

DEĞİŞİK DAKRİYOSİSTORİNOSTOMİ YÖNTEMLERİNİN POSTOPERATİF SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

The evaluation of postoperative results of different dacryocystorhinostomy methods

Hakkı Doğan¹, Kuddusi Erkılıç², G Ertuğrul Mirza³

Özet: Kliniğimizde değişik yöntemlerle tedavi edilen kronik dakriyosistitli 127 hasta farklı ameliyat tekniklerinin geç dönem sonuçları bakımından yeniden değerlendirildi. Hastalar 1-5.5 yıl takip edildi. Bu hastalardan 34'üne Kinosian tipi dakriyosistorinostomi ve Foley sonda, 70'ine Kinosian tipi dakriyosistorinostomi ile birlikte silikon sonda ve 23'üne Toti tipi dakriyosistorinostomi uygulandı. Kinosian ameliyatı ve foley sonda uygulanan hastaların 25'inde (% 80.6), Kinosian ameliyatı ve silikon tüp uygulanan hastaların 60 (% 85.7) ında, Toti yöntemi ile dakriyosistorinostomi uygulanan hastaların ise 23 (% 100)'ünde rinostomi yerinin açık olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Kronik dakriyosistit, Dakriyosistorinostomi, Kinosian metodu, Toti metodu

Summary: We re-evaluated our patients with chronic dacryocystitis who were operated on different dacryocystorhinostomy methods . The patients were followed in the course of 1 - 5.5 years. We performed modified type Kinosian dacryocystorhinostomy with silicon catheter application in 70 patients. We have noticed 85.7 % success rate in 60 patients after this method in late phase. We performed dacryocystorhinostomy operation by Kinosian's method on 34 patients and inserted Foley silicone catheter to the lacrimal sac space and rhinostomy site as a stent . We have noticed 80.6 % success rate in 25 patients by this method in late phase. We performed dacryocystorhinostomy operation by Toti's method on 23 patients . We found that the technique is succesful in 23 (100 %) patients in late phase.

Key Words: Chronic dacryocystitis, Dacryocystorhinostomy, Kinosian's method, Toti's method

Kronik dakriyosistitli hastaların tedavisi M.Ö. 1800 yıllarında Hammurabi dönemine dayanır. Daha sonraları M.Ö. 25 - M.S. 50 yıllarında Celsus , 2. yy da Archigenes keseyi ve drenaj yollarını yakarak , kostik maddelerle tahrip ederek delikler açıp pasajı açık tutmaya çalışmışlardır (1). Dominique Anel (1679 - 1730) ve L. Dupuy - Dutemps'in dakriyosistilerde cerrahi tedaviyi uyguladıkları bilinmektedir (2-4). Toti 1904 yılında eksternal dakriyosistorinostomiyi tanımlamış, 1921 yılında Dupuy - Dutemps Bourget kese iç duvarı ile burun mukozasını birleştirmiş, Bonacolto ise tüplü dakriyosistorinostomi tekniğinden bahsetmiştir (1,3). Bugün de bu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Göz Hastalıkları. Doç.Dr.¹, Y.Doç.Dr.², Prof.Dr.³.

Geliş tarihi: 27 Mart 1996

metodlarla gözyaşı boşaltım yolları tıkanıklıkları tedavi edilmektedir.

Kliniğimizde değişik metodlarla yapılan dakriyosistorinostomi ameliyatlarının geç dönem sonuçlarını değerlendirmek amacı ile bu çalışmayı yaptık.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde kronik dakriyosistit tanısı konan hastalar sinüzit, konka hipertrofisi, septum deviyasyonu , polip, rinit gibi kulak burun boğaz hastalıkları yönünden değerlendirildi. Hastalardaki pürülan sekresyon azalana kadar antibiyogram sonucuna göre nazolakrimal kanal (NLK) lavajı yapıldı .

NLK lavajlarından sonra Urografin® veya Lipiodol® ile kese filmi çekilerek kesenin ve kanaliküllerin durumu değerlendirildi.

Hastaların derecelendirilmesi sırasında tablo 1 de görülen Yağmur ve arkadaşlarının (5) kullandığı kriterleri kullandık. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Khi - kare ve Fisher'in kesin Khi - kare testini uyguladık.

Değiştirilmiş Kinonian yönteminde; genel anestezi altında ameliyata alınan hastalara iç kantal ligamentin 2 mm yukarı ve 0.5 mm nasal kesiminden başlayan ve orbita nasal ve alt kenarına doğru 10 mm uzunluğunda cilt kesisi yapıldıktan sonra künt diseksiyon ile gözyaşı kesesine ulaşıldı. Daha sonra kese boyunca ve fundus korunacak şekilde insizyon yapılarak kesenin iç duvarı makas ile kesilerek çıkarıldı. Rasp ile burun boşluğuna girildi ve Kerisson punch ile kemik ve nasal mukoza çıkarılarak 15 mm genişliğinde pencere açıldı. Hastalardan bir kısmına Visitec - 5012® çift sondalı silikon tüp ve kesenin fundus bölgesine vazelinli ekstrafor yerleştirildi. Diğer bir kısmına ise 8 nolu Foley sonda uygulandı. Kese duvarının orbital kısmı orbiküler kasa ve periosta suture edildi. Foley sonda ameliyattan 21 gün sonra, silikon sonda ise beşinci ayın sonunda alındı. Hastalara ilk üç gün hergün, sonra 15 günde bir lavaj yapıldı. Üçüncü ve altıncı aylarda ve daha sonra da yılda bir kere kontrole çağırıldılar.

Toti tekniği uygulanan hastalar genel anestezi altında ameliyata alındı. Hastalara iç kantal ligamentin 2 mm yukarı ve 0.5 mm nasal kesiminden başlayan ve orbita nasal ve alt kenarına doğru 10 mm uzunluğunda cilt kesisi yapıldıktan sonra künt diseksiyon ile gözyaşı kesesine ulaşıldı. Lakrimal kemik Tur ile alındıktan sonra 3 x 3 mm genişliğinde pencere açıldı. Burun mukozası ile lakrimal kemik arasına girilerek mukoza dekole edildikten sonra Kerisson punch ile lakrimal kemikteki pencere 15 mm genişliğe ulaştırıldı. Mukozal kanama Surgi-cell ve adrenalini tamponlar ile kontrol edildikten sonra, önce kese duvarına H şeklinde kesi yapılarak üst taraftaki kenar 6/0 suture ile tutularak ekarte edildi. Aynı şekilde burun mukozası da H

şeklinde kesilerek kesenin alt kenarı ile burun mukozasının alt kenarı 6/0 Vicryl® ile suture edildikten sonra kese boşluğuna vazelinli ekstrafor yerleştirildi. Kese ve burun mukozasının üst kenarları karşılıklı suture edildi. Cilt ve cilt altı kapatıldı.

BULGULAR

Hastalardan 34'üne Kinonian tipi dakriyosistorinostomi (DSR) ameliyatı ve 8 nolu Foley sonda uygulandı (6). Bu hastaların yaşları 17 - 63 yıl arasında (ortalama 35.5 ± 7 yıl) idi. Bunların 3'ü erkek, 31'i kadındı. Hastaların 12 aylık takiplerinde 31 (% 91.1) hastada rinostomi yeri açıkken, 3 (% 8.9) hastada rinostomi yeri tıkalı idi. Kayıtlarımız 4.5 yıl sonra yeniden incelendiğinde bunlardan 25 (% 73.5) nin DSR yerlerinin açık ve 9 (% 26.4) unun tıkalı olduğu saptandı.

Yetmiş hastaya Kinonian metodu ile birlikte silikon sonda uygulandı (7). Hastaların yaşı 8 - 65 yıl (ortalama 63.6 ± 11.9 yıl) arasında idi. Bunların 8'i (11.4) erkek, 62'si (% 88.6) kadındı. Dokuz aylık süre içerisinde hastalardan % 95.8 nin DSR yerinin açık olduğu saptanmışken, 4 yıl sonraki dosya incelemesinden bunların % 85.7 sinin DSR yerinin açık olduğu saptandı.

Tablo 1' de görüldüğü gibi, hastalarımızın % 66.9' u 2. derece, % 27.5' u 3. derece ve % 5.5' u 4. derecede idi.

Tablo 2'de hastaların cinslere dağılımı görülmektedir. Buna göre kadınların erkeklerden fazla olduğu (kadın / erkek oranı: 8.76) saptanmıştır.

Tablo 3'te Kinonian yöntemi ve Silikon tüp uygulanımı ile Kinonian yöntemi ve Foley sonda uygulanımı görülmektedir. Buna göre iki yöntem ile elde edilen sonuçlar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Tablo 4'te görüldüğü gibi Toti yöntemi, Kinonian yöntemi ve Foley sonda uygulanmasına göre daha etkili bir yöntemdir.

Tablo 5 'de Toti yönteminin Kinonian yöntemi ve silikon sonda uygulanmasına göre daha etkili bir yöntem olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Tablo 6'da kulak burun boğaz patolojileri görülmektedir . Hastaların % 55.9 unda sinüzit , % 14.9 unda septum deviyasyonu , % 9.4 ünde konka hipertrofisi , % 3.1 ünde polip mevcut iken % 16.5' inin normal olduğu saptanmıştır.

Komplikasyonların istatistiksel incelemesinden mukoza dekolmanının Kinonian metodu uygulanan

hastalarda Toti tekniğine göre daha fazla olduğu saptandı ($X^2 = 4.399$, $X^2 = 15.39$ ve $p < 0.05$). Diğer komplikasyonlar istatistiksel olarak önemli olmamakla beraber silikon tüp ve Foley sonda uygulanan hastalarda görüldü, Toti yönteminde ise komplikasyona rastlanmadı (Tablo 7).

Hastalığın üst solunum yolları enfeksiyonunun ve patolojilerinin sık olduğu kış , sonbahar ve ilkbahar mevsiminde sık olarak meydana geldiği saptandı (sırası ile $X^2 = 65.690$, $X^2 = 49.108$ ve 26.390 ve $p < 0.05$) (Tablo 8) .

Tablo 1. Hastaların derecelendirilmesi

Derece	n	%	Bulgular
0	-	-	Epifora yok , lavajla açık
1	-	-	Arasıra epifora , lavajla açık
2	85	66.9	Epifora ve kronik enfeksiyon var , lavajla geçiş var.
3	35	27.5	Epifora ve kronik enfeksiyon var , lavajla kanal tıkalı .
4	7	5.5	Epifora ve akut enfeksiyon var , lavajla kanal tıkalı .

Tablo 2. Hastaların cinslere göre dağılımı

Ameliyat tipi	Kadın		Erkek		Toplam
	n	%	n	%	
KF	31	91.7	3	8.8	34
KS	62	88.6	8	11.4	70
Toti	21	91.3	2	8.6	23

KS = Kinonian + Silikon tüp uygulaması , KF = Kinonian + Foley sonda uygulaması

Tablo 3. Kinonian tipi dakriyosistorinostomi sonuçları

Sonuç	KF		KS		Toplam
	n	%	n	%	
Açık	25	73.5	60	85.7	85
Tıkalı	9	26.4	10	14.2	19

KF = Kinonian + Foley sonda uygulaması . KS = Kinonian + silikon tüp uygulaması .
($X^2 = 1.533$ ve $p > 0.05$)

Tablo 4. KF ile Toti tipi dakriyosistorinostomi sonuçları

Sonuç	KF		Toti		Toplam
	n	%	n	%	
Açık	25	73.5	23	100	48
Tıkalı	9	26.4	-	-	9

KF = Kinonian + Foley sonda uygulaması (p < 0 .005).

Tablo 5. KS ile Toti tipi dakriyosistorinostomi sonuçları

Sonuç	Toti		KS		Toplam n
	n	%	n	%	
Açık	23	100	60	85.7	85
Tıkalı	-	-	10	14.2	19

KS = Kinonian + Silikon tüp uygulaması (p < 0 .005).

Tablo 6. Burun patolojileri

Patolojinin cinsi	Sayı	%
Konka hipertrofisi	12	9.4
Polip	4	3.1
Septum deviyasyonu	19	14.9
Sinüzit	71	55.9

Tablo 7. Ameliyat komplikasyonları

Komplikasyonlar	KF		KS		Toti	
	n	%	n	%	n	%
Peroperatif						
Aşırı kanama	5	14.7	4	5.7	-	-
Kanalikül yırtılması	-	-	15	21.4	-	-
Mukoza dekolmanı	10	29.4	15	21.4	-	-
Orbita yağ dokusu prolapsusu	2	5.8	3	4.2	-	-
Punktumlar arası yapışıklık	-	-	3	4.2	-	-
Septum perforasyonu	-	-	3	4.2	-	-
Postoperatif						
Slikon tüpün korneaya sürtmesi	-	-	8	11.4	-	-
Tıkanma	9	26.4	10	14.2	-	-
Tüp kopması	-	-	5	7.1	-	-

KF = Kinonian + Foley sonda uygulaması.

KS = Kinonian + Silikon tüp uygulaması.

Tablo 8. Mevsimler ile kronik dakriyosistitin ilişkisi

Mevsimler	n	%	Mevsimler	n	%
İlkbahar	17	13.8	Sonbahar	30	23.6
Yaz	10	7.8	Kış	70	55.1

Tablo 9. Yurdumuzdaki dakriyosistorinostomi sonuçları

Araştırmacılar	Operasyon tipi	Hasta sayısı	Başarı (%)
Aytek	Kinosian	40	87.5
Aytek - Özkan	Kinosian	207	96
Baltacı ve ark.	Kinosian	60	90
Doğan ve ark.	Kinosian	34	91.1
Doğan ve ark.	Kinosian	70	95.8
Duman ve ark .	Toti	300	99.6
İlker ve ark .	Toti	52	87.5
Mirzataş	Toti	102	90
Tanrıverdi	Toti	40	85
Yüksel ve ark .	Balon DS-plasti	61	56
Zilelioğlu - Özdemir	Toti	278	90
Zilelioğlu ve ark .	Endoskopik DSR	37	75

TARTIŞMA

Tablo 1 de görüldüğü gibi , hastalarımızın büyük bir kısmını kadınların oluşturduğu saptanmıştır . Kronik dakriyosistitin kadınlarda erkeklere göre 3 - 8 misli daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (6-20). Doğan ve arkadaşları (21) kadınlarda dakriyosistitin sık görülmesinin nedeninin burun yapısı ve nasal indekslerdeki farklılıkla ilgili olduğunu belirtmektedirler.

Tablo 2 de değişik metodlarla birlikte uygulanan Kinosian tipi dakriyosistorinostomi ameliyatı sonuçları görülmektedir. Metodlar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Farklı araştırmacılar dakriyosistorinostomi ameliyatları ile ilgili olarak farklı sonuçlar belirtmektedirler. Ünal ve arkadaşları (22) , Holmium: YAG laser endoskopik cerrahi yöntemi ile DSR ameliyatı uyguladıkları hastalarda oluşan cerrahi travmanın hemostazı sağlamak bakımından etkili olduğunu ve kemik ve mukoza

ablasyonunun mükemmel olduğunu belirtmektedirler. Zilelioğlu ve arkadaşları (19) endoskopik transnasal dakriyosistorinostomi uyguladıkları ve ortalama 10 (4 - 17) ay takip ettikleri 37 hasta da % 75 oranında başarı sağladıklarını belirtmektedirler. Bunun yanısıra aynı araştırmacılar, Mitomisin C ® ile birlikte endoskopik cerrahi uygulanan hastalarda % 83.3 oranında başarı elde ettiklerini belirtmekte, endoskopik cerrahide cilt kesisinin olmamasını bir üstünlük olarak sunmaktadırlar, ancak endoskopik cerrahide klasik DSR ameliyatlarının başarısına ulaşamadığını belirtmektedirler (19) . Yılmaz ve arkadaşları (23) ise 17 kişilik bir hasta grubunda endoskopik yöntemlerle DSR yaptıklarını , bu yöntemle yapılan DSR ameliyatında cilt ensizyonunun olmamasının ve aynı seansta burun patolojilerinin düzeltilebilmesinin klasik yöntemlere göre bu yöntemin bir üstünlüğü olduğunu belirtmektedirler . Yüksel ve arkadaşları (20) ise, 69 hastanın 80 gözüne balonlu dakriyosistorinostomi

yaptıklarını, kısmi tıkanıklık olan 19 hastada % 100 başarı sağladıklarını ve tam tıkanıklık olan 61 hastada % 75 oranında başarı sağladıklarını belirtmektedirler. Hastaları 12.8 ay takip ettiklerini bu dönem sonunda ise kısmi tıkanıklık olan hastalardaki başarının % 100, tam tıkanıklık olan hastalarda ise % 56 oranında olduğunu belirtmektedirler.

Tablo 3 ve tablo 4 te, değişik metodlarla birlikte uygulanan Kinonian tipi DSR ile Toti tipi DSR ameliyatı sonuçları görülmektedir. Kinonian tipi DSR ameliyatı sonuçlarının Toti yöntemine göre daha başarısız oluşu saptanmıştır. Bunun nedeni; (a) Kinonian tipi ameliyat yönteminde meydana gelen mukoza dekolmanı ve mukozanın iyi kesilememesi. (b) Ameliyat sırasında aşırı derecede kanamanın olması. (c) Ameliyattan sonraki dönemde mukozanın ilerleyerek rinostomi sahasını tıkamasıdır. Halbuki Toti tipi DSR ameliyatında kese ile burun mukozası birleştirildiği için mukozanın ilerleyerek rinostomi yerini tıkaşa şansı yoktur. Mukoza dekolmanı söz konusu olmamakta, ameliyat sırasında adrenalinli tamponlar ile kanama kolayca kontrol altına alındığı için daha rahat çalışılabilmektedir.

Hastaların % 83.5'inde değişik tipte burun patolojisi bulunduğu bu hastalardan ancak % 16.5'inin normal bulunduğu, saptanmıştır (tablo 5). Bu patolojiler arasında sinüs enfeksiyonları başta olmak üzere, septum deviasyonları ve konka hipertrofisi önemli yer tutmaktadır. Mevcut rahatsızlıkların zamanında düzeltilmesi kronik dakriyosistit gelişimini azaltacağı gibi, ameliyat başarısı üzerinde de etkili olmaktadır. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarının fazla olduğu kış, sonbahar ve ilkbahar aylarında çok iyi korunmakta yarar vardır.

Bu rahatsızlıklara bağlı olarak gelişen sinüs enfeksiyonlarının, mukozal konjesyonun kanal ağzında ödeme ve enfeksiyona yol açarak tıkanıklığa neden olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo 6' da ameliyat tipleri ve komplikasyonlar

görülmektedir. Buna göre Kinonian tipi DSR ameliyatlarında komplikasyonların fazla olduğunu, Toti tipi DSR ameliyatlarında ise komplikasyonla karşılaşmadığımızı belirtmekte yarar vardır. Toti ameliyatı Kinonian yöntemine göre biraz daha zaman alıcıdır.

Kliniğimiz sonuçları literatürle uyumlu olup, Toti tipi dakriyosistorinostomi ameliyatının Kronik dakriyosistitli hastaların tedavisi için uygulanacak en iyi yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Son zamanlarda burun içerisinden endoskopik yöntemler ve Holmium: YAG laser uygulanarak yapılan DSR ameliyatları ile ilgili çalışmalar da yapılmaktadır (19,20,22,23). Endoskopik cerrahi ve Holmium: YAG laser uygulamalarının mukoza dekolmanı, aşırı kanama, ciltte estetik olmayan skar dokusunu önlemesi, septum perforasyonu ve orbita yağ dokusu prolapsusu gibi komplikasyonları da ortadan kaldıracığını düşünürsek klasik yöntemle göre avantajlı bir metod gibi görünmektedir, ancak başarı oranı düşük izlenmektedir.

Bazı araştırmacılar tarafından endoskopik cerrahi ile birlikte fibroblastik aktiviteyi azaltmak amacı ile rinostomi yerine Mitomisin C uygulamaları da yapılmıştır (19). Ancak bu yöntemin özel araç gerektirmesi, çalışma sahasının dar olması gibi dezavantajları mevcuttur.

DSR ameliyatlarının başarısı % 56 - 99.6 arasında değişmektedir (tablo 10) (1,6,7,11,13-19). Rinostominin açık olmasında, uygulanan metodlar yanında mevcut nazal patolojiler de etkili olabilmektedir. Başarıyı artırmak için; (1) Ameliyat öncesi burun patolojileri giderilmeli. (2) Ameliyat sırasında kanama iyi kontrol edilmeli ve mukoza dekolmanı önlenmeli. (3) Kesi yerleri uygun şekilde birleştirilmelidir. Ayrıca Mitomisin C gibi fibroblastik aktiviteyi azaltıcı ilaç uygulaması yanısıra endoskopik yöntemler ve Holmium: YAG laserin birlikte kullanılması gibi metodların geliştirilmesinin de yararlı olacağı karnsındayız.

KAYNAKLAR

1. Aytek M. Gözyaşı yolları hastalıklarının tedavisi . *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 1978; 8 : 260 - 262 .
2. Barslar C , Çingül G ve Candaş A. Dakriyosistorinostomi ameliyatları ve neticeleri . XII . *Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi . Kardeş Matbaası , Ankara 1979, ss 275 - 277 .*
3. Duke - Elder SS. *System of Ophthalmology*. Henry - Kimpton, London 1974 , vol XIII, pp 675 - 744 .
4. Dürük K. Dakriyosistorinotomi. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 1982 ; 17 : 443 - 452
5. Yağmur M , Ersöz R , Mürşitoğlu M ve ark. Dakriyosistit cerrahisinde nazolakrimal tüp implantasyonu. XII. *Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni* .1988 ; 2 : 629 - 635 .
6. Doğan H , Ekinciler ÖF , Hepşen İF ve ark. Kinonian tekniği ile yapılan dakriyosistorinostomi ameliyatlarında balonlu sonda (Foley) uygulaması . *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 1991; 21 : 523 - 526
7. Doğan H , Ekinciler ÖF , Mirza GE ve ark . Kronik dakriyosistitli hastalarda modifiye Kinonian tekniği ile birlikte çift sondalı silikon tüp uygulama sonuçlarımız. *Erciyes Tıp Dergisi* 1991; 13 : 375 - 384 .
8. Andaç K , Matay N ve Günhan Ö . Kinonian ameliyatında endonazal patoloji. XVI . *Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni* . İzmir 1982 , ss 329 - 333
9. Keskinbora K. Dakriyosistit cerrahisinde plastik tüp kullanılması. *Türk Oftalmoloji Derneği XXIV . Ulusal Kongresi Bülteni Cilt 2 . Ankara 1990 , ss 26 - 27*
10. Aytek M ve Özkan S. Hacettepe Göz Kliniğinde 200 dakriyosistorinostomi ameliyatında alınan sonuçlar ve yenilikler . X .*Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni* . Ankara 1976, s 649 .
12. Duman S , Kasım R ve Türker O. 300 olguluk bir seride dakriyosistorinostomi ameliyatı sonuçları. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 1982 ;12 : 298 - 301.
13. Baltacı A , Ekinciler ÖF, Mirza GE ve ark . Modifiye Kinonian tekniği ile yapılan dakriyosistorinostomiler. *Erciyes Tıp Dergisi* 1990 ; 12 : 170 - 178 .
14. Başarer T . Kronik dakriyosistitli hastalarda seks ve dakriyosistorinostomi neticeleri ile ilgili bir araştırma. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* .1977 ; 7 : 101 - 108 .
15. İlker SS ,Tuncer K , Sobacı G ve ark. Nasolakrimal kanala tüp uygulaması. *Türk Oftalmoloji gazetesini* 1991; 21 : 194 - 196 .
16. Mirzataş Ç. Gözyaşı yolları hastalıkları. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* . 1978 ; 8 (4) : 247 - 259 .
17. Tanrıverdi A. Dakriyosistorinostomide sonuçları etkileyen unsurlar. XIV *Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni* . İstanbul 1980, ss 133 - 139 .
18. Zilelioğlu O, Özdemir Ö. Kliniğimizde yapılan dakriyosistorinostomi ameliyatlarının geç sonuçları . A.Ü. Göz Kliniği Yıllığı 1980 ; 32 : 138 - 139 .
19. Zilelioglu G , Uğurbaş SH , Anadolu Y ve ark. Endoskopik transnazal dakriyosistorinostomide mitomisin C. *Türk Oftalmoloji Derneği XXIX. Ulusal Kongresi. Antalya 1995 .*
20. Yüksel D , Ünal M , Ilgıt E ve ark. Balon dakriyosistorinoplastinin geç sonuçları . *Türk Oftalmoloji Derneği XXIX. Ulusal Kongresi. Antalya 1995 .*
21. Doğan H , Bozkır M , Uysal E ve ark. Burun indeksleri ve boyutlarının kronik dakriyosistit gelişimindeki rolü . *Yeni Tıp Dergisi* 1994 ; 11(2) : 15 - 21 .
22. Ünal M , İleri F , Hasanreisioğlu B. Holmium : YAG laser : endonazal dakriyosistorinostomi (ön çalışma) .*Türk Oftalmoloji Derneği XXIX. Ulusal Kongresi. Antalya 1995 .*
23. Yılmaz SO , Eryaman E , Keskinbora K ve ark. Endoskopik dakriyosistorinostomi. *Türk Oftalmoloji Derneği XXIX . Ulusal Kongresi., Antalya 1995 .*