

OLGU SUNUMU

## Wharton kanalında semptom vermeyen dev tükürük bezi taşı

### Asymptomatic salivary gland stone of unusual size in the Wharton's duct

Dr. Güven YILDIRIM, Dr. İlhan TOPALOĞLU, Dr. Belgin KELEŞ

Ses kısıklığı yakınmasıyla başvuran ve sağ vokal kordunda polipoid lezyon saptanan 44 yaşındaki erkek hastanın orofarenks muayenesinde ağız tabanında, sağ tarafta 3-4 cm'lik sertlik fark edildi. Bilgisayarlı tomografide sağ Wharton kanalında taş belirlendi. Palpasyonla Wharton kanalının ağzından tükürük akışı görülüyordu. Taş intraoral olarak çıkarıldı. Taşın büyüklüğü 30x20 mm olmasına rağmen hastanın hiçbir yakınması yoktu. Hastanın ameliyat sonrası 18 aylık ultrasonografi ile takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Tükürük bezi taşı/cerrahi.

A 44-year-old male patient presented with a complaint of dysphonia. On oropharynx examination, a polypoid mass was detected in the right vocal cord and firmness in the floor of the mouth, 3-4 cm in size. Computed tomography showed a stone in the right Wharton's duct. Saliva came out of the orifice of the Wharton's duct on palpation. The stone was removed transorally. Despite its huge size (30x20 mm), the patient had no complaint. No recurrence was seen during a follow-up period of 18 months with ultrasonography.

**Key Words:** Salivary gland calculi/surgery.

Büyük tükürük bezleri hastalıklarının %50'sini siyalolitiazis oluşturur. Siyalolitiazis %1.2 prevalansa akut ve kronik enfeksiyonların en sık nedenidir.<sup>[1]</sup>

Tükürük stazı, tuzların çökmesi ve organik matris formasyonu siyalolitiazis oluşumunun nedenleridir.<sup>[2]</sup> Taşlar, yabancı maddeler, deskuame epitel hücreleri, bakteri artıkları veya bakterinin kendisi gibi organik maddelerin bir çekirdek oluşturup etrafındaki inorganik maddelerle kalsifikasyon yapmasıyla gelişir.<sup>[3,4]</sup> Bezin ve kanalın yapısından dolayı en fazla submandibuler bezde taş oluşmaktadır.<sup>[2]</sup> Bunların %90'ı kanalın distal kısmında veya hilumdadır.<sup>[1]</sup>

Taşlar genellikle belli boyuta gelince kanalda parsiyel veya total tıkanıklığa yol açar.<sup>[3]</sup> Hastalarda konvansiyonel radyografi, ultrasonografi (USG),

aksiyel bilgisayarlı tomografi (BT) ve BT rekonstrüksiyonu uygulanıp taşlar saptanmaya çalışılır.<sup>[5]</sup> Yine siyalografi ve siyaloskopi yapılabilir.<sup>[4]</sup>

Siyalolitiazis tedavisinde az risk ve rahatsızlıkla bezin fonksiyonlarını koruma önemlidir. Taş eksternal yaklaşımla veya transoral olarak çıkarılabilir.<sup>[1]</sup>

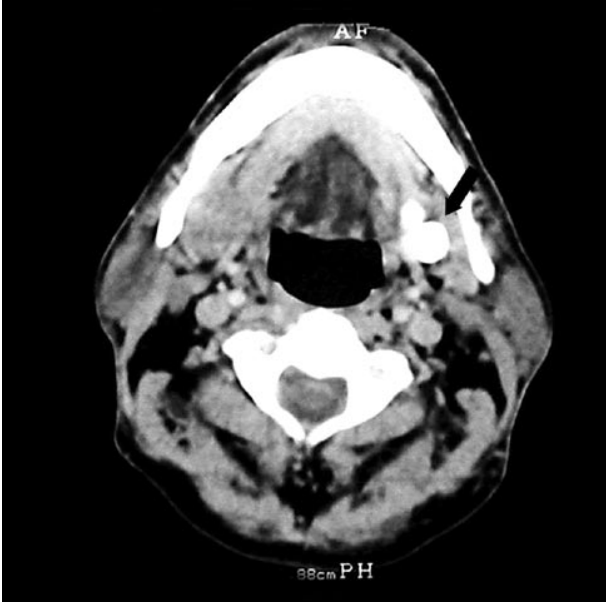
### OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında erkek hasta iki aydır devam eden ilaç tedavisine yanıt vermeyen ses kısıklığı yakınmasıyla başvurdu. İndirekt larengoskopik muayenesinde sağ vokal kord 1/3 ön kısımda polipoid lezyon tespit edilirken, orofarenks muayenesinde ağız tabanında, sağ tarafta 3-4 cm'lik sertlik saptandı. Hastanın bununla ilgili bir yakınması

♦ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği (Department of Otolaryngology, Okmeydanı Training and Research Hospital), İstanbul, Turkey.

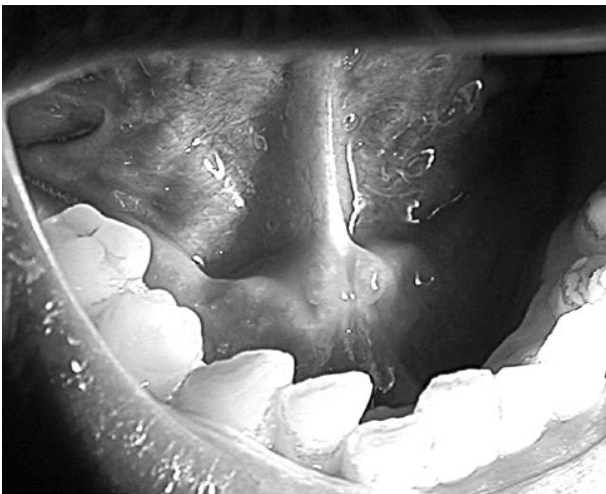
♦ Dergiye geliş tarihi - 14 Şubat, 2005 (Received - February 14, 2005). Düzeltme isteği - 4 Ağustos 2005 (Request for revision - August 4, 2005). Yayın için kabul tarihi - 19 Şubat 2007 (Accepted for publication - February 19, 2007).

♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Güven Yıldırım, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 34400 Okmeydanı, İstanbul, Turkey. Tel: +90 212 - 213 70 00 Faks (Fax) : +90 212 - 213 70 00 e-posta (e-mail): dr.gyildirim@yahoo.com.tr

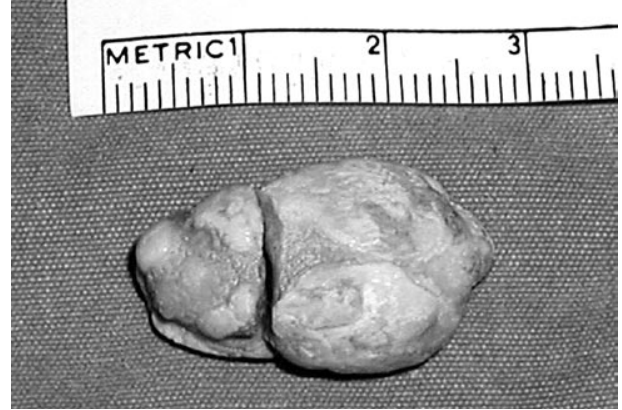


Şekil 1. Wharton kanalındaki taşı gösteren aksiyel bilgisayarlı tomografi kesiti.

yoktu. Palpasyon ile Wharton kanalı ağızdan tükürük boşalıyordu. Çekilen BT'de submandibuler bez kanalında taş saptandı (Şekil 1). Submandibuler bez doğal görünümde ve boyutlardaydı. Ameliyatta direkt larengoskopi ile vokal korddaki polipoid lezyon eksizyonu yapıldıktan sonra transoral yoldan, Wharton kanalı ağızdan başlanarak taş üzerine insizyon yapıldı. Kanal künt diseksiyon ile açılıp taş kırılarak iki parça halinde çıkarıldı (Şekil 2). Palpasyonla başka parça kalmadığı saptanınca kanal marsüpiyalize edilerek dikildi. İlk gün oral beslenme yapılmayan hastaya beş gün antibiyotik tedavisi



Şekil 3. Ameliyattan bir ay sonra yeniden oluşan Wharton kanal ağzının görünümü.



Şekil 2. Wharton kanal taşı.

uygulandı. İkinci günden itibaren oral olarak beslenen hasta taburcu edildi. Taşın biyokimyasal analizinin sonucu kalsiyum fosfat taşı olarak bildirildi. Ameliyat sonrası kontrollerde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı (Şekil 3). Birinci ayda yapılan kontrol USG'de 2 mm'lik bir taş saptandı. Hastanın yaklaşması yoktu. Aylık USG'lerle on sekiz aydır takip edilen hastada hiçbir sorun bulunmamaktadır.

#### TARTIŞMA

Taşlar değişik yerleşim alanı gösterebilir ve %83 submandibuler, %10 parotis, %7 sublingual bezde bulunur.<sup>[1,4]</sup> Taşlar, bir çekirdek etrafında kalsifikasyon ile oluşur. Bir çalışmada *Streptococcus species* adlı bakteri saptanmış olması siyalolitiazis etyopatogenesinde bakterinin rolü olabileceğini göstermektedir.<sup>[6]</sup>

Kanal boyutu ile kıyaslanınca dev olarak nitelenen taşlara rastlanabilir. Raksin ve ark.nın<sup>[7]</sup> bildirdiği taş 55x22 mm, Brusati ve Fiamminghi'nin<sup>[8]</sup> 31x27 mm, Akın ve Esmer'in<sup>[2]</sup> 45x30 mm boyutlarında, Mustard'ın<sup>[9]</sup> ise 64 mm uzunluğundadır. Bizim çıkardığımız taşın boyutları ise 30x20 mm idi. Bazı olgularda birden fazla taşta da rastlanabilir.<sup>[1]</sup>

Yapılan bir çalışmada konvansiyonel radyografi, USG, BT ve BT rekonstrüksiyonu kıyaslandığında tanı koymada USG en başarılı yöntem olarak kabul görmüş; ancak, BT rekonstrüksiyonu ile başka yöntemlerle saptanamayan tek veya multipl taşların ortaya konabileceği gösterilmiştir.<sup>[5]</sup> Olgumuzda doğrudan BT uyguladığı için başka yöntem gerektirmedi.

Wharton kanal taşlarının tedavisinde transoral olarak taşın çıkarılması ve submandibuler bezin korunması tercih edilen cerrahi yöntemdir. Rekürren enfeksiyonda submandibulektomi gerekir.<sup>[4]</sup> Taşın ameliyat sırasında kırılması bez içinde rezidü parça-

lar kalmasına neden olur ve %1 hastada bir yıl sonra reküren taş ortaya çıkabilir.

Transoral olarak submandibuler bez taşlarının çıkarılmasında en büyük avantaj eksternal skar olmaması ve fasiyal sinirin marjinal dalının ve hipoglossal sinirin yaralanmasının engellenmesidir. Açık tekniğe göre komplikasyonlar azdır.<sup>[10,11]</sup>

Taşlar belirli boyuta geldiğinde kanal pasajını tıkar ve semptom vermeye başlar. Olgumuzda taşın büyük olmasına rağmen hastanın hiçbir yakınmasının olmaması ve taşın tesadüfen saptanması ilgi çekiciydi. Boyutlarına rağmen palpasyon ile tükürük salgısının boşalması ve taşın semptom vermemesinin, bir kanal anomalisine veya kanalın zaman içinde dilatasyonuna bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Zenk J, Constantinidis J, Al-Kadah B, Iro H. Transoral removal of submandibular stones. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:432-6.
2. Akin I, Esmer N. A submandibular sialolith of unusual size: a case report. J Otolaryngol 1991;20:123-5.
3. Günaydın Y, Karakurumer K, Öztürk A, Şahin M. Sialolitiazis. Ankara Üniv Hekim Fak Derg 1989; 16:493-6.
4. Marchal F, Kurt AM, Dulguerov P, Lehmann W. Retrograde theory in sialolithiasis formation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:66-8.
5. Avrahami E, Englender M, Chen E, Shabtay D, Katz R, Harell M. CT of submandibular gland sialolithiasis. Neuroradiology 1996;38:287-90.
6. Teymoortash A, Wollstein AC, Lippert BM, Peldszus R, Werner JA. Bacteria and pathogenesis of human salivary calculus. Acta Otolaryngol 2002;122:210-4.
7. Raksin SZ, Gould SM, Williams AC. Submandibular duct sialolith of unusual size and shape. J Oral Surg 1975;33:142-45.
8. Brusati R, Fiamminghi L. Large calculus of the submandibular gland; report of case. J Oral Surg 1973;31:710-11.
9. Mustard TA. Calculus of unusual size in Wharton's duct. Br. Dent J 1945; 79: 129.
10. Hong KH, Kim YK. Intraoral removal of the submandibular gland: a new surgical approach. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:798-802.
11. Novotny GM. Submandibular sialolithiasis: transoral excision. J Otolaryngol 1989;18:354-6.