

PAROTİS BEZİ KANALINDA TÜKÜRÜK TAŞI: OLGU SUNUMU

Parotid sialolithiasis in stensen's duct: case report

Melda MISIRLIOĞLU*

Selmi YILMAZ (Yardımcı)***

Rana NALÇACI**

Mehmet Zahit ADIŞEN****

Abstract:

Sialolithiasis is the most common disease of salivary glands. It is characterised by the obstruction of salivary excretory duct due to the formation of sialoliths resulting dilation and painful swelling in glands. The present study reports the case of a 53-year-old woman patient complaining swelling and pain in the left parotid area of her face continuing for a week. Once the patient was radiological diagnosed, the sialolith was surgically removed and histopathologically introduced.

Keywords: *Sialolithiasis, parotid gland, stensen's duct, sialography, scanning electron microscope.*

Özet:

Siyalolit tükürük bezi hastalıklarının en sık rastlanılan formudur. Tükürük çıkış kanalındaki tıkanıklığa bağlı olarak bölgede siyalolit formasyonunun gelişmesiyle tükürük bezinde dilatasyon ve ağrılı şişlikle karakterize bir hastalıktır. 53 yaşındaki bayan hasta kliniğimize yüzünün sol tarafında bir haftadır devam eden şişlik ve ağrı şikâyetiyle başvurmuştur. Hastanın radyografik tetkikleri yapılmış, siyalolit varlığı parotis bölgesinde teşhis edilmiş ve cerrahi olarak çıkarılarak histopatolojik incelemesi yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: *Siyalolit, parotis bezi, stenson kanalı, siyalografi, taramalı elektron mikroskop.*

Giriş:

Sialolitlerin büyük bir kısmı (yaklaşık %85'i) submandibular bezlerde kendini gösterir. Bunun nedenlerinden biri submandibular bez salgısının kalsiyum miktarının diğer bezlere göre daha fazla olmasıdır (1,2). Diğer nedenler arasında ise; bez salgısının daha visköz, mukustan daha zengin ve kanalının geniş ve kısmen kıvrımlı olması, tükürük salgısının yer çekimine karşı hareketi, submandibular bezin kanalının iki dik kavis yapması, kanalın ağza açıldığı yerin dar olması sayılabilir. Bütün bunlar submandibular salgının akış hızının azalmasına ve kanalın daha kolay tıkanmasına sebep olur (3–5). En sık submandibular bezde, daha sonra sırasıyla parotis ve sublingual bezde görülür. Siyalolit oluşması için öncelikle intraduktal bir jel formasyonuna gereksinim vardır. Jel üzerine glikoproteinler, mukopolisakkaritler, lipidler ve sellüler artıklardan oluşan organik maddeler ve Ca tuzları, fosfat ve karbonattan oluşan inorganik maddelerin çökecek kalsifiye kitleyi “siyalolitleri” oluşturduğu düşünülür (6).

Tükürük bezi hastalıklarının tanısında direkt radyografi, siyalografi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılabilir (7–9). Bu olgu bildiriminde parotis bezi kanalında siyalografi yardımıyla teşhis edilen bir siyalolit vakası tartışılmaktadır.

* Yar. Doç.Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı.

** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı.

*** Ar. Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı.

**** Öğr. Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı.

Olgu Sunumu:

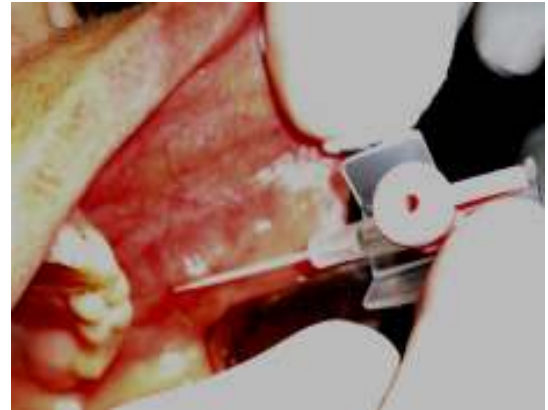
53 yaşındaki kadın hasta yüzünün sol tarafında zaman zaman tekrarlayan ve bir haftadır devam eden şişlik ve ağrı şikâyetiyle Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi kliniğine başvurdu. Bu şikâyetlerin iki sene süresince aralıklarla tekrarladığını ve antibiyotik kullanması sonrasında şikâyetlerinin geçtiğini anlattı. Hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalık, sürekli kullanılan ilaç ya da alerji öyküsüne rastlanmadı ancak şikâyetlerinin tekrarladığı öğrenildi. Yapılan klinik muayenede sol parotis bezinin bimanuel palpasyonda hipertrofik olduğu, Stenon kanal ağzında da akut enfeksiyon bulguları ve pü drenajı olduğu tespit edildi (Resim 1). Yapılan radyografik tetkikler ve alınan panoramik radyografi değerlendirildiğinde üst çene sol tarafta 26 no'lu diş hizasında Stenon kanalı ağzında radyoopak görüntü veren sınırları belirgin tükürük taşı varlığı tespit edildi ve hastaya siyolografi yapılması kararı alındı.



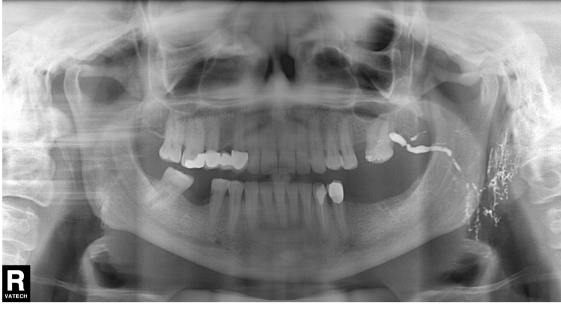
Resim 1: Stenon kanalı ağzında pü drenajı görülmektedir.

Siyalografi yöntemi olarak literatürde birçok yerde tanımlanmış olan klasik yöntem kullanıldı. Hastada kanülasyon işlemi öncesi dilatasyon yapılmadan kanül doğrudan kanala yerleştirildi. Kanülasyon için kelebek infüzyon setinden geliştirilmiş kateter kullanıldı (Resim 2). Siyalografi işlemi esnasında kontrast madde olarak yağda eriyen LİPİODOL ULTRA FLU.

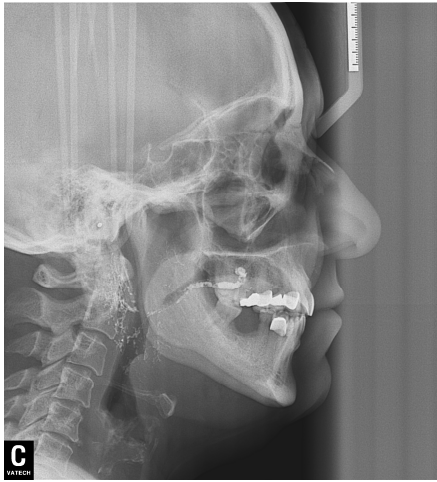
480mg/10ml. 1 flakon kullanıldı. Kontrast madde enjeksiyonundan önce, hastaya alerji (deniz ürünleri alerjisi, saman nezlesi, ürtiker gibi), radyografik maddelere veya iyoda duyarlılık öyküsü soruldu. Röntgen kontrast maddelerin kullanımından sonra bazen alerjiye benzer hipersensitivite reaksiyonları gözlemlenebilir. Bu reaksiyonlar genellikle hafif solunum zorluğu, eritem, ürtiker, kaşıntı veya fasiyal ödem gibi semptomlar şeklinde görülebilir. Bu sebeple gelişebilecek herhangi bir alerjik reaksiyona müdahale etmek amacıyla anestezi uzmanı eşliğinde kontrast madde ağız diş ve çene cerrahi tarafından Stenon kanalı duktusuna yerleştirilen şırıngayla 0,5- 2 cc arasında küçük miktarlarda enjekte edildi ve işlem ortalama 10 dk sürdü. Enjeksiyon sonrası hastadan panoramik radyografi ve lateral kafa grafisi çekildi (Resim 3,4). Tükürük taşının yerleşimi ve büyüklüğü değerlendirildi ve siyalolitinin intraoral yoldan cerrahi eksizyonuna karar verildi (Resim 5). Cerrahi işlemi takiben çıkarılan tükürük taşı içeriğindeki inorganik kısımların incelenmesi için taramalı elektron mikroskop (SEM) kullanılarak analiz edildi (Resim 6). Analiz sonucunda siyalolitinin inorganik içeriğinin kalsiyum, klor, fosfat ve bunların bileşenlerinden oluştuğu tespit edildi (Tablo 1).**Tartışma:**



Resim 2: Kanülasyon için kullanılan kelebek infüzyon setinden geliştirilmiş kateter.



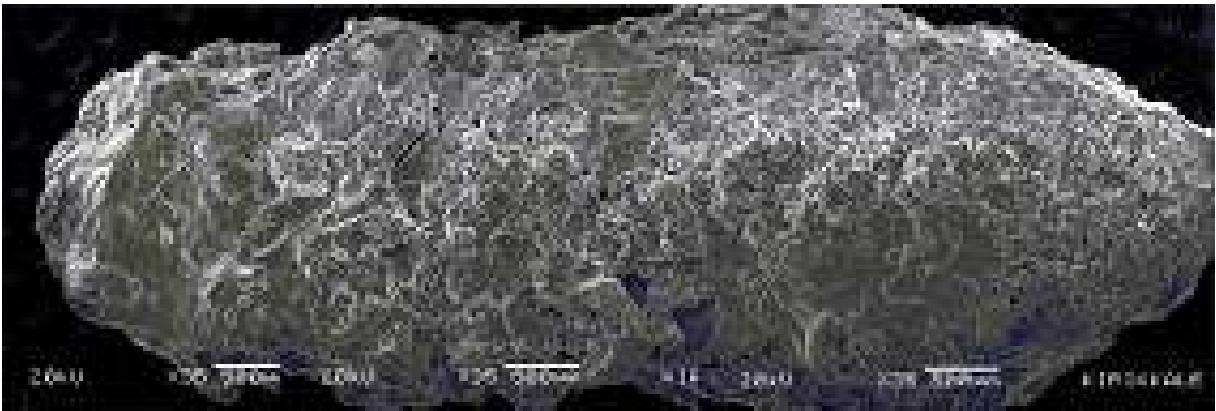
Resim 3: Stenon kanalına kontrast madde enjeksiyonu sonrası çekilen panoramik radyografi



Resim 4: Stenon kanalına kontrast madde enjeksiyonu sonrası çekilen lateral kafa grafisi.



Resim 5: Cerrahi eksizyon sonrası stenon kanalından çıkarılan tükürük taşı.



Resim 6: Tükürük taşının taramalı elektron mikroskop görüntüsü.

Tablo 1: Taramalı elektron mikroskop analizi sonucu inorganik yapının içeriği

Bileşik	Mol konsantrasyonu	Konsantrasyon	
CO ₂	% 0,000	% 0,000	
P ₂ O ₅	% 20,378	% 34,229	
SO ₃	% 5,894	% 5,585	
Cl ₂ O	% 25,683	% 26,413	
CaO	% 45,637	% 30,285	
PdO	% 2,408	% 3,489	
Element	Yoğunluk	Standart sapma	Konsantrasyon
C	0,00	0,000	% 0,000
O	0,00	0,000	% 36,597
P	54,12	2,686	% 14,938
S	7,22	0,981	% 2,237
Cl	66,57	2,979	% 21,550
Ca	54,23	2,689	% 21,645
Pd	2,58	0,587	% 3,033

Ağız içi yapılan bimanuel palpasyonla Stenon kanalı yüzeyinde bulunan taşlar palpe edilebilirken, derin parotis taşları palpe edilemez. Siyalolit teşhisinde görüntüleme bu nedenle çok önemlidir. Radyopak ve radyolusent taşların birlikte görüldüğü durumlar çok nadirdir ve parotis taşlarının %40'ı radyolusenttir. Siyaladenit belirtileri gösteren hastalarda radyopak veya radyolusent taşların teşhisinde kullanılan en yararlı metot siyalografidir. Bununla birlikte eğer hastada akut enfeksiyon veya kontrast madde alerjisi varsa siyalografi kontrendikedir (10,11).

Tükürük taşlarının etyolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Kalkulus oluşumunun nedeni olarak kalsiyumdan zengin tükürük yapısı, kalsiyum tuzlarının inorganik matriks içinde depozisyonu ve buna bağlı olarak tükürüğün yapısında mürin, bakteri ve desquame epitel hücrelerinin bulunmasıdır. Taş oluşumu için aralıklarla oluşan staz tükürükteki müköz elementte değişiklikler yapar, tükürük jel kıvamına döner ve taş formasyonu başlar (12).

Tükürük taşları genellikle 1mm-1cm ye kadar değişen boyuttadır nadiren 1,5 cm. ye ulaşanlar da vardır. Ortalama boyut 6-9 mm olarak rapor edilmiştir (11-13). Bizim vaka-mızda ölçülen değer 8 mm.dir ve ortalama değerler arasındadır.

Tükürük taşlarının en yaygın belirtisi ağrı ve yemek esnasında ilgili bezin şişmesidir. Kalsifikasyon yavaş gelişirse tükürük akışı tamamen kesilmez. Tükürük akışında meydana gelen staz, bakteriyel enfeksiyonun bezin parankimi içine yayılmasına ve buna bağlı olarak enfeksiyon, ağrı ve bezde şişliğe neden olur (10,11). Bizim hastamızda da ilk şikâyet yüzünde şişlik ve ağrı olmuştur. Bazı durumlarda tükürük taşı asemptomatik olarak kalabilir ve obstrüksiyon gelişmez. Uzun süreli obstrüksiyonlarda ise enfeksiyon olmaması bezde atrofiye neden olur, sekretuar fonksiyon bozulur ve fibrozisle sonuçlanır (14).

Tükürük bezi taşları diğer kalsifiye yapılardan ayırt edilmelidir. Bu yapılar kalsifiye lenf nodları, yabancı maddeler, flebolitler, fasiyal arter kalsifikasyonları ve diğer vasküler kalsifikasyonlardır (15,16).

Siyalolit tedavisinde eğer taş küçük ise konservatif yaklaşım uygundur. Hasta hidrate edilir ve beze sıcak uygulanarak masaj önerilir. Eğer bezde şişlik ve enfeksiyon varsa penisiline dirençli antistafilokokal antibiyotik uygulanır. Cerrahi müdahale gerektiğinde transoral yaklaşım gerekir ve insizyon direkt olarak taşın bulunduğu bölgeye yapılır. Operasyon sonrasında drenajın sağlanması amacıyla kanal açık bırakılır (10). Bizim hastamızda da taşın uzaklaştırılması sonrasında herhangi bir sütür atılmamış, kanal ağzı açık bırakılmış ve profilaktik antibiyotik uygulaması yapılmıştır.

Siyalolit tanısı pek çok görüntüleme tekniği kullanılarak yapılır. Ultrasonografi ilk tanıyı koymak için uygundur çünkü %99 oranında doğrulukla en az 1,5 mm çapındaki iyi mineralize olmuş kanal içindeki taşları görüntüler. Siyalografi ise tükürük bezi taşını ve bütün kanal sistemini görüntüleyen bir tekniktir. Siyalografinin endike olmadığı durumlarda örn. geçirgen glandular kanalların bulunmadığı hastalarda sintigrafi kullanılabilir. Siyaloskopi yeni bir diyagnostik tekniktir ve tükürük obstrüksiyonuyla birlikte klinik değerlendirme sonucu şüpheli bir durum görüldüğünde direkt olarak intra-duktal taşların görüntülenmesinde kullanılır (17).

Bizim çalışmamızda ekstraoral radyografi teknikleri (panoramik radyografi ve lateral kafa grafisi) ve siyalografi işlemi başarıyla uygulandı. Tükürük taşı bölgeden cerrahi olarak uzaklaştırıldı ve hasta takip altına alındı. Hastaya profilaktik antibiyotik tedavisi uygulandı ve herhangi bir postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Sonuç:

Tükürük taşları asemptomatik olabildiği gibi pek çok vakada taşın bulunduğu bölgede kolik tarzda ağrı, eksüdasyon ve şişlikle karakterize semptomlar görülür. Geleneksel olarak tedavisi cerrahidir ancak bunun yanında tükürük akışını artıracak medikal tedaviler de ek olarak uygulanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Burnstein LS, Boskey AL, Tannenbaum PJ, Posner AS, Mandel ID. The crystal chemistry of submandibular and parotid salivary gland stones. *J Oral Pathol* 1979; 8: 284–91.
2. Riesco JM, Juanes JA, Díaz-González MP, Blanco EJ, Riesco-López JM, Vázquez R. Crystalloid architecture of a sialolith in a minor salivary gland. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 451–5.
3. Çakur B, Sümbüllü MA. Konik ışıklı bilgisayarlı tomografi ile submandibular tükürük bezi taşı görüntülemesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2010; 20: 194–7.
4. Yaman F, Ünlü G, Atılgan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolitiazis: olgu sunumu. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2006; 16: 70–3.
5. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibuler siyalolityazise yaklaşımımız. *Yeni tıp dergisi* 2009; 26: 16-9.
6. Özer S, Yaltrık M, Kocaelli H, Yalçın S. Submandibuler tükürük taşı. *İstanbul Üniv Diş Hek Fak Derg* 2007; 41: 60–3.
7. Çağlayan F, Çakur B, Harorlu A. Tükürük bezlerinin radyografik muayene yöntemleri ve siyalografi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2003; 13: 99–111.
8. Saruhanoğlu A, Ergun S, Ofluoğlu D, Atıklar M, Tanyeri H. Parotis bezinde lokalize tükürük bezi taşının intra-oral yaklaşımla çıkarılması. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2012; supplement-6: 21–3.
9. Drage NA, Brown JE. Cone beam computed sialography of sialoliths. *Dentomaxillofac Radiol* 2009; 38: 301–5.
10. S J Siddiqui. Sialolithiasis: an unusual large submandibular salivary stone. *Br Dent J* 2002; 193: 89–91.
11. Vaidya S, Srivalli N, Khalid I, Bhardwaj A. Calculi in parotid duct: a rare case report. *Indian Journal of Stomatology* 2012; 3: 62–5.

12. Bodner L. Parotid sialolithiasis. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 266–7.

13. Seifert G, Miehke A, Hanbrich J, Chilla R (eds.). *Diseases of the salivary glands: pathology, diagnosis, treatment, facial nerve surgery*. Stuttgart: George Thime Verlag, 1986; 85–90.

14. Iqbal A, Gupta AK, Natu SS, Gupta AK. Unusually large sialolith of Wharton's duct. *Ann Maxillofac Surg* 2012; 2: 70–3.

15. Özden B, Gündüz K, Çelenk P. Dev submandibular tükürük bezi taşı. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2010; supplement-3; 25–7.

16. Bsoul SA, Flint DJ, Terezhalmay GT, Moore WS. Sialolithiasis. *Quintessence Int* 2003; 34: 316–7.

Oteri G, Procopio R.M, Cicciù M. Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): Report of Two Cases. *Open Dent J* 2011; 5: 90–5.

Sorumlu Yazar:

Melda MISIRLIOĞLU

Kırıkkale Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı.

Kırıkkale, Türkiye

Telefon: +90 318 2244927–2243618

Fax: +90 318 2250685

E-mail: meldamsr@hotmail.com