

## PAROTİS BEZİNDE LOKALİZE TÜKÜRÜK BEZİ TAŞININ İNTRA-ORAL YAKLAŞIMLA ÇIKARILMASI

### SURGICAL MANAGEMENT OF SIALOLITHIASIS OF THE PAROTID GLAND VIA INTRA ORAL APPROACH

Dr. Alp SARUHANÖĞLU\*  
Dr. Duygu OFLUOĞLU\*

Doç. Dr. Sertan ERGUN\*  
Dt. Mert ATİKLER\*

Prof. Dr. Hakkı TANYERİ\*

**Makale Kodu/Article code:** 712  
**Makale Gönderilme tarihi:** 27.10.2011  
**Kabul Tarihi:** 01.02.2012

#### ÖZET

Siyalolitiazis, tükürük bezlerinin veya duktuslarının taşı anlamına gelmektedir. Bu durum mekanik tıkanıklığa, dolayısıyla hastada şişme ve ağrıya yol açar. Tükürük bezi taşlarının büyük çoğunluğu submandibular bezde meydana gelir (%80-90), parotis taşı nadirdir. Bu vaka raporunda, kliniğimize sol yanak bölgesinde şiş ve ağrı ile başvuran 22 yaşında bayan hasta sunulmaktadır. Hastadan alınan panoramik radyografide alt çene sol angulus bölgesinde radyopak kitlenin fark edilmesi üzere, ultrasonik tetkik istenmiş,(7.9×6.9×4.3mm) boyutlarında kalsifiye bir taşın, parotis bezi inferior kısımda lokalize olduğu görülmüştür. Taş, lokal anestezi altında transoral yolla, bidigital manüple edilerek çıkarılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Siyalolit, Parotis Hastalıkları, Oral cerrahi.

#### GİRİŞ

Siyalolitiazis tükürük bezlerinde ya da kanallarında taş oluşumunu ifade eder. Genelde asemptomatik seyreden tükürük bezi taşları, sekonder enfeksiyon ile ya da oluşturdıkları mekanik obstrüksiyon sonucu, yemek yeme sırasında rekürrent şişlik ve ağrı ile ortaya çıkabilir. Tükürük bezi taşları her yaşta görülebilir fakat 3. ve 6. dekatlar arasında daha sıktır ve erkeklerde daha sık görülür.<sup>1</sup> Olguların çoğunda taş submandibuler bezde lokalizedir, parotis bezinde siyalolitiazis ise %10-20 olguda görülür.<sup>2,3</sup> Tükürük bezi hastalıklarının tanısında direkt radyografi, siyalografi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılabilir.<sup>4</sup> Siyalolitler düz grafilerde çoğunlukla (%65) radyopak görüntü verirken, siyalografide kalsifiye ve

#### ABSTRACT

Sialolithiasis refers to the formation of stones in salivary glands or ductus of the glands. This condition results in a mechanical obstruction and pain in the glands. Most salivary gland stones occur in the submandibular gland (80-90%), parotid gland involvement is rare. We report a case of 22 year old female who was referred to our department with complaints of recurrent swelling and pain of the left buccal region. Panoramic radiography revealed a radiopaque mass in the neighborhood of the angulus of the mandible. Ultrasonography of the related area revealed a calculated mass (7.9×6.9×4.3mm) in the inferior part of parotid gland. The calculus was removed under local anesthesia via intraoral surgical approach by manipulating the calculus bidigitally.

**Keywords:** Sialolithiasis, Parotid Diseases, Oral Surgery.

dolgu defektleri şeklinde eğer duktusda ise bezin proksimal kısmı atrofik olarak görülür.<sup>5</sup>

Çalışmamızda parotis bezi inferior kısmında lokalize olan siyalolitiazisin intra-oral cerrahi yöntemi yaklaşımla tedavisini sunmayı amaçladık.

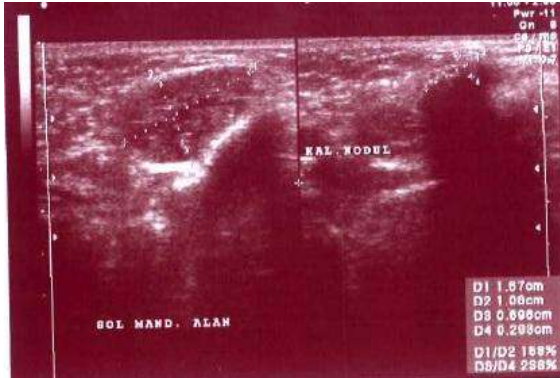
#### OLGU

Bu vaka raporunda, İstanbul Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi A.B.D'na sol yanak bölgesinde üç yıldır zaman zaman tekrarlayan şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuran 22 yaşında bayan hasta sunulmaktadır. Hastadan alınan anemnezde herhangi bir sistemik hastalık, sürekli kullanılan ilaç yada alerji öyküsüne rastlanmadı. Hastanın klinik muayenesinde sol yanak hizasında yumuşak dokuda sınırları düzgün, sert

\* İstanbul Üniversitesi Dis Hekimliği Fakültesi Ağız. Dis. Cene Cerrahisi A.D.



kıvamlı kitle palpe edildi. Hastadan alınan panoramik radyografide alt çene sol angulus bölgesinde radyopak bir kitle görüldü, ilgili bölgedeki dişlerde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya ayrıca ultrasonik tetkik yapıldı (Resim 1) ve 7.9×6.9×4.3 mm boyutlarında kalsifiye bir odağın, parotis bezi inferior anterior lobunda lokalize olduğu görüldü. Operasyon kalsifiye kitlenin lokalizasyonundan dolayı manüple edilebileceği düşünülerek intraoral olarak planlandı. Operasyon lokal anestezi altında yapıldı (3cc 1/100000 adrenalin içeren articain) . Alt premolar dişler bölgesi, mukogingival birleşim yerinde 5 mm'lik horizontal ensizyonu takiben, künt diseksiyon ile ramus, margo anteriora ulaşıldı (Resim 2). Ramus bukkalde lokalize sert kitle krista buccinatoriaya doğru bidigital manipüle edilerek operasyon gerçekleştirildi (Resim 3). Mukoperiostal lambo yerine adapte edilerek 3/0 ipek dikiş materyali ile dikildi. Operasyon sonrasında hastaya 1g penisilin+klavulanik asit 5 gün süreyle 2x1, naproksen sodyum içerikli non-steroid antiinflamatuvar 2x1 ve klorheksidinli ağız gargarası 2.günden itibaren 3x1 şeklinde kullanılmak üzere reçete edildi. Eksize edilen kitlenin histopatolojik incelenmesi sonucu metaplastik ossifikasyon (siyalolitiazis) tanısı konuldu (Resim 4). Hastanın operasyon sonrası yapılan 1. hafta kontrolünde dikişleri alındı ve iyileşmenin sorunsuz olduğu gözlemlendi. Hastanın 3. ay rutin klinik ve radyolojik kontrolünde herhangi bir probleme rastlanmadı.



Resim 1. 7.9×6.9×4.3 mm boyutlarında kalsifiye bir odağın, parotis bezi inferior anterior lobunda lokalize olduğu görülüyor.



Resim 2. Ensizyon ve künt diseksiyon



Resim 3. Kitlenin açığa çıkarılması



Resim 4. Total eksize edilen kalsifiye kitle

## TARTIŞMA

Tüm siyalolitiazis olgularının en fazla 1/5'inde taş, parotis glandına lokalizedir.<sup>1-6</sup> Parotis taşlarının büyüklüğü 2mm'den 2cm'ye kadar değişebilir, soliter yada multipl olabilir.<sup>7</sup> Parotis taşlarının patogenezi tam olarak anlaşılamamış, çeşitli teoriler öne sürülmüştür. İntrasellüler mikrokalkuli oluşumu ve bu mikrokalkulilerin kanala sekrete edilmesinin taş oluşumu için gerekli çekirdeği oluşturduğu iddia edilmiştir.<sup>8-9</sup> Parotis taşları semptomatik olduğunda, klasik olarak parotidit semptomları ile ya da yemek yemekten hemen sonra

parotis lokalizasyonunda ağrı ve şişlik yakınmaları ile ortaya çıkar.

Semptomatolojinin temelinde, yemek yeme sırasında artan parotis sekresyonu tıkalı olan bezde basınç artışına neden olmakta ve bazı durumlarda tabloya sekonder bakteriyel enfeksiyon eşlik etmektedir. Yemek sonrası parotis sekresyonunun azalması ile birlikte ya da biriken sekresyonun yüksek basınç ile taşın oluşturduğu obstrüksiyonu aşması ve drene olması sonucu semptomlar düzelir. Bu nedenle anamnezde gıda alımı sırasında obstüktif semptomları olan ve yemek sonrası düzelen olgularda parotis taşları düşünülmelidir.<sup>10</sup> Sunduğumuz olguda da hastanın alınan anamnezinde zaman zaman yemek sonrası semptomların azaldığı belirtilmiştir.

Parotis taşlarının genelde küçük olması ve kalsifikasyon oranlarının düşük olması tanıyı zorlaştıran faktörlerdendir.<sup>7-11</sup> Direk radyografi, ultrasonografi, siyalografi ve BT yardımcı tanı yöntemleri olarak kullanılabilir.<sup>6-8,12</sup> Siyalografi, günümüzde artmış görüntüleme yöntemlerine rağmen tükürük bezi patolojilerinin değerlendirilmesinde altın standart kabul edilir. Ancak hastanın invazif bir teknik olan siyalografiyi tercih etmemesi üzerine olgumuzda ultrasonografi yardımıyla taşın lokalizasyonu ve boyutları tespit edilebilmiştir.

Parotis bezi taşlarında klasik tedavi, varsa eşlik eden enfeksiyonun tedavi edilmesi ve taşın spontan tükürük sekresyonu ile beraber dışarı atılmasının takip edilmesidir. Medikal tedaviye rağmen semptomatik olan ya da tekrarlayan olgularda cerrahi tedavi yöntemleri seçilir.<sup>13</sup> Parotis bezi taşlarında tedavi lokalizasyona göre değişiklik göstermekle birlikte kanal ağzına yakın taşlar intra-oral yaklaşımla manüple edilerek alınabilir.<sup>3</sup>

#### KAYNAKLAR

- 1- Yaman F, Ünlü G, Atılgan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: (olgu sunumu). Atatürk Üniv Dış Hek Fak Derg 2006;16(2): 70-73.
- 2- Chu DW, Chow TL, Lim BH, Kwok SP. Endoscopic management of submandibular sialolithiazis. Surg Endosc 2003; 17(6):876-9.
- 3- Akin I, Esmer N. A submandibular sialolith of unusual size: A case report J Otolaryngol 1991; 20(2):123-5.

- 4- Çağlayan F, Çakur B, Harorlu A. Tükürük bezlerinin radyografik muayene yöntemleri ve siyalografi. Atatürk Üniv Dış Hek Fak Derg 2003;13(2); 99-111.
- 5- Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2005; 25(3): 145-9.
- 6- Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: A survey on 245 patients and a review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg 1990; 19(3):135-8.
- 7- Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specificity of parotid sialendoscopy. Laryngoscope 2001; 11(2):264-71.
- 8- Tanaka N, Ichinose S, Adachi Y, Mimura M, Kimijima Y, Ultrastructural analysis of salivary calculus combination with X-ray microanalysis. Med Electron Microsc 2003; 36(2):120-6.
- 9- Nahlieli O, London D, Zagury A, Eliav E. Combined approach to impacted parotid Stones. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60(12):1418-23.
- 10- Şimşek G, Akin İ, Mutlu M, İntrapanankimal yerleşimli parotis taşı: Olgu sunumu KBB ve BBC Dergisi 18(1):21-4,2010.
- 11- Escudier MP, McGurk M. Symetomatic sialodenitis and sialolithiasis in the English population: an estimate of the cost of hospital treatment. Br Dent J 1999;186(9):463-6.
- 12- Zou ZJ, Wang SL, Zhu JR, Wu QG, Yu SF. Chronic obstructive parotitis: report of ninety-two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73(4):434-40.
- 13- Reimers M, Vavrina J, Schlegel C. Results after shock wave lithotripsy for salivary gland Stones. Schweiz Med Wochenschr Suppl 2000;125: 122-6.

#### Yazışma Adresi

Dr. Alp Saruhanoglu  
İstanbul Üniversitesi  
Dış Hekimliği Fakültesi  
Ağız Dış Çene Cerrahisi AD Çapa/İstanbul  
Telefon: 0212-4142020-30350  
: 05326312000  
e-posta: saruhanoglualp@yahoo.com

