

TÜKÜRÜK TAŞLARININ TANI VE TEDAVİSİ: VAKA RAPORU

Doç.Dr.Recep ORBAK*
Yrd.Doç.Dr.Adnan TEZEL*

Yrd.Doç.Dr.Varol ÇANAKÇI*
Arş.Gör.Dr.Turgut DEMİR**

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SIALOLITHIASIS : A CASE REPORT

ÖZET

Tükürük taşı, tükürük bezi ve kanalları içinde kalsiyum kompleksinin birikimi olarak tanımlanmaktadır. Bu birikim sonucu tükürük akışı bozulabilmekte ve ağız tabanının şişmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, bir olgu sunusuyla tükürük taşının görülme sıklığı, yeri, ayırıcı tanısını ve tedavisini vurgulamaktır. Tükürük taşları sıklıkla 25 yaşından sonra ve kadınlara nazaran erkeklerde iki misli daha fazla görülür. Taşlar daha çok submandibular tükürük bezi veya ilgili bölgede görülür. Tükürük taşlarının tanısı, oklüzal radyografi ve/veya enfeksiyon olmaması kaydıyla sialografi ile konulur. Tükürük taşları radyografik incelendiklerinde radyopak görülebildikleri gibi radyolüsent de görülebilir. Vakamızda submandibular bölgedeki tükürük taşı alınan oklüzal radyografide radyopak olarak izlendi. Tükürük taşları çok nadir görülen bir olgu değildir. Ancak olgu ayırıcı tanı açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tükürük taşı, Tanı ve Tedavi

SUMMARY

Sialoliths (Salivary calculi or stones) are accretions of calcium complexes within a salivary gland or duct that may obstruct salivary flow and cause floor-of-the-mouth swelling. The purpose of this study is, to point out the occurrence, frequency, place, different diagnosis and treatment of sialolit. Stones occur most frequently after age 25 years, twice as often in males as in females, and usually in the submandibular gland or related regions. Diagnosis of sialoliths involves appropriate occlusal radiography, sialography (if no infection is present). When the sialolit are examined radiologically, they can both be seen as radioopaque or radiolucent. In our case, salivary calculi was detected by appropriate occlusal radiography. The submandibular sialolit which is seen as radiologically radioopaque has been defined. Sialoliths are not a rarely seen case but it has importance concerning the case report.

Key words: Sialolithiasis, Diagnosis and treatment.

GİRİŞ

Tükürük bezi taşı, tükürük bezi ve kanalları içinde kalsiyum kompleksinin birikimi olarak tanımlanmaktadır.^{12,13}

Tükürük bezi taşlarının etiyoloji tam olarak bilinmemesine rağmen müsin yapımında ve elektrolit konsantrasyonundaki bozuklukların, hiposalivasyonun, tükürük kıvamının artmasının, kanal genişlemelerinin, metabolozma bozukluklarının, iltihaplanmaların ve müköz kıvamlı sekresyonların fazlalığının tükürük bezi taşlarının oluşumunda rol oynadığı rapor edilmiştir.^{1,12}

Parotis sekresyonları konsantre ve seröz kıvamda olmasına karşın submandibular sekresyonlar daha az konsantre ve müköz kıvamdadır.¹³ Ayrıca submandibular salgıdaki kalsiyum miktarı parotis salgısındakinin iki katıdır. Tüm bu farklılıklar tükürük bezi taşının submandibular bez ve ilgili bölgelerde daha fazla görülmesinin önemli faktörleridir.^{3,10} Başka çalışmalarda bu farklılıkların yanı sıra kanalın anatomik yapısının önemli olduğu vurgulanmıştır.^{5,11,13}

Tükürük bezi taşları bir hastada bir tane olabileceği gibi daha fazlada olabilir.⁵ Yüzeyleri düzgün ya da pürüzlü olabilir.⁷ Boyutları genellikle birkaç mm.den 1-2 cm.ye kadar değişebilir.^{14,13}

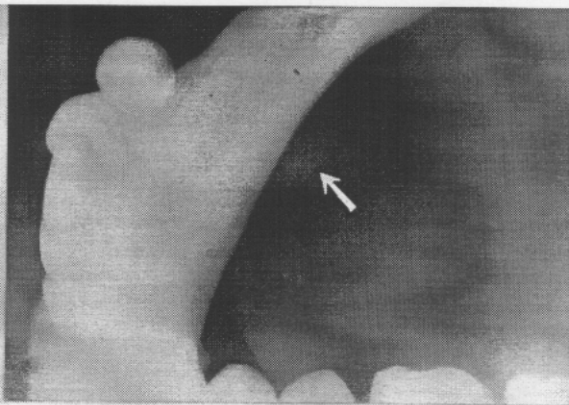
Tükürüğün akmasına az da olsa olanak veren küçük taşların tespit edilmesi oldukça güçtür. Klinik olarak bir bulgu vermeyebilir. Ancak taşların boyutları büyüdükçe buna bağlı olarak taş varlığını destekleyecek önemli bulgular kendini gösterir.⁴ Tükürük bezi taşına bağlı olarak ilgili tükürük bezinde akut ve kronik gidişli iltihaplar, yemek sırasında artan sekresyonun bez içinde birikmesi nedeniyle şişlik ve ağrular olabilir.^{5,6,9,11,13} Tükürük bezi taşı tanısı radyografi ve/veya enfeksiyon olmaması durumunda sialografi ile konulur.⁸ Ancak tanı iyi bir anamnez ve dikkatli bir klinik muayene ile desteklenmelidir.

* Atatürk Üniversitesi Diş Hek Fak Periodontoloji Anabilim Dalı, Öğr.Üyesi

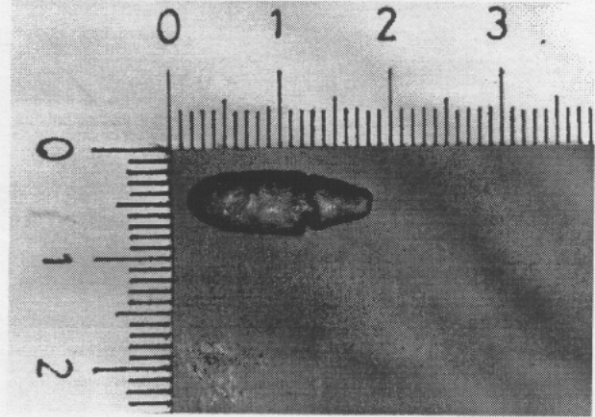
* Atatürk Üniversitesi Diş Hek Fak Periodontoloji Anabilim Dalı Arş. Gör

OLGU SUNUMU

25 yaşında erkek hastamız T.D. sol kanin ve küçük azılar bölgesine rastlayan hafif şişlik ve ağız tabanında iğne batması tarzında ağrılardan şikayetçi olarak kliniğimize baş vurdu. Hastamızın bu şikayetleri için daha önce muayene edildiği, periapikal ve panoramik filmleri çekildiği ve yapılan muayeneler sonucunda kliniğimize ileri tetkik ve dişeti muayenesi için gönderildiği öğrenildi. Ağız dışı muayenesinde dikkati çeken herhangi bir bulgu farkedilmedi. Ağız içi muayenesinde ise dil altı ağız tabanında hafif bir şişlik olduğu, Wharton kanalı boşaltma ağzında cerahatin sızdığı, bölgenin ödemli, kızarık ve hassas olduğu görüldü. İlgili bölgeye yakın dişetleri sağlıklı ve tüm dişler vitaldi. Oral hijyen düzeyi iyi idi. Bu incelemeler sonucu klinik tanıyı pekiştirmek amacıyla okluzal radyografi alınmasına karar verildi. Hastamızda submandibular kanalda tükürük bezi taşı tespit edildikten sonra (Resim 1), mevcut enfeksiyonu için önce antibiyotik, analjezik ve antipiretik verildi. Akut faz geçtikten sonra cerrahi tedavi uygulandı. Öncelikle lingual dal blokajı ile birlikte mandibular anestezi yapıldı. Sonra kanal taşın arkasından bir dikişle daraltıldı. Geniş bir küretle taş çıkarıldı. Çıkarılan taş oval, yüzeyi düz ve 1.5 cm uzunluğundaydı. Taş çıkarılırken kırıldı ve iki parça olarak çıkarıldı (Resim 2). Kanalı daraltan dikiş alındıktan sonra yara primer olarak kapatıldı, bir hafta sonra yara iyileşmesinin ve tükürük akımının normal olduğu gözlemlendi. Hastanın üç ay sonraki takibinde de herhangi bir patolojiye rastlanmadı.



Resim 1. Submandibular kanalda tükürük taşı



Resim 2. Çıkarılmış tükürük taşı.

TARTIŞMA

Tükürük bezi taşları, sekresyonda bulunan kalsiyum tuzlarının çökmesi ve mukopolisakkaritler vasıtasıyla oluşan organik bir çekirdek etrafına yine sekresyonda bulunan inorganik ve organik materyallerin birikmesiyle meydana gelirler.⁶

Shafer ve ark.¹³ tükürük bezi taşlarının yapısını oluşturan komponentlerin % 74.3'ünü kalsiyum-fosfatın, % 11.1'ini kalsiyum karbonatın, % 6.2'sini eriyebilen tuzların, % 6.2'sini organik maddelerin, % 2.2'sini ise suyun oluşturduğunu rapor etmişlerdir.

Tükürük bezi taşları herhangi bir tükürük bezi kanalında görülebilir ancak submandibular bez ve ilgili bölgede daha fazladır (% 92). Daha az oranda (% 6) parotis bezi ve ilgili bölgede ve en az oranda da (% 2) sublingual bezde bulunduğu bildirilmiştir.^{1,2,5,11,13}

Tükürük bezi taşlarının oluşumunda anatomik yapı da önemlidir.^{5,11,13} Bilindiği gibi Wharton kanalı diğer kanallardan daha geniştir, ancak bezin kanalı mylohyoid kasının arkasında ve ön tarafta hemen ağız tabanına açılmadan önce iki dik kavis yapar. Ağız da Stenon kanalına göre daha dardır. Tüm bu anatomik özellikler sekresyonun akış hızının azalmasına ve kanalın tıkanmasına neden olur. Keza olgumuzda da tükürük bezi taşı submandibular kanalda tespit edilmiştir.

Tükürük bezi taşlarının orta yaş ve erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{5,6,8,13} Genellikle tek tarafta özellikle de sol tarafta görüldüğü bildirilmiştir.^{5,6,13} Nitekim 25 yaşındaki erkek olgumuzda da tükürük bezi taşı sol tarafta tespit edilmiştir.

Tükürük bezi taşlarının büyüklüğü değişiklik gösterebilir. Raksin ve ark.¹¹ Submandibular bezde 58x22 mm boyutlarında ve 9.5 gr ağırlığında taş rastlandığını bildirmişlerdir. Bizim olgumuzdaki taş bu büyüklükte olmamakla birlikte 1.5 cm uzunluğunda ve zeytin çekirdeği görüntümündeydi.

Tükürük bezi taşının radyografilerin önemi tartışılmazdır. Parotis taşları en iyi olarak şişirilmiş yanak pozisyonunda hastanın başı oblik yerleştirilerek anterior-posterior yönlü ekstraoral filmlerde veya ağız açık iken alınan lateral filmlerde görülebilirken, ağız tabanındaki taşlar en iyi okluzal radyografide radyopak olarak tespit edilir. Daha önce hastamızdan alınan panoramik ve periapikal radyografide ise gözden kaçmıştır. Bunların dışında endikasyonuna göre biyopsi, kimyasal analizler, komputere tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), radyonükleer tarama (sintigrafi), sialografi ve ultrasonografi tanıya yardımcı metodlar olarak kullanılabilir.^{8,14}

Bazen submandibular beze ait tükürük taşı diş röntgeninde diş kökü ya da gömük diş görüntüsü verebilir.^{10,14} Ayrıca bu taşlar radyogramda film defektlerinden, torus mandibularisten, radyopak görüntü veren yabancı cisim ve kalsifiye patolojik oluşumlardan ayırt edilmelidir.⁵ Raksin ve ark.¹¹ yaptıkları çalışmada Wharton kanalı taşlarının odontojen kökenle bir patolojik olayın klinik bulgularına benzer semptomlar verdiği için dikkatli bir muayenenin ve anamnezin gerekliliğini vurgulamışlardır. Yani tükürük bezi taşlarını sadece radyografik olarak tanı konulması yeterli değildir. İyi bir anamnez alınmalı ve dikkatli klinik muayene yapılmalıdır.^{1,2,5,6,11,13}

Tükürük bezlerinin tedavisi lokalizasyonlarına göre değişmektedir. Boşaltma kanalı ağıza yakın küçük taşlar bazen elle manüple edilerek dışarı alınabilir. Boşaltma kanalının arka kısmında bulunan taşlar için insizyon yapmak gerekir.⁴ Akuf enfeksiyonla birlikte taş olan vakalarda standart tedavi antibiyotik, analjezik ve antipiretiklerle içirir. Bazen drenaj amacıyla müdahale yapılabilir.⁴ Ancak en iyi drenaj yolu olgumuzda da olduğu gibi kanalın kendisidir. Ağız tabanındaki taşın çıkarılmasında tercih edilmesi gereken anestezi lingual dal blokajı ile birlikte mandibular anestezidir. Ağız tabanına yapılacak lokal infiltratif anestezinin dokularda gerginlik yapabileceği ve buna bağlı olarak tam olarak taşın palpasyonunu engellenebileceği rapor edilmiştir.⁷ Bizim de olgumuzda bu gerçeklerden dolayı lingual dal blokajı ile birlikte mandibular anestezisi tercih edildi.

Tükürük bezi taşlarının operatif tedavisi bazı ilke ve koşullara uymak şartıyla olumlu sonuçlar vermektedir.⁹ Olgumuzda da bir hafta ve bir ay sonra yaptığımız kontrollerde hiçbir patoloji durumu karşılaşılmamıştır.

Sonuç olarak tükürük bezi taşları (sialolithiasis) çok nadir görülen bir durum değildir. Ancak olgu ayırıcı tanı açısından önem arz etmektedir. Doğru tanı için mutlaka birkaç yöntem bir arada değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Archer HW. Oral an maxillofacial surgery. WB Saunders Co 5th ed. Philadelphia, 1975.
2. Baran S. Oral patoloji. G Ü Yayınları, Ankara, 1982: 347-348.
3. Borçbakan C. Ağız, çene ve diş hastalıkları. Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd 1981: 22-234.
4. Çetingül E, Gomel M, Seçkin T. Tükürük bezi taşları. EDFD, 1986; 7(3): 87-97.
5. Deep MF, Holte N, Gorlin RJ. Submandibular salivary gland sialoliths perforated through the oral floor. J Oral Surg, 1981; 51:134-139.
6. Gorlin RJ, Goldman HM. Thomas Oral pathology II. The CV Mosby St Louis 1970: 997-998.
7. Katipoğlu AB. Sialolithiasis tanı ve tedavisi (olgu bildirisi). Diş Hek Fak Derg 1999; 32(7): 72-75.
8. Langjous RP, Miller CS. Color atlas of common oral diseases. A Wavelly Co 2nd ed. 1992: 66-68.
9. Narang R, Dixon RA. Surgical management of submandibular sialadenitis and sialolithiasis. Oral Surg 1977; 43: 201.
10. Özbayrak T. Diş hekimliği cerrahisi. İstanbul: 265-267.
11. Raksin SZ, Gould SM, Williams AC. Submandibular duct sialolith of unusual size and shape. J Oral Surg 1975; 33: 142-145.
12. Rankow RM, Polayes IM. Diseases of the salivary glands. WB Saunders Co. Philadelphia 1976.
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. WB Saunders Co 4th ed Philadelphia, London, Toronto, Rio de Jenerio, Tokyo, 1983: 561-562.
14. Türker M, Yücatay Ş. Ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi. Atlas Kitapçılık Ltd, Ankara: 1997: 367-371.