

## DEV SUBMANDİBULAR TÜKRÜK BEZİ TAŞI

### GIANT SUBMANDIBULAR SIALOLITH

Yrd. Doç. Dr. Bora ÖZDEN\*

Yrd. Doç. Dr. Kaan GÜNDÜZ\*\*

Prof. Dr. Peruze ÇELENK\*\*

**Makale Kodu/Article code:** 191  
**Makale Gönderilme tarihi:** 23.08.2009  
**Kabul Tarihi:** 18.11.2009

#### ÖZET

Sialolitler glandüler kanal sistemleri içerisinde veya dışarısında gelişen kalsifiye olmuş kitlelerdir. Herhangi bir tükrük bezinde, ancak en sık submandibular bezde meydana gelirler. 56 yaşındaki bayan hasta ağız tabanında yemek esnasında ağrılı şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın klinik ve radyolojik muayenesi sonucu submandibular tükrük bezinin Wharton kanalında büyük bir tükrük taşı saptanmıştır. Taş intraoral yaklaşımla çıkartılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tükrük bezi, tükrük taşı, sialolitiazis, submandibular

#### ABSTRACT

Sialoliths are calcified masses that develop in the intra- or extra-glandular duct system. They may occur in any salivary gland but is most common in the submandibular gland. A-56-year-old female patient was referred to our clinic with the chief complaint of a painful swelling at the meal time in the floor of the mouth. After clinical and radiological examinations, a giant sialolith was detected in the Wharton canal of the submandibular salivary gland. It was removed with intraoral approach.

**Key Words:** Salivary gland, sialolith, submandibular

#### GİRİŞ

Sialolitler (Tükrük taşı) kanal lümeni içerisinde biriken debris mineralizasyonun bir sonucu olarak oluşan kanal içi veya dışında gelişen kalsifiye kitlelerdir.<sup>1</sup> Sialolithiasis, sialolitlerin formasyonu ile meydana gelir ve submandibular bez veya kanal başta olmak üzere (%80-92) tükrük bezlerinin en sık gözlenen hastalıklarından birisidir.<sup>2,3,4</sup> Tükrük bezi taşları klinik olarak, yuvarlak veya ovoid, düz veya pürüklü yüzeyli, sarımsı renkli gözlenirler.<sup>5</sup> Hastalarda genellikle yemekten önce ve yemek sırasında ağrı ve şişlik şikayetinde artış gözlenir. Büyük boyutlara ulaştığında kanal içinde palpe edilebilirler.<sup>6</sup> Oklüzal ve panoramik grafiler, ultrasonografi (US) ve sialografi, submandibular sialolitlerin görüntülenmesinde en sık yararlanılan görüntüleme teknikleri olmakla birlikte, son zamanlarda bilgisayarlı tomografiler (CT), manyetik rezonans sialografi ve sialoendoskopi yöntemlerinden de faydalanılabilmektedir.<sup>7</sup> Bezin perihiler bölgesinde

ya da ağız tabanında gözlenen taşların tedavisinde transoral yaklaşım tercih edilirken, proksimal kanal veya parenkim içerisindeki taşlarda adenektomi tedavisi uygulanmaktadır.<sup>8,9</sup>

Sunulan bu vakada, submandibular kanal içerisinde büyük boyutta nadir gözlenen tükrük taşı rapor edilmiştir.

#### VAKA RAPORU

56 yaşındaki bayan hasta ağız tabanında sert, beyaz, zaman zaman ağrılı şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan ekstraoral muayenede sol submandibular lenfadenopati bulgusu, intraoral muayenede submandibular kanal bölgesinde büyük, palpasyonda hassas etrafı eritematöz, sert kitle tespit edildi (Resim 1). Alınan oklüzal radyografıta, sol posterior premolar bölgede, radyopak, sınırları belirgin ve düzenli, yaklaşık 1,5cm çapında sialolit gözlemlendi (Resim 2).

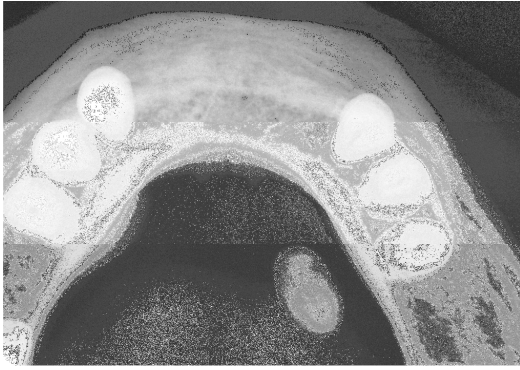
\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Samsun

\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz ve Radyoloji AD, Samsun



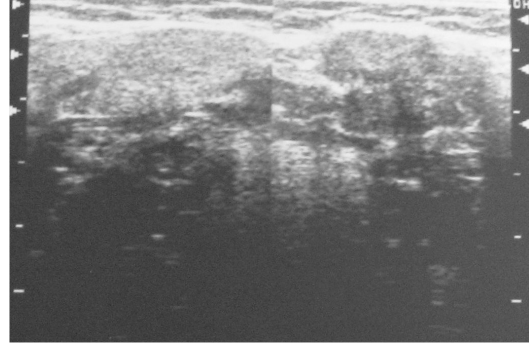


Resim 1. Submandibular kanaldaki tükrük bezi taşının ağız içi görünümü (ok).



Resim 2. Oklüzal radyografda, premolar dişlerin lingualinde tükrük bezi taşı görüntüsü.

Ultrasonografik incelemede, sol submandibular bez belirgin heterojen bulunup, kanalda yaklaşık 3.5mm çaplı duktasyon gözlenmiş ve kanalın distal kesiminde submental bölgede yaklaşık 1,5cm çapında hiperekoik posterior gölgelenmesi olan taş saptanmıştır (Resim 3). Klinik, radyografik ve ultrasonografik bulguların sialolit ile uyumlu olması nedeniyle, lokal anestezi altında künt diseksiyonla ve preselle taş çıkarıldı (Resim 4). Postoperatif olarak hastaya sefalosporin (2gr/gün) 10 gün süreyle kullanıldı. Taş boyutunun büyük olması ve mevcut şişlik sebebiyle, hasta tükrük akışının kontrolü açısından operasyon sonrası 2 hafta takip edilmiştir. Sorunsuz bir iyileşme ve tükrük akışı gözlenmiştir.



Resim 3. US'de kanalın distal kesiminde yaklaşık 1.5cm çapında hiperekoik posterior gölgelenme gösteren taş görüntüsü.



Resim 4. Submandibular kanaldan çıkartılan tükrük bezi taşının görüntüsü.

## TARTIŞMA

Tükrük bezi taşlarının etyolojisi ve patogenezisi halen büyük ölçüde anlaşılamamıştır. Ancak özellikle submandibular bezde görülmesinin temel olarak 2 nedeni olabileceği düşünülmüştür. Birinci neden, bu bezden salgılanan tükrüğün müküsten, kalsiyum ve fosfat tuzlarından zengin olması ve bununla bağlantılı olarak parotisten salınan tükrüğe göre daha viskoz yapıda olması, ikinci neden olarak ise, submandibular bezin atnalı şeklinde olması, yerçekiminin aksi yönünde Wharton kanalının duktus orifisinin yer alması ve kanalının uzun olması sayılabilir.<sup>1</sup> Tükrük bezi taşlarında ağrı ve şişliğin şiddeti, basınçla ilişkilidir ve kanalda taşın rağmen tükrük akışının devam ediyor olmasına ve obstrüksiyonun derecesine bağlıdır. Tükrük bezi taşlarının 1cm'den büyük görülmesi nadirdir.<sup>7</sup> Lustman ve ark 245 sialolithiasisli hastada yaptıkları çalışmada, taşların %79.8'inin çapının 1cm veya daha az olduğunu,

sadece %7.6'sının 1.5cm'den büyük olduğunu rapor etmişlerdir.<sup>2</sup> Taşların ortalama olarak her yıl 1-1.5mm büyüdüğü göz önüne alındığında<sup>10</sup>, vakamızdaki gibi büyük boyutta bir taşın oluşması için 10 yıldan fazla bir sürenin geçmesi gerekir. Bu durum taşın yemek yeme esnasında yarattığı ağrı hariç, uzun yıllar semptomsuz olarak kanal içerisinde nasıl gelişebildiğini açıklar. Bu boyutlardaki taşlar, tükrük bezi disfonksiyonu yaratabileceği gibi yüzeyinin düzensizliği ile de ilişkili olarak kronik veya akut bakteriyel enfeksiyonları da tetikleyebilecek fokal enfeksiyon odaklarıdır ve çıkarılmaları gereklidir.<sup>7</sup>

Tükrük bezi taşlarının bez dışında diğer kalsifiye yapılardan ve durumlardan ayırıcı teşhisinin yapılması önem teşkil eder. Bu durumlar mandibular torus, osteoma, kalsifiye lenf nodları, flebolitler and diğer vasküler kalsifikasyonlar, lenf nodlarının veya tükrük bezlerinin tüberkülozisi, major kan damarlarındaki kalsifiye aterosklerotik plaklar, çok nadir olarak myositis ossifikans ve uzak kalsifiye neoplazm metastazlardır.<sup>7</sup> Sialolitler panoramik ve periapikal radyografilerde iyi teşhis edilebilirler ancak aynı zamanda mandibula korteksi üzerine yapışan kas ataçmanları ve premolar ve molar dişlerin kökleri üzerine superpose olabilirler. Birden fazla taş mevcutsa ve/veya pozisyonları rutin radyografiler ile tam olarak saptanamadığı takdirde, teşhis için sialografi, ultrason, CT ve manyetik rezonans sialografi yardımcı olabilir. Sunulan vakada klinik incelemeyi doğrulaması amacıyla panoramik, oklüzal grafiler ve ultrason incelemesinden faydalanılmıştır.

Tükrük taşları kanal içerisinde yerleşimli olduklarında beze zarar verilmeden çıkartılabilirler, ancak bez içerisinde olduklarında genellikle bezin çıkartılması gerekli olur. Tükrük bezi kanalının posterior kısmında veya bez içerisinde yerleşimli taşın çıkartılması esnasında lingual ve hypoglossal sinir hasra görülebilir veya kanama komplikasyonu ile karşılaşılabilir. Vakamızda tükrük taşının büyük boyutta olması ve kanal ağzında yerleşim göstermesi nedeniyle, Wharton kanalı'na herhangi bir kesi yapılmasına, kanalın proksimalden bağlanmasına veya operasyon sonrası dren yerleştirmesine gerek kalmadan, künt diseksiyonla taş kanaldan çıkartılabilmiş ve hastanın postoperatif olarak değerlendirilmesinde tükrük akışının normal olduğu izlenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Soares LP, Gaião de Melo L, Pozza DH, Pinheiro AL, Gerhardt de Oliveira M. Submandibular Gland Sialolith in a Renal Transplant Recipient: A Case Report. J Contemp Dent Pract 2005; 6(3): 127-133.
2. 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): 135-138.
3. Ben Lagha N, Alantar A, Samson J, Chapireau D, Maman L. Lithiasis of minor salivary glands: current data. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100(3):345-348.
4. Dalkız M, Doğan N, Beydemir B. Sialolithiasis (Salivary Stone). Turk J Med Sci 2001; 31: 177-179.
5. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J 2002; 193(2): 89-91.
6. Williams MF. Sialolithiasis. Otolaryngol Clin North Am 1999; 32(5): 819-834.
7. Huang TC, Dalton JB, Monsour FN, Savage NW. Multiple, large sialoliths of the submandibular gland duct: a case report. Aust Dent J 2009; 54(1): 61-65.
8. Zenk J, Constantinidis J, Al-Kadah B, Iro H. Transoral removal of submandibular stones. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 127(4): 432-436.
9. Eyigör H, Yürekli H. Ağız içine spontan olarak düşen dev submandibular tükrük bezi taşı. Turk Arch Otolaryngol 2006; 44(3): 177-181.
10. Sutay S, Erdag TK, İkiz AO, Guneri EA. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. Otolaryngol Head Neck Surg 2003;128(4): 587-588.

## Yazışma Adresi:

Yrd. Doç Dr. Bora ÖZDEN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D  
55139 Kurupelit/SAMSUN  
e-mail: bozden@omu.edu.tr  
Tel: 0(362) 3121919-3480  
Fax: 0(362) 4576032

