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Γλαυκώματος

Ο Πρόεδρος  
Ιωάννης Χαλκιαδάκης



## ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ (1826-1897)

Ο Ανδρέας Αναγνωστάκης υπήρξε ο πρώτος Καθηγητής Οφθαλμολογίας στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού Πανεπιστημίου Αθηνών (1856) έως και 41 χρόνια αργότερα. Το 1854 δημοσίευσε ένα άρθρο στα γαλλικά (*Essai sur l'exploration de la rétine et des milieux de l'oeil sur le vivant, au moyen d'un nouvel ophthalmoscope*), στο οποίο περιέγραψε την εφεύρεση ενός απλουστευμένου οφθαλμοσκοπίου, που χρησιμοποιούσε μόνο ένα διάτρητο κοίλο κάτοπτρο. Αυτή ήταν η πρώτη εργασία στα γαλλικά για το οφθαλμοσκόπιο και είχε μεγάλη απήχηση στον οφθαλμολογικό κόσμο εάν λάβουμε υπόψη μας ότι το δικό του οφθαλμοσκόπιο πουλήθηκε σε 800 οφθαλμιάτρους μέσα σε λίγους μήνες. Οι αριθμοί αυτοί είναι εξαιρετικά μεγάλοι για την εποχή εκείνη, ιδίως λόγω του γεγονότος ότι το πρώτο οφθαλμοσκόπιο είχε εισαχθεί μόλις τρία χρόνια πριν από την τροποποίηση του Αναγνωστάκη από τον Hermann von Helmholtz.



## ΑΛΕΞΙΟΣ ΤΡΑΝΤΑΣ (1867-1961)

Το 1899 ο οφθαλμίατρος Αλέξιος Τράντας κατάφερε να παρατηρήσει *in vivo* τη γωνία του προσθίου θαλάμου σε ένα μάτι με μεγακερατοειδή, χρησιμοποιώντας άμεση οφθαλμοσκόπηση σε συνδυασμό με δακτυλική πίεση στο σκληροκερατοειδές όριο. Ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «γωνιοσκοπία» και το 1900 περιέγραψε την εικόνα της γωνίας φυσιολογικής και μη, σημειώνοντας περιπτώσεις πυκνής χρώσης του διηθητικού ηθμού, ιριδικών προβολών και κυκλοδιάλυσης. Σχεδόν επί δύο δεκαετίες, ο Τράντας κατέγραφε πολύτιμες κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με την εμφάνιση της γωνίας σε διάφορες παθήσεις, με αποτέλεσμα να αναγνωρισθεί το 1948 από την Βελγική Οφθαλμολογική Εταιρεία ως «πατέρας της γωνιοσκοπίας». Επίσης περιέγραψε τις υποκίτρινες εναποθέσεις του επιπεφυκότα περίξ του σκληροκερατοειδούς ορίου ως παθογνωμονικές της εαρινής αλλεργικής επιπεφυκίτιδας, γνωστές μέχρι και σήμερα ως κηλίδες του Τράντα.

**«ΜΕΤΑΛΛΙΟ ΤΙΜΗΣ & ΑΞΙΑΣ  
Α. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗ - Α. ΤΡΑΝΤΑ»**

Η Ελληνική Εταιρεία Γλαυκώματος, απονέμει κάθε χρόνο από το 1994,  
το «Μετάλλιο Τιμής και Αξίας Α. Αναγνωστάκη - Α. Τράντα»,  
σε διαπρεπείς οφθαλμιάτρους,  
για τη συνεισφορά τους στον τομέα του γλαυκώματος.

**Οι βραβευθέντες είναι  
(με χρονολογική σειρά):**

1994	Professor Erik L. Greve	The Netherlands
1995	Professor Wolfgang Leydhecker	Germany
1996	Professor Raymond Etienne	France
1997	Professor Giuseppe Scuderi	Italy
1998	Professor Robert Ritch	USA
1999	Professor Guenter K. Krieglstein	Germany
2000	Professor George L. Spaeth	USA
2001	Professor Bruno Boles Carenini,	Italy
2002	Professor Thom Zimmerman	USA

2003	Professor Roger Hitchings	UK
2004	Professor Shlomo Melamed	Israel
2005	Professor Clive Migdal	UK
2006	Professor Paul L. Lichter	USA
2008	Professor Anders Heijl	Sweden
2009	Professor Anne Coleman	USA
2010	Professor Jeffrey Liebman	USA
2011	Professor George Baerveld	USA
2012	Professor Keith Barton	UK
2013	Professor Franz Grehn	Germany
2014	Professor Norbert Pfeiffer	Germany
2015	Professor Gabor Hollo	Hungary
2016	Professor Murat Irkec	Turkey
2017	Professor Claude F. Burgoyne	USA
2018	Professor David Garway-Heath	UK
2019	Professor Roy Wilson	USA
2020	Professor Stefano Miglior	Italy
2023	Professor Keith Martin	Australia
2024	Professor Robert Weinreb	USA
2025	Professor Gordana Sunaric-Megevand	Switzerland

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΚΟΣΤΟΣ
Ειδικό Οφθαλμίατρο	210 €
Ειδικευμένοι Οφθαλμίατροι (μέσω εταιρειών αρμοδιότητας ΣΦΕΕ)	140* €
Ειδικευόμενοι Οφθαλμίατροι	150 €
Ειδικευμένοι Οφθαλμίατροι (μέσω εταιρειών αρμοδιότητας ΣΦΕΕ)	80 €
Νοσηλευτές, Προπτυχιακοί Φοιτητές**	ΔΩΡΕΑΝ

\* Τα ποσά εγγραφής από εταιρείες αρμοδιότητας ΣΦΕΕ δεν περιλαμβάνουν επισιτιστικές υπηρεσίες ύψους 70,00 ευρώ.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε έκδοση τιμολογίου, οι αναφερόμενες τιμές επιβαρύνονται με ΦΠΑ.

Η οικονομική συμμετοχή στο Συνέδριο για Επαγγελματίες Υγείας περιλαμβάνει δυνατότητα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος, παραλαβή συνεδριακού υλικού, είσοδο στην έκθεση, συμμετοχή σε γεύματα και διαλείμματα καφέ του Συνεδρίου και παραλαβή του ηλεκτρονικού πιστοποιητικού συμμετοχής, βάσει των ωρών παρακολούθησης.

\*\* Για νοσηλευτές και προπτυχιακούς φοιτητές η συμμετοχή στο Συνέδριο είναι δωρεάν και περιλαμβάνει δυνατότητα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος, είσοδο στην έκθεση, και απλή βεβαίωση συμμετοχής.

Η ιδιότητα των ανωτέρω κατηγοριών θα βεβαιώνεται στη γραμματεία με την επίδειξη βεβαίωσης από τον επίσημο φορέα στον οποίο υπάγονται (π.χ. επιστολή από τον διευθυντή της κλινικής για τους νοσηλευτές, ταυτότητα επαγγελματικής κατάστασης για λοιπές κατηγορίες).

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα υπάρχει μετάφραση των ομιλιών, καθώς και σύστημα ηλεκτρονικής καταμέτρησης των ωρών παρακολούθησης του προγράμματος. Το Συνέδριο μοριοδοτείται με μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από την EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education).

Η παραλαβή του πιστοποιητικού προϋποθέτει την συμπλήρωση online φόρμας αξιολόγησης και την παρακολούθηση του 60% των ωρών του επιστημονικού προγράμματος, κατ' ελάχιστον.

## ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

Το δικαίωμα συμμετοχής στο συνέδριο δεν επιστρέφεται.

## ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Έως το συνέδριο:

Κατάθεση ποσού στην Εθνική Τράπεζα, προς:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Αρ. Λογαριασμού 169/629649-18: IBAN GR8701101690000016962964918 αναφέροντας ονοματεπώνυμο και ιδιότητα συνέδρου (ειδικευμένος/ειδικευόμενος)

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου:

Πληρωμή στη γραμματεία των εγγραφών

## ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η παρακολούθηση του Συνεδρίου της ΕΕΓ μοριοδοτείται με 17 ECMECs από την EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education).

## ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η Γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου, σύμφωνα με το επιστημονικό πρόγραμμα.

## ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ & ΧΩΡΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

### 19 Μαρτίου 2026

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί, στον ημιώροφο του Ξενοδοχείου KING GEORGE.

Το Dry Lab με θέμα “Τραμπεκιουλεκτομές” θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο King George (14.30-18.30)

Το Dry Lab με θέμα “Ένθεση Αντιγλαυκωματικών Συσκευών” θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Grande Bretagne (14.30-19.30)

### 20 - 21 Μαρτίου 2026

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στις αίθουσες του Ξενοδοχείου ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.

Ο χώρος έκθεσης των εταιρειών του κλάδου, θα λειτουργήσει σε δύο παράπλευρες αίθουσες του χώρου ομιλιών, στο Ξενοδοχείο ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.

### ΓΛΩΣΣΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Οι επίσημες γλώσσες του Συνεδρίου θα είναι η Αγγλική και η Ελληνική με ταυτόχρονη μετάφραση όλων των ομιλιών. Διατίθεται σχετικός εξοπλισμός προς χρήση από τη γραμματεία.

### ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

Επισημαίνεται ότι κρατήσεις δωματίων για τους συνέδρους στο Ξενοδοχείο ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ δεν γίνονται, καθώς χρησιμοποιείται μόνο ως χώρος διεξαγωγής του συνεδρίου. Οι ενδιαφερόμενες εταιρείες θα πρέπει να μεριμνήσουν σχετικά, σε άλλα ξενοδοχεία, λαμβάνοντας υπόψη ότι το κόστος φιλοξενίας (διαμονή και διατροφή) των επαγγελματιών υγείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τα ποσά που ορίζουν οι επικαιροποιημένες εγκύκλιοι ΕΟΦ και ΣΦΕΕ.

### ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου θα βιντεοσκοπείται και θα φωτογραφίζεται για τις ανάγκες του αρχείου του σωματείου, ενώ παράλληλα ο επίσημος συνεργάτης της Ελληνικής Εταιρείας Γλαυκώματος (ΕΕΓ) θα λαμβάνει επιπλέον οπτικό υλικό από όλες τις συνεδριακές αίθουσες. Το υλικό αυτό χρησιμοποιείται για τη δημιουργία αναμνηστικού βίντεο και στιγμιότυπων για το αρχείο της εταιρείας και τους προσκεκλημένους συνέδρους.



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

KING GEORGE HOTEL

14.00 - 19.00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

ΑΙΘΟΥΣΑ Α' - ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

14.00-14.20 **Εισαγωγική ομιλία για το Θεωρητικό σκέλος του Dry Lab με θέμα Ένθεση Αντιγλαυκωματικών Συσκευών**  
**Σ. Κανδαράκης**

14.20-15.30 **MythBusters I**  
**Κατάρριψη μύθων στην Κλινική Πράξη του Γλαυκώματος**  
**Συντονιστές: Κ. Γιαννοπούλου & Π. Παπαπάνος**

Όλοι οι ασθενείς με γλαύκωμα χαμηλών πιέσεων απαιτούν νευροαπεικονιστικό έλεγχο.

**N. Ματθαίου**

Το ιστορικό ραγοειδίτιδας αποτελεί απόλυτη αντένδειξη στη χρήση αναλόγων προσταγλανδίνης

**Δ. Κουρκούτας**

Η ενδοφθάλμια πίεση 10 τελεσίδικα σταματά την εξέλιξη της νόσου.

**M. Γεωργόπουλος**

Το OCT και το οπτικό πεδίο συμφωνούν στην διαπίστωση της εξέλιξης της νόσου.

**A. Δαστιρίδου**

Οι ασθενείς με γλαύκωμα χρειάζονται οπτικά πεδία μία φορά το χρόνο.

**Γ. Τομαής**

15.30-16.40 **MythBusters II**  
**Κατάρριψη μύθων στην Κλινική Πράξη του Γλαυκώματος**  
**Συντονιστές: Αθ. Βέργαδος & Ε. Παπακωνσταντίνου**

Το SLT μπορεί να αποτελέσει εναρκτήρια θεραπεία σε όλα τα γλαυκώματα ανοικτής γωνίας.

**A. Μάνδαλος**

Όλοι οι ύποπτοι ασθενείς για πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας (PACS) χρειάζονται laser περιφερική ιριδοτομή.

#### **Χ. Σκαθαρούδη**

Σε ασθενή με γλαύκωμα και καταρράκτη πάντα προηγείται η φακοθρυψία.

#### **Δ. Αλωνιστιώτης**

Μπορώ να επιλέξω πολυεστιακό ενδοφακό ή ενδοφακό EDOF σε επιλεγμένους ασθενείς με γλαύκωμα.

#### **Μ. Κασίμπρας**

Η ένθεση βαλβίδας αποτελεί την ενδεικνυόμενη πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση γλαυκώματος ανοικτής γωνίας.

#### **Χ. Παππά**

### **16.40-17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

#### **17.00-18.00 Αντιμετώπιση & Διαλογή Επιπλοκών Αντιγλαυκωματικών Επεμβάσεων από το Γενικό Οφθαλμίατρο.**

**Τι επιχειρούμε μόνοι μας, τι παραπέμπουμε στον ειδικό;**

*Υποθαλαμία, αθαλαμία, εξιδρωματικές υπερχοριοειδικές συλλογές, διαρροή, όψιμη υποτονία, ύφαιμα, υπερχοριοειδική αιμορραγία, υψηλή πίεση, υπερτασική φάση βαλβίδων, καταρράκτης, επιδείνωση οπτικής οξύτητας, εμμένον έλλειμμα επιθηλίου*

**Συντονιστές:** Γ. Δαλιάνης, Θ. Φιλιππόπουλος

**Συμμετέχοντες:** Στ. Γεωργούλας Α. Καρύδης,  
Α. Τριβλή, Δ. Τσουκανάς

#### **18.00-20.00 ΣΕ ΜΝΗΜΗ Α. ΔΙΑΓΟΥΡΤΑ**

Παρουσίαση εργασιών από ειδικευμένους /  
Βράβευση καλύτερης εργασίας

**Συντονιστές:** Δ. Παπακωνσταντίνου, Φ. Τοπούζης,  
Ι. Χαλκιαδάκης

**ΑΙΘΟΥΣΑ Β' DRY LABS**

- 14.30-18.30** ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: **Θ. Φιλιππόπουλος**  
Θεματολογία: **Introduction-Theory /**  
**Opening the conjunctiva Creating a flap /**  
**Sclerostomy / Flap suturing / Conjunctiva Suturing**  
**Εκπαιδευτές:**
- 14.30-15.30** *Θ. Φιλιππόπουλος, Β. Τζίμης, Ε. Παπακωνσταντίνου,  
Αθ. Βέργαδος, Χρ. Σκαθαρούδη, Στ. Χαϊδούλης,  
Δ. Αλωνιστιώτης, Δ. Γιαννούλης*
- 15.30-16.30** *Ε. Καρμίρης, Γ. Κοψίνης, Στ. Γεωργούλας, Μ. Γεωργόπουλος,  
Γ. Τομαής, Α. Δαστιρίδου, Ρ. Μπαρτζουλιάνου, Ε. Συκάκης*
- 16.30-17.30** *Σ. Κανδαράκης, Α. Τριβλή, Γ. Δαλιάνης, Α. Καρύδης,  
Ε. Γκαραγκάνη, Δ. Τσουκανάς, Χρ. Παππά, Ι. Βαγιάκης*
- 17.30-18.30** *Δ. Μπεσίνης, Ε. Αναστασόπουλος, Κ. Γιαννοπούλου,  
Μ. Κατσίμπρας, Α. Μάνδαλος, Π. Ντόντη, Γ. Μπόντζος,  
Θ. Παππάς*

**GRANDE BRETAGNE HOTEL**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' DRY LABS**

- 14.30-19.30** ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: **Σ. Κανδαράκης**  
Θεματολογία: **Ένθεση Αντιγλαυκωματικών Συσκευών**  
**Εκπαιδευτές:**
- 14.30-15.30** *Σ. Κανδαράκης, Μ. Κατσίμπρας*
- 15.30-16.30** *Θ. Φιλιππόπουλος, Γ. Δαλιάνης*
- 16.30-17.30** *Ε. Καρμίρης, Δ. Μπεσίνης*
- 17.30-18.30** *Χ. Παππά, Ε. Αναστασόπουλος*
- 18.30-19.30** *Α. Δαστιρίδου, Αθ. Βέργαδος*

## GRANDE BRETAGNE HOTEL

- 09.30-09.45** **ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ**  
Χαιρετισμός Πρόεδρου ΔΣ ΕΕΓ, κου **Ι. Χαλκιαδάκη**
- 09.45-10.00** Ομιλία για τα τριάντα χρόνια των Συνεδρίων του Γλαυκώματος  
Βράβευση και Αναγόρευση **Δ. Παπακωνσταντίνου**  
σε Επίτιμο Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Γλαυκώματος
- 10.00-11.00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Δευτεροπαθή Γλαυκώματα**  
**Συντονιστές: Σ. Κανδαράκης, Χ. Τερζίδου**  
**Συμμετέχοντες: Ε. Αναστασόπουλος, Αθ. Βέργαδος, C. Papos, Θ. Φιλιππόπουλος**
- 11.00-12.00** **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**  
Προεδρείο: Σ. Κανδαράκης, Γ. Μαγκουρίτσας  
**RCTs on the Horizon that Affect or May Affect our Clinical Practice**  
Nicotinamide & Citicoline Clinical Trials  
**G. Johannesson**  
Sustained Release Delivery Devices Trials  
**A. Tatham**  
Direct SLT and other Laser Trials in Open Angle Glaucoma  
**G. Gazzard**  
Trials on Intensive Glaucoma Treatments  
**A. Azuara-Blanco**
- 12.00-12.15** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 12.15-13.15** **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**  
Προεδρείο: Α. Κώνστας, Π. Παπαπάνος  
**Improving everyday glaucoma Management: My Top Recent Changes in Clinical Practice**  
Regarding Diagnostics in Glaucoma  
**F. Oddone**

Regarding the Implementation of Risk Assessment

**St. Miglior**

Regarding the Ocular Surface Challenged Patient

**G. Johannesson**

Regarding cataract surgery in glaucoma patients

**J. G. Feijoo**

13.15-14.45 ΓΕΥΜΑ

14.45-15.45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ (σελ. 24)

15.45-16.45 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο: Β. Κοζομπόλης, Α. Κατσάνος

**Ask the Experts Why**

Why Should I Care about Systemic Medications?

**F. Oddone**

Why Should I Still Care About Gonioscopy?

**A. Fea**

Why Should I Care About Both Structure & Function?

**L. Rossetti**

Why can't an IOP of 10 always stabilize advanced disease?

**A. Viswanathan**

16.45-17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

17.00-18.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο: Ν. Μυλόπουλος, Θ. Φιλιππίδης

**Demystifying MIGS and Bleb Forming Devices**

Which MIGS for which patient?

**A. Fea**

Bleb Forming Devices how and when and what follows in case of failure?

**L. Abegão Pinto**

MIGS, Bleb Forming Devices and Tubes. Is there a role for trabeculectomies in current glaucoma surgery?

**A. King**

Is MIGS a solution in preventing glaucoma blindness?

**H. Jayaram**

**18.00-19.15**

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**Αντιπαραθέσεις σε επίκαιρα θέματα γλαυκώματος**

**Συντονιστές: Ε. Καρμίρης, Β. Κοζομπόλης**

**Συμμετέχοντες: Ε. Γκαραγκάνη, Α. Δαστιρίδου, Κ. Καραμπάτσας, Γερ. Κοψίνης, Δ. Μικρόπουλος, Δ. Μπεσίνης, Β. Ξηρού, Στ. Χαϊδούλης**

**19.15-19.30**

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

### **ΑΙΘΟΥΣΑ Β' - Φροντιστήριο**

**10.00-13.00**

Διαδραστικό workshop:

**Ανάπτυξη Δεξιοτήτων επιστημονικής συγγραφής και δημοσίευσης**

**15.30-18.30**

Διαδραστικό workshop:

**Ανάπτυξη Δεξιοτήτων επιστημονικής συγγραφής και δημοσίευσης**

GRANDE BRETAGNE HOTEL

**09.30-10.30**     **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
Η εφαρμογή των αποτελεσμάτων των κλινικών μελετών στην καθημερινή κλινική πρακτική  
**Συντονιστές: Α. Κατσάνος, Α. Κώνστας**  
**Συμμετέχοντες: Ι. Βαγιάκης, Σ. Κανδαράκης, Γ. Μαγκουρίτσας, Π. Παπαπάνος**

**10.30-11.30**     **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**  
Προεδρείο: Α. Αναστασόπουλος, Ε. Καρμίρης  
**Do numbers matter in glaucoma?**  
Does each mmHg matter in Projecting Future Outcomes?  
**I. Stalmans**  
Does each dB matter in Perimetric Loss Over Time?  
**L. Rossetti**  
How to make Sense of Different Rates of RNFL/GCC Loss Over Time?  
**J. G. Feijoo**  
Does each mm/mm<sup>2</sup> matter in the lumen size & surface area and in the position of Glaucoma Drainage Devices?  
**L. Abegão Pinto**

**11.30-11.45**     **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**11.45-12.45**     **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ (σελ. 24)**

**12.45-14.00**     **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**  
Προεδρείο: Φ. Τοπούζης, Ι. Χαλκιαδάκης  
Can AI address the elephant in the room?  
**I. Stalmans**  
Ambiguous Conclusions from Randomized Clinical Trials  
**A. Azuara-Blanco**

## «ANAGNOSTAKIS -TRANTAS» Award

Honorary Lecture:

Improving Trials in Glaucoma

Gus Gazzard

14.00-15.30

ΓΕΥΜΑ

15.30-16.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

RCTs τότε και τώρα. Τι αλλάζει στην κλινική πράξη;

Συντονιστές: Φ. Τοπούζης, Ε. Αναστασόπουλος

Συμμετέχοντες: Ι. Βαγιάκης, Δ. Γιαννούλης, Ρ. Μπαρτζουλιάνου,  
Γ. Μπόντζος, Π. Ντόντη, Ε. Παπακωνσταντίνου

16.30-17.45

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο: Γ. Κοψίνης, Χ. Τερζίδου

I can be Optimistic About the Future of Glaucoma  
Care because of:

Home monitoring

A. King

Precision Medicine

A. Viswanathan

Alternative Ways of Glaucoma Management

A. Tatham

The Larger Involvement of Industry in the Field

St. Miglior

Less Invasive, Safer and More Effective Surgery

H. Jayaram

17.45-19.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Τι θα κάνω και γιατί σε καθημερινά περιστατικά

Συντονιστές: Γ. Μαγκουρίτσας, Δ. Παπακωνσταντίνου

Συμμετέχοντες: Κ. Γιαννοπούλου, Γ. Δαλιάνης,  
Ε. Καρμύρης, Β. Τζίμης

19.00-19.15 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

19.15-19.30 ΤΕΛΕΤΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥ  
«ΣΕ ΜΝΗΜΗ Α. ΔΙΑΓΟΥΡΤΑ»

19.30 ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



**ΕΤΑΙΡΙΚΕΣ  
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΜΑΡΤΙΟΥ 2026

14.45-15.45

Θέμα:

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**Διάγνωση και αντιμετώπιση  
της νόσου της οφθαλμικής  
επιφάνειας (ΝΟΕ) που σχετίζεται  
με την αντιγλαυκωματική θεραπεία**



Συντονιστής:

**A. Γ. Κώνστας**

Συμμετέχοντες:

**A. Κατσάνος, Κ. Μπομπορίδης, Γ. Κυμιωνής**

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 2026

11.45-12.45

Θέμα:

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**Glaucoma treatment  
preservative free formulations.  
Are we sure we know enough?**



Συντονιστής:

**Φ. Τοπούζης**

Συμμετέχοντες:

**A. Κώνστας, A. Κατσάνος, Σ. Κανδαράκης**



**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ**



### **Augusto Azuara-Blanco**

**Professor of School of Medicine, Dentistry and Biomedical Sciences.**

**He is the Chief Investigator of several trials, including EAGLE, an international trial for angle-closure glaucoma**

## **Ambiguous Conclusions from Randomized Clinical Trials**

Ambiguity in clinical trial results refers to situations where the reported treatment effects are unclear, contradictory, or open to multiple interpretations, often hindering the ability of clinicians and policymakers to make informed decisions. In this talk we will review the key areas of ambiguity in clinical trials and the solutions to minimise this problem.

## **Trials on Intensive Glaucoma Treatments**

Is it time we change our stepwise approach to glaucoma management? We will review the evidence from several trials including AGIS, TAGS and GITS that compared the impact of an intensive IOP-lowering treatment strategy versus standard stepwise treatment on glaucoma outcomes.



## J. Garcia Feijóo

**Chairman of the Department of Ophthalmology of the San Carlos Clinical Hospital and Professor of Ophthalmology at Complutense University of Madrid**

### How to Make Sense of Different Rates of RNFL/GCC Loss Over Time?

Optical coherence tomography (OCT) has become a cornerstone in glaucoma management by enabling objective measurement of structural damage through assessment of the peripapillary retinal nerve fiber layer (RNFL) and the macular ganglion cell complex (GCC). Longitudinal analysis provides an estimate of the rate of tissue loss, typically expressed in micrometers per year ( $\mu\text{m}/\text{year}$ ). However, interpreting different rates of RNFL or GCC thinning requires careful clinical contextualization.

Physiological aging is associated with RNFL thinning at approximately  $-0.2$  to  $-0.3 \mu\text{m}/\text{year}$ . In glaucomatous eyes, faster rates may indicate disease progression, particularly when exceeding  $-1.0 \mu\text{m}/\text{year}$ . Nevertheless, identical rates may carry very different prognostic implications depending on patient age and life expectancy. A 50-year-old losing  $1 \mu\text{m}/\text{year}$  faces a substantially higher lifetime risk of visual disability than an elderly patient with the same rate. Therefore, progression velocity must always be interpreted in relation to disease stage and expected lifespan.

Observed rates of structural loss are influenced by both biological and technical factors. Biological determinants include intraocular pressure (IOP) level and fluctuation, ocular perfusion, axial length and myopia, and individual susceptibility of the optic nerve. Technical variability - such as signal strength changes, segmenta-

tion errors, scan misalignment, cataract progression, or software updates—can significantly affect measurements and may mimic progression. Consistent trends across multiple high-quality scans are required before concluding true structural worsening.

Discordance between RNFL and GCC rates is common. In advanced stages, both parameters may reach a “floor effect,” limiting their ability to detect further progression despite ongoing functional loss. In such cases, visual field testing becomes increasingly important.

Crucially, structural rates of loss should not be interpreted in isolation. Meaningful progression is characterized by sustained thinning beyond age-related expectations, reproducibility over time, and correlation with functional findings or inadequate IOP control.

Ultimately, the clinical value of RNFL or GCC loss lies not in a single numerical threshold but in projecting long-term structural reserve. Integrating structural velocity with patient-specific factors allows individualized risk stratification and therapeutic decision-making. Understanding rates of OCT-measured loss, therefore, requires a comprehensive, context-driven approach rather than reliance on isolated numbers.

### Regarding cataract surgery in glaucoma patients

Cataract surgery in glaucoma patients has evolved into a strategic opportunity to optimize intraocular pressure (IOP) control and visual function. A key change in my clinical practice has been the selective integration of minimally invasive glaucoma surgery (MIGS) at the time of phacoemulsification.

While phacoemulsification alone can provide modest IOP reduction in early glaucoma, relying on it in moderate or advanced disease is a common mistake. Similarly, overestimating the pressure-lowering capacity of MIGS may lead to undertreatment. Angle-based procedures offer an excellent safety profile and are particularly suitable for mild to moderate open-angle glaucoma, but they are not substitutes for filtration surgery or MIBS when very low target pressures are required.

Another important evolution in practice concerns intraocular lens (IOL) selection. In the recent years even glaucoma patients have high visual demands, particularly

for intermediate and near tasks. Monofocal-plus IOLs, which enhance intermediate vision while preserving contrast sensitivity, represent an attractive option in many cases. Given the potential impact of glaucoma on contrast sensitivity and visual quality, premium multifocal lenses are often approached cautiously, making the appropriate choice of IOL a critical component of surgical planning.

Ultimately, cataract surgery in glaucoma patients requires an integrated approach: realistic IOP expectations, appropriate use of MIGS, and thoughtful IOL selection tailored to both disease stage and patient lifestyle. The goal is not only pressure control, but optimized long-term visual performance.



## **Gauti Jóhannesson**

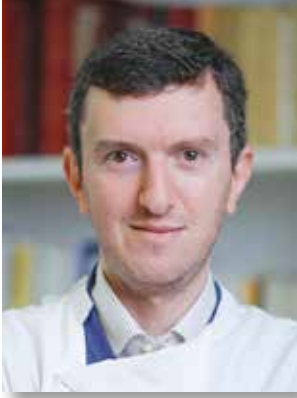
**Associate Professor and Senior Consultant (attending physician) in Ophthalmology, with affiliations at Umeå University and the Karolinska Institutet in Sweden**

### **Regarding the Ocular Surface Challenged Patient**

Glaucoma care is too often only focused on IOP-values and visual field progression. Albeit both being very important, we may not forget the patients' wellbeing and quality of life, both very much affected by ocular surface disorders which often are caused by the given treatment. The talk will focus on this fact and highlight ways to tackle this problem.

### **Nicotinamide & Citicoline Clinical Trials**

For a 150 years we have been treating glaucoma by lowering the IOP. Although effective in many patients, a considerable portion of patients still progress at an unacceptable rate despite low IOP. Thus, the need for neuroprotective treatment is great. In recent years there has been considerable focus on the neuroprotective substances nicotinamide and citicoline. This talk will give an update on the subject and ongoing clinical trials.



## Luís Abegão Pinto

Head of the Glaucoma Clinic  
of the Department of Ophthalmology  
of Portugal's largest Hospital

### **MIGS, Bleb Forming devices and Tubes. Is there a role for trabeculectomies in current glaucoma surgery?**

The expansion of minimally invasive glaucoma procedures and tube shunts has reshaped surgical algorithms and reduced the relative volume of trabeculectomy. Nevertheless, trabeculectomy remains the most effective pressure-lowering intervention, particularly in eyes requiring very low target intraocular pressures, such as advanced or normal-tension glaucoma. Declining case numbers may challenge the maintenance of surgical proficiency, underscoring the need for sustained expertise and appropriate case selection to preserve its role within the modern glaucoma surgical spectrum.

### **Does each mm/mm<sup>2</sup> matter in the lumen size & surface area and in position of glaucoma drainage devices?**

Glaucoma drainage devices are distinguished by variations in plate surface area, lumen diameter, and implantation geometry. Whether differences in plates size, inner tube lumen or alternative quadrants and limbus distances meaningfully influence outcomes remains debated. Theoretically, these millimetric variations may alter fluid dynamics, resistance profiles, capsular formation, and mechanical inter-

action with surrounding tissues. This presentation explores whether incremental differences in size and positioning translate into clinically relevant distinctions, or whether biological response and surgical modulation ultimately outweigh pure dimensional considerations.



## Francesco Oddone

Head of the Glaucoma Unit IRCCS  
Fondazione G.B.Bietti  
Rome, Italy

### Improving Everyday Glaucoma Management: My Top Recent Changes in Clinical Practice - Diagnostics

Recent advances in imaging technologies, functional testing, and risk stratification are reshaping the diagnostic approach to glaucoma. In this presentation, I will discuss the key changes I have recently introduced in my daily clinical practice to improve early detection and more accurate monitoring of glaucoma. Particular emphasis will be placed on the integration of structural and functional assessment, improved interpretation of OCT metrics, and practical strategies to detect progression earlier and more reliably in routine clinical settings.

### Why Should I Care about Systemic Medications in Glaucoma Patients?

Systemic medications can significantly influence intraocular pressure, ocular perfusion, and the progression of glaucoma, yet their impact is often overlooked in routine care. This presentation will highlight common systemic drugs that may affect glaucoma risk, disease course, or treatment efficacy, and discuss practical strategies for incorporating medication review into everyday glaucoma management to optimize patient outcomes.



## Ingeborg Stalmans, MD, PhD

Professor of Ophthalmology at KU Leuven,  
Director of the Research Group Ophthalmology  
and Head of the Glaucoma Service at University  
Hospitals Leuven (UZ Leuven), Belgium

### Does Each mmHg Matter in Projecting Future Outcomes?

Intraocular pressure (IOP) reduction remains the only proven modifiable risk factor in glaucoma management. Yet an essential clinical question persists: does each millimeter of mercury truly translate into meaningful differences in long-term visual outcomes? This lecture examines evidence from landmark randomized clinical trials and real-world cohort studies to explore the quantitative relationship between IOP reduction and disease progression. Particular emphasis will be placed on risk stratification, baseline disease severity, rate of progression, and life expectancy, highlighting how the clinical impact of a 1-mmHg reduction varies across patient profiles. Beyond statistical significance, we will discuss clinical relevance. The goal is to move from population-based averages to individualized risk projection models.

### Can AI Address the Elephant in the Room?

Despite advances in diagnostics and therapeutics, preventable glaucoma-related vision loss remains a global challenge. The “elephant in the room” is not the lack of treatment options, but delayed diagnosis, insufficient monitoring capacity, and variability in clinical decision-making. Artificial intelligence (AI) has emerged as a potential transformative tool across the glaucoma care pathway. We will explore

where AI can realistically augment clinician performance, reduce disparities in access to care, and improve early detection. Ultimately, AI is not a replacement for clinical expertise, but a strategic instrument that may help tackle the structural inefficiencies that continue to drive avoidable blindness.



## Hari Jayaram

Ass. Professor UCL Institute of Ophthalmology,  
Consultant Ophthalmic Surgeon,  
Director of Glaucoma Service, Moorfields  
Eye Hospital, NHS Foundation, London

## Is MIGS a solution in preventing glaucoma blindness?

Minimally Invasive Glaucoma Surgeries (MIGS) represent a significant shift in the glaucoma treatment paradigm, offering procedures characterized by minimal tissue disruption and more rapid recovery. These surgeries are categorized by their mechanism of action, including trabecular outflow enhancement and subconjunctival filtration. Clinical evidence from landmark studies shows that MIGS can achieve a significant reduction in intraocular pressure and a reduction in medication burden, especially when combined with cataract surgery. Whilst they offer a more favourable safety profile than traditional incisional surgeries, they may be insufficient in advanced glaucoma where lower target pressures are required.

This presentation addresses the critical question of whether MIGS can prevent glaucoma-related blindness, noting that while direct evidence is limited due to the slow nature of the disease, these surgeries provide substantial indirect benefits. By offering a safer surgical alternative with lower complication rates, MIGS permit earlier intervention in the disease course and help overcome issues with patient adherence to medications. Rather than replacing traditional procedures like trabeculectomy, MIGS expand the treatment continuum, potentially reducing the long-term population burden of vision loss by stabilizing patients earlier and more consistently. Ultimately, the role of MIGS is to expedite the timing of surgical intervention to prevent patients from reaching advanced, blinding stages of disease.

## I can be Optimistic About the Future of Glaucoma Care because of: Less Invasive, Safer and More Effective Surgery

Historically, glaucoma surgery was perceived as a high-risk, “last-line” salvage therapy reserved for end-stage disease when vision was severely threatened. Traditional procedures, such as trabeculectomy and drainage device implantation provided definitive intraocular pressure (IOP) reduction but were frequently delayed due to concerns over surgical complications. Today, a major paradigm shift is occurring as surgical care transitions towards earlier intervention. This shift is driven by the advent of Minimally Invasive Glaucoma Surgeries (MIGS) and Minimally Invasive Bleb Surgeries (MIBS) to minimize tissue disruption and provide a more rapid recovery. These modern options offer superior safety profiles, faster recovery times and favourable safety profiles, allowing surgeons to offer surgical intervention much earlier in the disease process with increased confidence.

The current surgical landscape has evolved into a layered algorithm where specific procedures ranging from canal-based MIGS for mild disease to subconjunctival MIGS for more advanced cases, are matched to the individual patient’s stage of disease. This approach not only stabilizes IOP earlier but also addresses the significant medication burden, improving patient quality of life by reducing reliance on daily drops that often lead to poor adherence and ocular surface disease. Looking ahead, the field is moving toward precision glaucoma surgery, tailoring treatments based on individual outflow resistance, conjunctival health, and even AI-assisted risk prediction. While challenges such as long-term durability and access remain, the trajectory of glaucoma care is one of profound optimism. By integrating next-generation devices and drug-eluting implants into routine management, surgeons can now provide a more strategic, safe, and effective treatment path than has been possible in decades.



## **Andrew Tatham**

**Consultant Ophthalmologist, MD, MBA,  
FRCSEd, FRCOphth, FEBO,  
PGDip Cataract and Refractive Surgery,  
Princess Alexandra Eye Pavillion, Edinburgh**

This talk will provide an overview of the clinical trial landscape for sustained-release glaucoma medications. Evidence for FDA approved intracameral implants Durysta and iDose will be briefly reviewed alongside emerging pipeline technologies. These include punctal plug-based delivery systems and drug-eluting contact lenses designed to provide sustained ocular drug release. The presentation will highlight how sustained-release therapies are evolving and discuss their potential future role in glaucoma management.



## Antony King

MB, BCh, MD, MmedSci, FRCOphth,  
University of Nottingham, Notts,  
Division of Ophthalmology  
and Visual Sciences

### **MIGS, Bleb Forming Devices and Tubes. Is there a role for trabeculectomy in current glaucoma surgery?**

Trabeculectomy is traditionally considered the gold standard glaucoma surgery but is a complex surgical intervention with a steep learning curve and long post-operative recovery.

Recent innovations in both bleb-forming and non-bleb forming glaucoma surgery have changed the landscape of glaucoma interventions. In this lecture I will discuss if there is still a role for trabeculectomy surgery in the modern glaucoma surgical armoury and where it should fit along a surgical pathway.

### **Home monitoring**

Glaucoma services worldwide are under strain trying to cope with the volume of patients that need to be monitored for glaucoma and there is insufficient hospital and medical resource to monitor this volume of patients effectively.

A potential solution is to monitor patients outside the hospital environment with home monitoring equipment.

In this lecture I will discuss the current availability and quality of home monitoring equipment, its feasibility, which patients may be suitable for this type of monitoring and the challenges that this approach may bring with it in the future.



**Ananth Viswanathan**

**FRCOphth, MD, Consultant Surgeon,  
Moorfields Eye Hospital  
Professor and Consultant Moorfields Eye  
Hospital and UCL Institute of Ophthalmology**



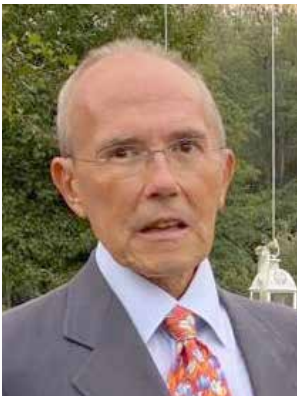
**L. Rossetti**

**Professor of Ophthalmology  
President of the School of Medicine,  
San Paolo Hospital, University of Milan**




**Antonio Maria Fea**

Professor of the Department of Surgical Sciences in the Ophthalmic Hospital of Turin, Italy



**Stefano Miglior**

Professor of Ophthalmology  
University of Milan-Bicocca, Italy UNIMIB  
School of Medicine and Surgery



**ΒΡΑΒΕΙΟ  
Α. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗ  
Α. ΤΡΑΝΤΑ  
2026**



**Professor Gus Gazzard**  
**MA(Cantab), MD, MBBChir, FRCOphth**

Professor of Ophthalmology at UCL,  
Consultant Ophthalmic Surgeon  
at Moorfields Eye Hospital;  
Emeritus Director Surgery at Moorfields and  
Past President of the UK Glaucoma Society

Prof. Gus Gazzard was made a Consultant in the Glaucoma Service at Moorfields Eye Hospital in 2009 after training at Cambridge University, a Clinical Fellowship at Moorfields 2006-08 and a 2 year Research Fellowship with Prof Peng Khaw. While in Singapore he ran the 6-year Singa-

pore-5FU surgical trial of trabeculectomy and established a RCT looking at early lens extraction for acute angle closure. Following this, he was awarded his research degree for a thesis on angle anatomy and visual field loss in angle-closure glaucoma. He is Chief Investigator of the 6-year (£2.5m, 718 subject) multi-centre LiGHT trial of SLT and currently co-investigator on the NEI-funded (\$15.2m) 'COAST', NIHR-funded (£2m) 'NAMING' and 'GLAUrious' randomized controlled trials of glaucoma therapies. He is a past President of the UK Glaucoma Society, an active committee member of the European Glaucoma Society, past Director of Moorfields Glaucoma Service and current Director of Surgery at Moorfields. He has published widely on surgical trials including contributions to the Lancet & Cochrane Library, with recent awards at AAO for ongoing research. He has been elected to the 100 member 'Glaucoma Research Society' and voted by peers in the top 10 of the global 'PowerList' of the most influential ophthalmologists worldwide, 2023, 2024, 2025 and 2026..

### **Academic Appointments**

**2019-present:** Professor of Ophthalmology (Glaucoma Studies), Institute of Ophthalmology, UCL

### **Non-Academic Appointments**

**2009-present:** Consultant Ophthalmic Surgeon & Director of Surgery, Moorfields Eye Hospital, London

## Degrees

MD (research) University College London, 2005

FRCOphth Royal College of Ophthalmologists, 1997

MA MBBChir Corpus Christi College, Cambridge University, 1988-1995

## Selected Publications (from over 150)

Wright, D. M., Konstantakopoulou, et al,... Gazzard, G. (2020). Visual Field Outcomes from LiGHT: Laser in Glaucoma and Ocular Hypertension, a multicentre, randomised controlled trial. *Ophthalmology*. doi:10.1016/j.ophtha.2020.03.029

Gazzard, G., Konstantakopoulou, E., et al. (2019). Selective laser trabeculoplasty versus eye drops for first-line treatment of ocular hypertension and glaucoma (LiGHT): a multicentre randomised controlled trial (vol 393, pg 1505, 2019). *LANCET*, 394(10192), E1. doi:10.1016/S0140-6736(19)31503-X

Gazzard, G., Konstantakopoulou, E., et al. (2019). Selective laser trabeculoplasty versus drops for newly diagnosed ocular hypertension and glaucoma: LiGHT RCT. *Health Technology Assessment*, 23(31), 1-102. doi:10.3310/hta23310

Garg, A., Vickerstaff, V., et al,... Gazzard, G. LiGHT Trial Study Group. (2019). Primary Selective Laser Trabeculoplasty for Open Angle Glaucoma and Ocular Hypertension: Clinical Outcomes, Predictors of Success and Safety from the Laser in Glaucoma and Ocular Hypertension (LiGHT) Trial. *Ophthalmology*. doi:10.1016/j.ophtha.2019.04.012

Lawlor, M., Quartilho, et al,... Gazzard, G. (2017). Patients With Normal Tension Glaucoma Have Relative Sparing of the Relative Afferent Pupillary Defect Compared to Those With Open Angle Glaucoma and Elevated Intraocular Pressure. *Investigative ophthalmology & visual science*, 58(12), 5237-5241.

Azuara-Blanco, A., Burr, J., Ramsay, C., Cooper, D., Foster, P. J., Friedman, D. S.,... Norrie, J. (2016). Effectiveness of early lens extraction for the treatment of primary angle-closure glaucoma (EAGLE): a randomised controlled trial. *LANCET*, 388(10052), 1389-1397. doi:10.1016/S0140-6736(16)30956-4

Gazzard, G., Friedman, D. S., Devereux, J. G., Chew, P., & Seah, S. K. L. (2003). A prospective ultrasound biomicroscopy evaluation of changes in anterior segment morphology after laser iridotomy in Asian eyes. *Ophthalmology*, 110(3), 630-638. doi:10.1016/S0161-6420(02)01893-6

## Websites

Research Papers~ PubMed

Google Scholar

ORCID

LinkedIn

NHS

Personal

LinkedIn Profile

Resarchgate network ~ impact assessment



**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Γλαυκώματος ευχαριστεί θερμά όλες τις εταιρίες που συνέβαλαν στην οργάνωση του φετινού συνεδρίου Γλαυκώματος, παρέχοντας σταθερή στήριξη στις επιστημονικές δράσεις της ΕΕΓ.

ΠΛΑΤΙΝΕΝΙΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ




ΜΕΓΑΛΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



ΧΟΡΗΓΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

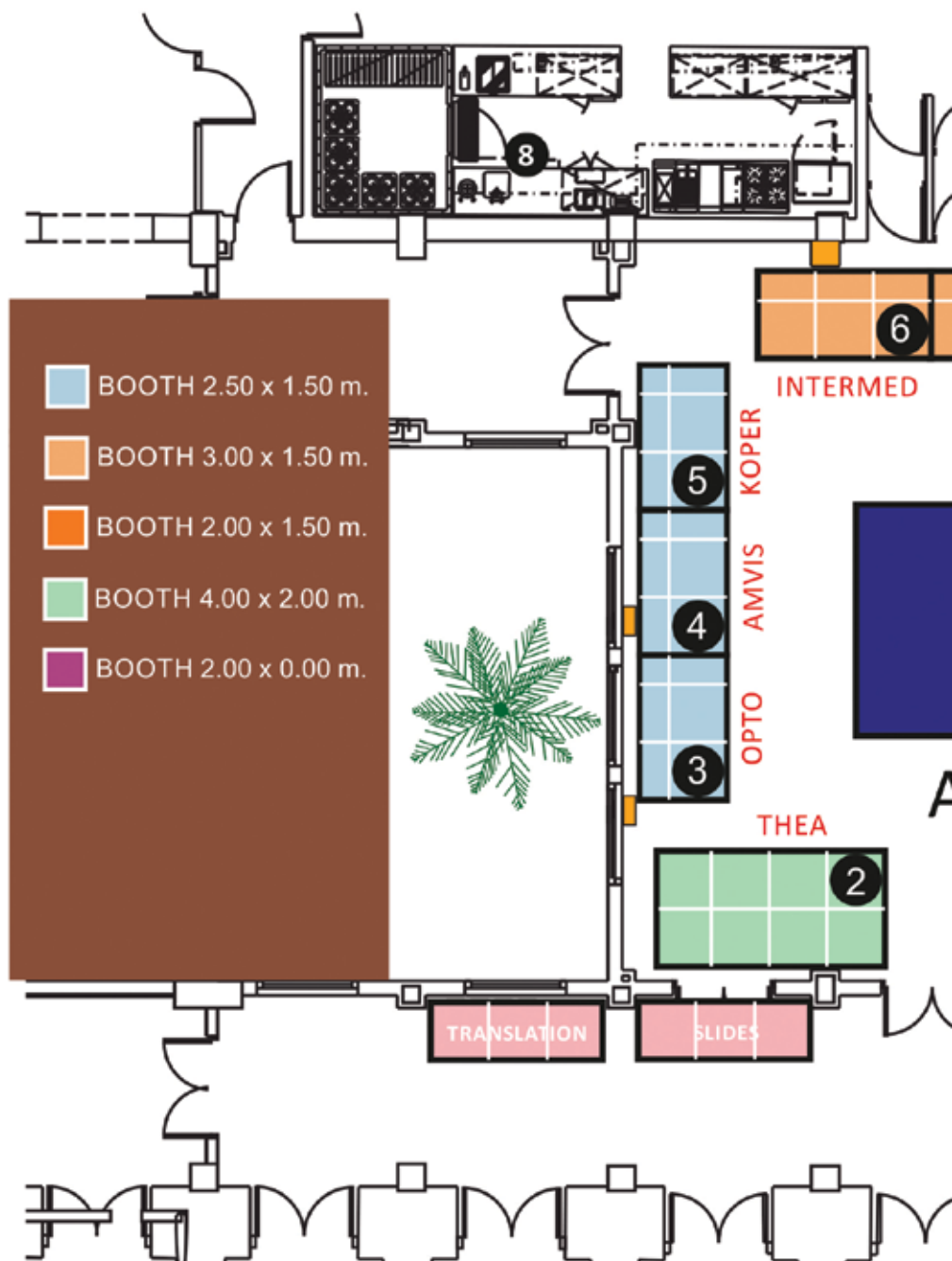


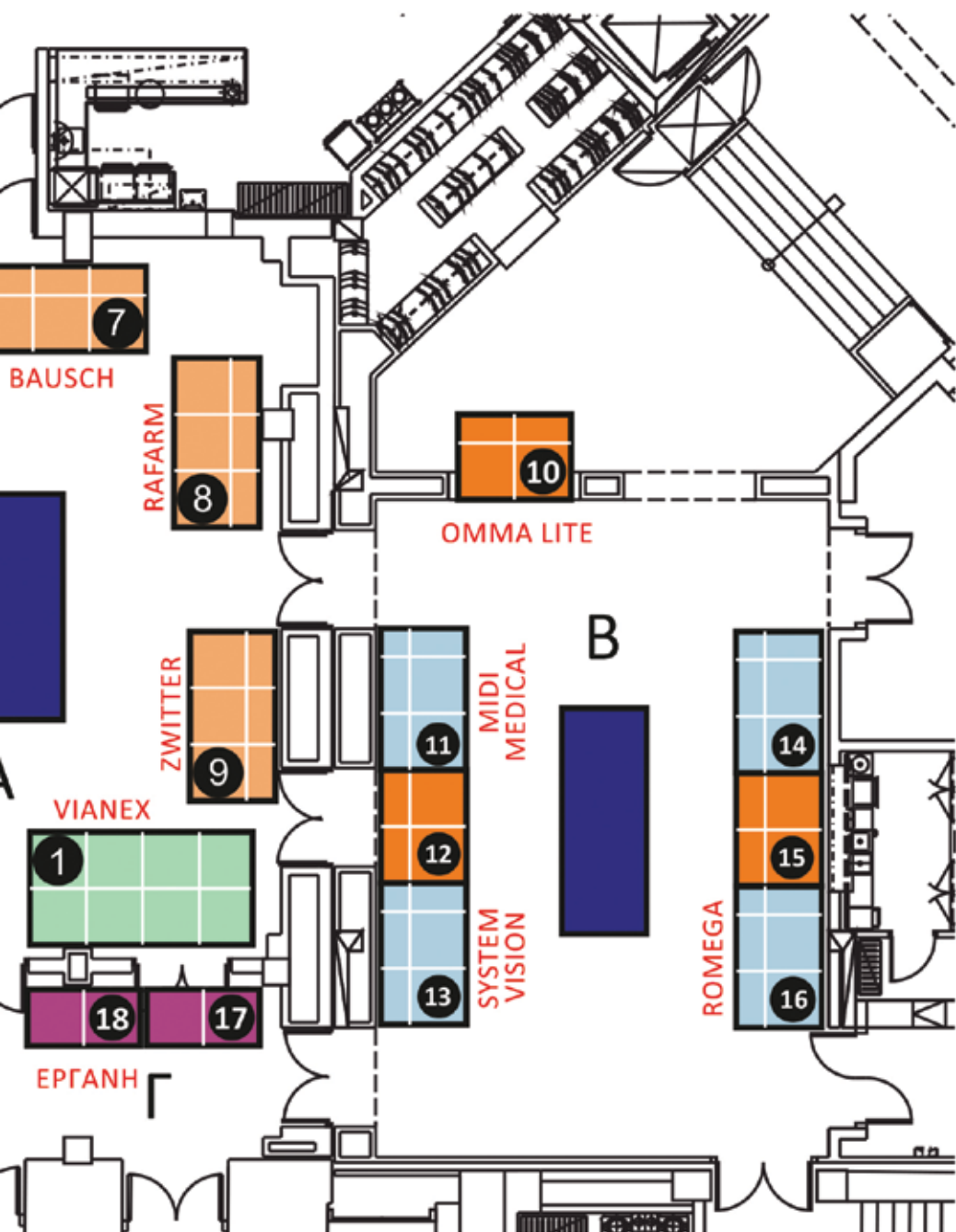




# ΚΑΤΟΨΗ ΕΚΘΕΣΗΣ

# ΚΑΤΟΨΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΕΚΘΕΣΙΑΚΟ ΠΛΑΝΟ ΑΙΘΟΥΣΩΝ Α-Β-Γ)





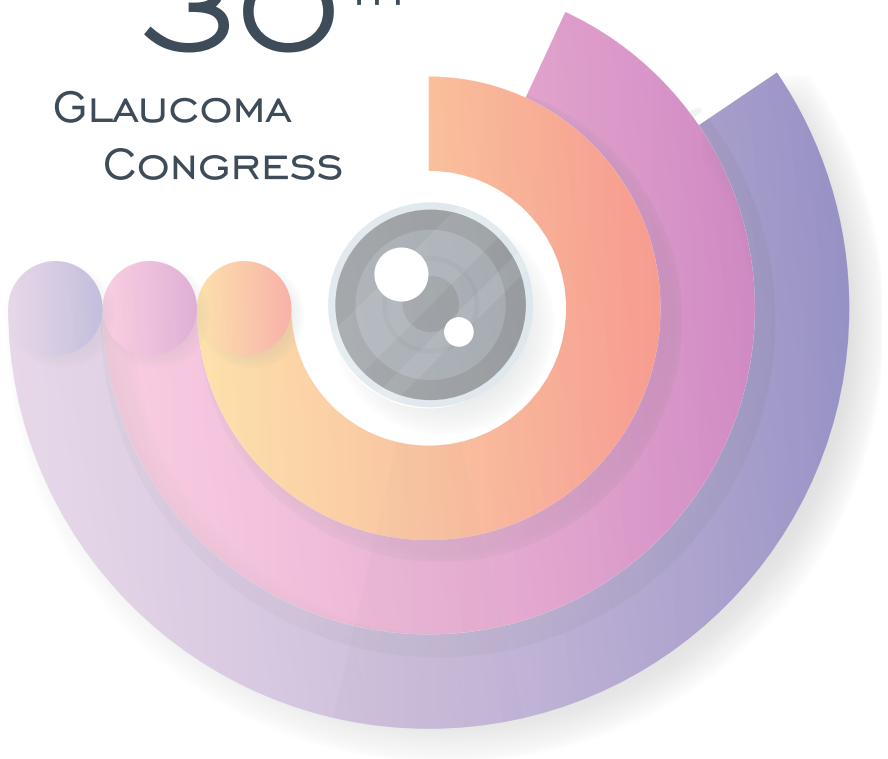






30<sup>TH</sup>

GLAUCOMA  
CONGRESS





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

30<sup>TH</sup>  
GLAUCOMA  
CONGRESS



*Celebrating 30 Years of continuing education*

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ & ΕΙΚΑΣΤΙΚΩΝ

Σ. ΠΑΠΑΔΕΔΕ

WWW.GREEKGLAUCOMASOCIETY.ORG