

# Submandibular Tükürük Bezi Taşı: Üç Olgu Raporu

## *Submandibular Gland Sialolithiasis: Report of Three Cases*

Cem ÜNGÖR\*, Sibel TURALI\*\*, Hakan KURT\*\*\*

### Özet

Sialolithiasis, tükürük bezi tıkanıklarının en sık karşılaşılan nedenidir. Genellikle submandibular bezde görülmekle birlikte çoğunlukla bez parenkiması ve daha sıklıkla sekretuar kanalda yer almaktadır. Tedavi yöntemi sıklıkla tükürük bezi taşının cerrahi eksizyonudur. Bu olgu raporunda sialolithiasis tanısı koyulmuş üç hastanın tedavisi sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sialolithiasis, tükürük bezi, submandibular, cerrahi eksizyon

### Abstract

Sialolithiasis is the most common cause of salivary gland obstruction. Although it is located in submandibular gland mostly, it is seen in secretory canal more frequently. Surgical excision is the most preferred treatment modality. In this report, treatment of three patients who were diagnosed with sialolithiasis was presented.

**Key Words:** Sialolithiasis, salivary gland, submandibular, surgical excision

\* Dr. Dt., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\* Dt., Ankara Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\*\* Dt., Ankara Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

Sialolithiasis, tükürük bezlerinin en sık karşılaşılan hastalığıdır. Erişkin popülasyonda tahmini görülme sıklığı %1,2 olmakla birlikte erkeklerde biraz daha fazla görülmektedir. Tükürük bezi taşlarının % 80'den fazlası submandibular bezde görülmekle birlikte çoğunlukla bez parenkiması ve daha sıklıkla sekretuar kanalda yer almaktadır.<sup>1</sup>

Sialolithiasis değişen oranlarda organik ve inorganik maddeden oluşur. Organik maddeler, glikoproteinler, mukopolisakaritler ve sellüler debristir. Başlıca inorganik maddeler kalsiyum karbonatlar ve kalsiyum fosfatlardır. Kalsiyum, magnezyum ve fosfat iyonlarının her biri %20-25 oranında bulunurken kalanını diğer mineraller (manganez, demir, bakır) oluşturur. Kimyasal kompozisyon mikrokristalin apatit ( $Ca_5[PO_4]_3OH$ ) veya whitlockit'ten oluşmaktadır ( $Ca_3[PO_4]$ ).<sup>2,3</sup> Apatit taşın her yerinde en sık bulunan bileşik olduğu halde whitlockit daha çok taşın çekirdeğinde bulunmaktadır. Formasyon kalsiyum ve fosfor konsantrasyonlarına bağlıdır ve düşük konsantrasyonlar apatit, yüksek konsantrasyonlar whitlockit oluşumuna yol açar. Brushite and weddellite dahil daha az miktarda bulunan kristal formları tükürük taşlarının periferinde yer almaktadır. Bu yapıların remodellingi takiben apatite dönüşecek olan kalsiyum depozisyonları olabileceği düşünülmektedir.<sup>4,5</sup>

Sialolithiasisin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte bu konuda çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Birinci hipoteze göre intrasellüler mikrokalkülüsün varlığı daha çok kalsifikasyon oluşmasına zemin hazırlamaktadır. İkinci hipoteze göre ise oral kavitedeki besinler, maddeler veya bakteriler tükürük bezi kanallarına göç edip kalsifikasyonda artışa neden olmaktadır. İki hipotez de başlangıçta var olan organik besinin inorganik ve organik tabakaların yığılmasıyla arttığını varsaymaktadır.<sup>4</sup>

Bu çalışmada, üç hastada görülen submandibular tükürük bez kanalı sialolithiasis olgusu ve hastalığın tedavisi sunulmaktadır.

### Olgu 1

Elli dört yaşında kadın hasta Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na sağ submandibular bölgede dört aydır süregelen ağrısız şişlik şikayeti ile başvurmuştur. İntraoral muayenede sağ Wharton kanalında sert kitle hissedilmiş ve tükürük salgısında azalma gözlenmiştir. (Şekil-1) Oklüzal radyograf ile, Wharton kanalı içinde uzanan radyopak ve silindirik tükürük bezi taşı tespit edilmiştir. Lokal anestezi altında 5-6 mm'lik

taş dikkatli disseksiyon ile eksize edilmiştir. (Şekil-2) Submandibular tükürük bezi korunmuştur. Hasta operasyondan 15 gün sonra yeniden değerlendirme için tekrar çağırılmıştır. Bu değerlendirmede submandibular bez normal bulunmuş ve berrak tükürük akışı gözlenebilmiştir. Cerrahi işlemden sonraki bir yıllık takipte hastada kserostomi belirtisi bulunamamış ve tükürük akışı normal seviyede gözlenmiştir.



Resim 1: Tükürük bezi taşının ağız içi görünümü



Resim 2: Tükürük bezi taşının görünümü

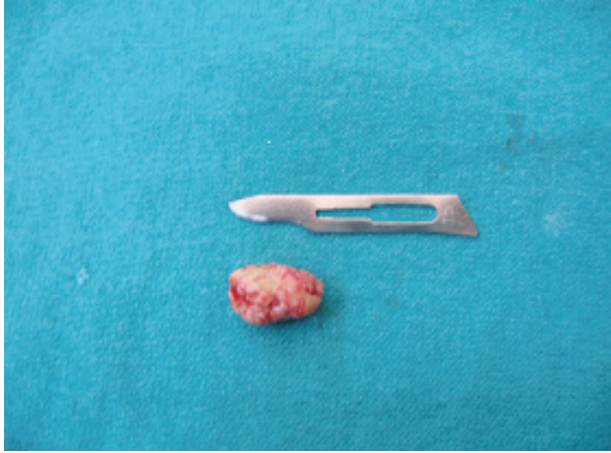
### Olgu 2

Elli iki yaşında kadın hasta, ağız tabanının ön bölümünde oluşan, sert, ağırlı ve pürülan akıntılı şişlik nedeniyle pratisyen hekimi tarafından Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Preoperatif olarak antibiyotik ile medikal tedavi yapılmıştır. Ekstraoral muayenede palpe edilebilir bir sağ submandibular bez ve intraoral muayenede submandibular bez bölgesinde, ağız tabanının anterior bölümünde büyük, sert şişlik tespit edilmiştir. Alt çeneden elde

edilen oklüzal radyografide, sağ alt birinci molar diş hizasından arkaya uzanan radyopak kitle belirlenmiştir. (Şekil-3) Sağ submandibular tükürük bezi kanalında taş teşhisini takiben bir sonraki randevuda mevcut taş lokal anestezi altında keskin diseksiyonla çıkarılmıştır. Çıkarılan taşın en geniş yerinde uzunluğu 16 mm ölçülmüştür. (Şekil-4) Sağ submandibular üçgündeki şişlik ve taşın boyu dolayısıyla hasta iki hafta boyunca kontrol altında tutulmuş ve bezin tükürük fonksiyonu gözlenmiştir. Kontrollerde sağ submandibular bez palpe edilebilmiş ve masajla kanaldan berrak tükürük çıkışı gözlenmiştir.



Resim 3: Tükürük bezi taşının radyografik görünümü



Resim 1: Tükürük bezi taşının görünümü

### Olgu 3

Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda görülmüştür. Hastanın başlıca şikayeti ağız tabanının sağ tarafında iki senedir bulunan ağrılı şişlik iken hikayesinde başka bir anormal bulguya rastlanmamıştır. İntraoral muayenede,

yumuşak, ödematöz, hassas, komşu mukozada renk değişikliği göstermeyen şişliğe hafifçe bastırıldığında beyazımsı ve kokusuz materyal elde edilmiştir. Oklüzal radyografide Wharton kanalında lokalize mineralize kitle gözlenmiştir. Rejijyonel anestezi altında tükürük bezi taşı dikkatlice çıkarılmış ve sert, sarı, 8 mm uzunluğunda materyal elde edilmiştir. Submandibular tükürük bezi rezeke edilmemiştir. Tükürük bezi taşının cerrahi eksizyonunu takip eden iki yılda hastada sialoadenit veya ağız kuruluğuna ait bulgu ve semptomla rastlanmamış, normal, kesintiye uğramamış tükürük akışı gözlenmiştir.

### Tartışma

Sialolithiasis tükürük bezi hastalıklarının en sık görülen rahatsızlıklarındandır ve tükürük bezi disfonksiyonunun majör nedenidir. Submandibular bezde tükürük akımının düşük hızda, yüksek kalibrasyonda ve yer çekimine karşı olması; salgının daha alkalın olması, yüksek müsin ve kalsiyum içeriği nedeniyle taş oluşumu diğer tükürük bezlerinden daha sıktır. Sialolithiasis semptomları sıklık sırasına göre; ağrılı şişlik %59, ağrısız şişlik %29, sadece ağrı %12 olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte submandibular sialolithiasis hastaları semptomatik olmayabilir<sup>6</sup>.

Tükürük bezi taşlarının tedavisinde, bez ekstirpasyonundan bez korumaya yönelik cerrahi veya litotripsi, girişimsel radyoloji ve sialoadenoskopi gibi minimal invaziv tekniklere kadar değişen yöntemler vardır. Bu yöntemlerin tercih edilmesinin sebebi obstrüksiyon giderildikten sonra bu bezlerin sekretuar fonksiyonlarının düzelmesidir. Bu bulgular elde ettiğimiz sonuçlar ile de uyumludur. Her ne kadar etkilenmiş submandibular bezin fonksiyonu etkilenmemiş beze göre azalmış da olsa taşın çıkarılmasından sonra fonksiyonda artış meydana gelmektedir<sup>1,5</sup>.

Kanigsberger ve arkadaşları<sup>7</sup> ve Yoshizaki ve arkadaşları<sup>10</sup> tükürük taşlarının endoskopi eşliğinde yapılan intrakorporeal litotripsisinin sialolithiasis için noninvasiv bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini bildirmişlerdir.

Azaz ve arkadaşları<sup>5</sup> ve Lustman ve arkadaşları<sup>9</sup> CO<sub>2</sub> lazerle tedavinin, neredeyse hiç kanamasız, minimal skarlı, operasyon sahasının rahat görüşü, temassız cerrahi ile akut fazlarda bile enfeksiyonu yaymadan yapılabilmesi, minimal post-operatif ağrı, ödem ve iyileşme döneminde daha az rahatsızlık hissi ile mükemmel sonuçlar sağladığını bildirmişlerdir.

Harring<sup>8</sup> tükürük bezi taşlarının mutlaka alınması

gerektiğini bildirmiştir. Lustman ve arkadaşları<sup>7</sup> da tıkaçıcı taşların intraoral cerrahi yaklaşım ile tedavi edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Kanaldaki veya bezdeki taşların transoral olarak çıkarılması bazı vakalarda özellikle palpe edilemeyen taşlar varlığında zor ve lingual sinire verilebilecek zarar açısından tehlikeli olabilmektedir<sup>1</sup>. bu çalışmada tüm hastalar transoral olarak tedavi edilmiş ve komplikasyonsuz iyileşmiştir.

Teşhiste ilk ayırım sialolithiasis ve sialoadenit arasında yapılmalıdır. Burada klinisyen iki ince güçlkle karşılaşır. Bunlardan ilki radyografide görülen taşın submandibuler kanalda olup olmadığının anlaşılmasıdır. Kanalın ön kısmında bulunan taşlar genelde palpe edilebilir ve oklüzal grafilerle rahatlıkla görü-

lebilirken kanalın başka yerlerinde bulunanlar için bu durum söz konusu değildir. Daha posteriora, özellikle kanalın bezden çıkış yerinde ya da milohiyoid kasinın arka kenarında yer alan taşlar, tüberküloz sekeli kalsifiye lenf nodları, flebolit, tonsillolit, hatta karotis bifurkasyonunun kalsifikasyonları gibi başka kalsifikasyonlarla kolayca karışabilmektedir. İkinci güçlük ise taşın, sıklıkla görülen sialoadenitle veya %10 oranında gözlenen tükürük bezi tümörleriyle ilişkili olup olmadığına karar vermektir.<sup>11,12</sup>

Submandibular bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile değerlendirilen hastalarda, submandibular tükürük bezi rahatsızlıkları teşhis için dikkatlice muayene edilmelidir. Taşın yeri ve konumuna göre de uygun tedavi seçeneği belirlenerek rahatsızlık giderilmelidir.

## Kaynaklar

1. Seifert G: Diseases of the Salivary Glands. Berlin, Springer-Verlag, 2000 p:224-228.
2. Ashby RA. The chemistry of sialoliths: stones and their homes. In: Norman JED, McGurk M, eds. Color Atlas and Text of the Salivary Glands: Diseases, Disorders, and Surgery. London, England: Mosby-Wolfe; 1995 p;122-125.
3. Yamamoto H, Sakae T, Takagi M, Otake S. Scanning electron microscopic and X-ray microdiffractometric studies on sialolith-crystals in human submandibular glands. Acta Pathol. Jpn. 34:47-53, 1984.
4. Anneroth G, Eneroth CM, Isacson G. Crystalline structure of salivary calculi: a microradiographic and microdiffractometric study. J. Oral Pathol. 4:266-272, 1975.
5. Azaz B, Regev E, Casap N, Chicin R. Sialolithectomy done with a CO2 laser: Clinical and scintigraphic results. J. Oral Maxillofac. Surg. 54:685, 1996.
6. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibular Sialolithiazise Yaklaşımımız. Yeni Tıp Derg. 26: 16-19, 2009.
7. Knigsberger R, Feyh J, Goetz N, Kastenbauer E. Endoscopically controlled electrohydraulic intracorporeal shock wave lithotripsy (EISL) of salivary stones. J. Otolaryngol. 22:12, 1993.
8. Harring JI. Diagnosing salivary stones. JADA.122:75, 1991.
9. Lustman J, Rogev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients : A review of the literature. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 19:135, 1990.
10. Yoshizaki T, Maruyama Y, Motoi T, Wakasa R, Frukava M. Clinical evaluation of extracorporeal shock wave lithotripsy for salivary stones. Ann. Otol. Rhinol. Laringol. 105:63, 1996.
11. Tro H, Schneider HT, Fodra C, Waitz C, Nitsche N, Heinritz HH, Renninger J, Fil C. Shock wave lithotripsy of salivary duct stones. Lacet. 339:1333, 1992.
12. Tro H, Waitz G, Nitsche N, Renninger J, Schneider T. Extracorporeal piezoelectric shock wave lithotripsy of salivary gland stones. Laryngoscope. 102:492, 1992.

## Yazışma Adresi:

Dr. Cem ÜNGÖR  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı  
Tel: (0462) 377 47 26 • E-posta: cem\_ungor@yahoo.com