

SUBMANDİBULER TÜKRÜK BEZİ KANALINDA İKİ PARÇALI TÜKRÜK TAŞI VAKA RAPORU

BIPARTITE SIALOLITHS IN SUBMANDIBULAR GLAND REPORT OF A CASE

*Kaan ORHAN**

*Yavuz YÜKSEL†
Özlem ÜÇOK‡*

Necdet DOĞAN§

ÖZET

38 yaşındaki erkek hasta ağız tabanında şişlik ve ağız kuruluğu şikayetleri ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın klinik ve radyolojik muayenesi sonucu submandibuler tükürük bezinin Wharton kanalında tükürük taşı tespit edilmiştir. İntraoral cerrahi müdahale ile çıkarılan taşların iki parçadan oluştuğu, muhtemelen farklı zamanlarda meydana gelen iki ayrı taş oldukları düşünülmüştür. Literatürde nadir görülen multipl tükürük bezi taşlarının değişik bir örneği olan vakamızda aynı kanalda iki ayrı tükürük taşı bulunması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Tükürük bezi taşı, sialolitiazis, ağız kuruluğu.

SUMMARY

A-38-year-old male patient was referred to our clinic for evaluation of his condition about xerostomia and swelling in the floor of the mouth. After clinical and radiological examinations, sialolithiasis were detected in the Wharton canal of the submandibular salivary gland. The sialoliths which were removed with the intra-oral approach, were seen as two separate entities and thought as possibly occurred at different times. Hence, it was worthwhile to present this case which is seen as two separate entities in the same canal, which is quite rare as multiple sialoliths in the literature.

Key words: Sialoliths, sialolithiasis, xerostomia.

Makale Gönderiliş Tarihi : 06.02.2006

Yayına Kabul Tarihi: 01.05.2006

* Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Diağnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Dr.

† Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Dr.

‡ GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerr. Anabilim Dalı, Doç. Dr.

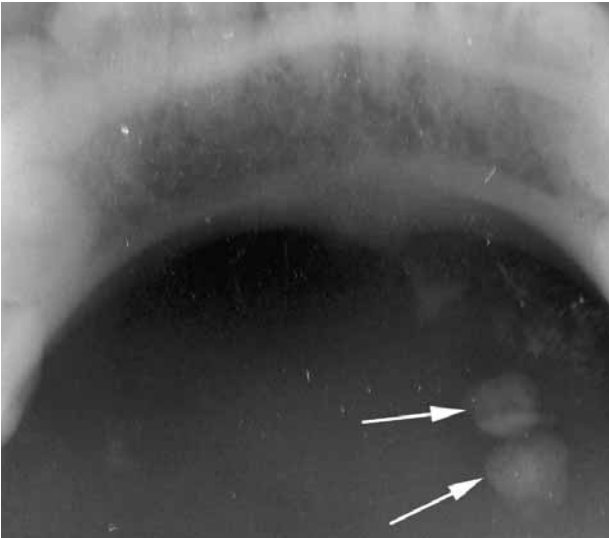
§ GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Oral Diağnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

GİRİŞ

Tükrük taşı, tükrük bezlerinin en yaygın hastalığıdır. Genç nüfusun 12/1000 oranında etkilendiği düşünülmektedir. Tükrük taşı, erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülür. Çocuklarda nadir görülmesine karşın literatürde yaşları 3 ile 15 arasında değişen 100 vaka mevcuttur. Tükrük taşları büyük çoğunlukla submandibuler bez ya da kanalda oluşmaktadır^{1,2,4,5,6,7,9}. Multiple tükrük taşı submandibuler kanalda nadiren görülmektedir. Multiple tükrük taşı birden fazla tükrük bezinde aynı anda oluşan tükrük taşı ifade eder^{6,8}. Bizim vakamız ise literatürde sık görülmeyen submandibuler tükrük bezi kanalında oluşmuş iki parçalı tükrük taşıdır.

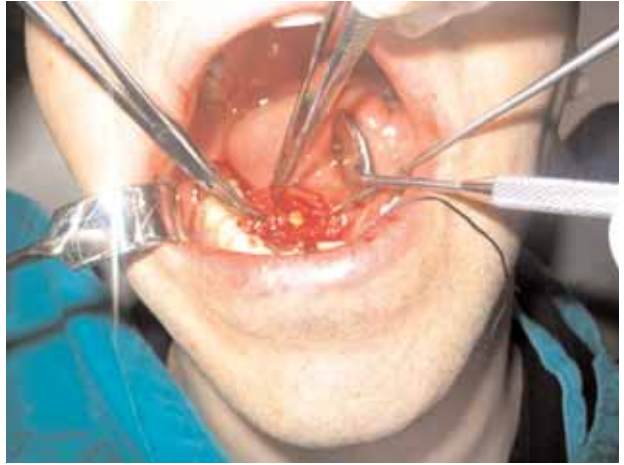
OLGU RAPORU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta ağız tabanında şişlik ve ağız kuruluğu şikayetleri ile Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı'na müracaat etti. Hastanın yapılan intraoral muayenesinde ağız tabanında submandibuler kanalın dil altında ağıza açıldığı bölgeye yakın bir şişlik palpe edildi. Submandibuler tükrük bezi muayenesinde şişlik olan tarafta tükrük akışının olmadığı diğer tarafta ise tükrük akışının az olduğu gözlemlendi. Sistemik bir hastalığının olmadığını ifade eden hasta özellikle yemek yerken ağız kuruluğu nedeniyle zorlandığını ifade etti. Hasta bir yıl önce yine buna benzer şikayetlerinin olduğunu bu şikayetlerin birkaç gün içinde geçtiğini ifade etti. Hastanın ekstraoral muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Baş-boyun lenf bezlerinin muayenesinde herhangi bir lenfadenopati gözlemlenmedi. Hastanın radyografik incelemesinde okluzal radyografda submandibular kanalda iki parçalı tükrük taşı olduğu düşünülen radyopak görüntüye rastlandı (Resim 1).



Resim 1. Okluzal radyografda tükrük taşlarının görünümü

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'nda hastaya lokal anestezi uygulanarak submandibular kanalın proksimali ipek sütürla bağlanmak suretiyle tükrük taşının geriye kaçışı önleildi. Daha sonra kanala künt bir metal sonda ile girilerek, sondanın üzerinden keşi yapıldı. Kanal içindeki iki parçalı tükrük taşı çıkarıldı (Resim 2,3). Tükrük kanalı serum fizyolojik ile iyice yıkandı. Kanalın proksimaline konulan ipek sütür bağlama çözümlenerek, kanalın kapanması ve skar dokusu gelişmemesi için lastik bir dren yerleştirildi (Resim 4). Bu lastik dren sayesinde tükrük akışı gözlemlendi. Bir hafta sonra lastik dren ve çevresindeki sütürler alındı. Hastanın yara iyileşmesinin ve tükrük akışının normal olduğu gözlemlendi. Hasta halen 6 aylık periodlarla takip edilmektedir.



Resim 2. Operasyon sırasında tükrük taşının kanaldaki görünümü



Resim 3. Tükrük taşlarının postoperatif görünümü



Resim 4. Operasyon sonrası ağız tabanının görünümü

TARTIŞMA

Tükrük taşları; mukus, deskuame hücreler veya bakteri kolonilerinin etrafında mineral tuzlarının birikmesi ile oluşan bir durumdur^{1,10}. Tükrük akışında duraklama, tükrük alkalinitesinde ve kalsiyum miktarında artış, tükrük bezi ve kanalının enfeksiyonu, fiziksel travma kalkulus oluşumunu arttırmaktadır. Submandibular tükrük bezi yoğun kalsiyum ve fosfat konsantrasyonu ile daha alkalendir ve mukus konsantrasyonunun yoğun olması nedeniyle diğer tükrük bezlerine göre tükrük taşı oluşumu açısından daha elverişli durumdadır. Ayrıca submandibular tükrük bezi kanalı ağız tabanında bulunan kasların hareketi ile yukarı kalktıkça ortaya çıkan hareketlilik tükrük akışını olumsuz etkilemektedir. Zaten bu tükrük bezinde yerçekimi ağırlığına karşı koyan bir akış mevcuttur. Bu durum submandibuler tükrük bezinde taş oluşma ihtimalini arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda da bütün tükrük bezlerinin içerisinde submandibuler tükrük bezi ve kanalında taş oluşması ihtimali % 80 oranla daha fazladır^{1,5,6,10}. Bizim vakamızda da oluşan taş submandibuler tükrük bezi kanalındaydı.

Tükrük taşlarının oluşma nedenleri bilinmesine karşın, oluşma mekanizmaları hakkındaki bilgiler son yıllarda elde edilmeye başlanmıştır. Grases ve arkadaşlarının⁵ taş oluşumu mekanizması ve etyolojik faktörler üzerine yaptığı bir çalışmada tükrük akışı sırasında amorf bir maddenin üzerinde hidroksiapatit kristalizasyonunun meydana geldiğini ve böylece taş oluştuğunu tespit etmişlerdir. Vücutta hidroksiapatit kristalizasyonuna mani olabilecek magnezyum, citrate gibi kristalizasyon inhibitörlerinin bulunmaması ya da etkin olamaması durumunda taş oluşumu meydana gelmektedir. Bu mekanizmanın hem tükrük taşlarında hem de böbrek taşlarında aynı olduğu da

ortaya konulmuştur. Aynı çalışmada tükrük taşlarında etyolojik nedenler iki büyük gruba ayrılmıştır. Bunlar; tükrük kanalı tıkanıklığı veya divertikülü gibi morfoanatomik faktörler ile yüksek hidroksiapatit saturasyonu, kristalizasyon, inhibitör yetmezliği gibi nedenlerdir. Çalışmalar tükrük akışının bozulması ile birlikte bakteriyel enfeksiyonların geliştiğini, bunun sonucu tükrük pH'nın arttığını böylece tükrükteki kalsiyum fosfat miktarının aşırı artarak tükrük kanalını tıkadığını ortaya koymaktadır. Bu tıkanıklığın taş oluşumuna neden olan hidroksiapatit retansiyonunu ve çekirdeklenmesini sağladığı düşünülmektedir^{1,5,8}. Bizim vakamızda da submandibuler tükrük bezinin anatomik dezavantajı nedeniyle kanalında taş oluştuğu, oluşan taşın iki parçalı olmasının ise taşların farklı zamanlarda oluşması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. İlk oluşan taş sonrası muhtemelen tükrük akışının bozulması nedeniyle taşın fark edilmemesi, daha sonra ikinci taş oluşumu ve kanalın tıkanması şeklinde açıklanabilmektedir. Hastanın hikayesi de bunu doğrular niteliktedir.

Tükrük taşlarının tedavisi genellikle cerrahi olarak çıkarılmalarıdır. Son yıllarda teknolojik gelişmeler sonucu, taşın kırılması veya endoskopik yöntemler de kullanılmaya başlanmıştır. Klasik cerrahi tekniklerde özellikle wharton kanalının kesilerden etkilenmesi ya da lingual sinirin iatrojenik zedelenmesi gibi komplikasyonlar mevcuttur^{3,8,11}. Bizim vakamızda wharton kanalını anatomik ve fonksiyonel olarak korumak amacıyla kanala bir metal sonda sokularak kesi bu metal sondanın üzerinden yapılmıştır. Böylece hem kanalın anatomik formu korunmuş hem de wharton kanalı ağzı tükrük akışına uygun hale getirilmiştir.

Tükrük taşlarının tedavisi yapılmadan radyolojik tetkiklerle konularının ve şekillerinin belirlenmesinin uygulanacak cerrahi müdahalenin başarısında büyük rol oynayacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Baurmash HD. Submandibular salivary stones: Current management modalities. J Oral Maxillofac Surg 62: 369-378, 2004.
2. Dalkız M, Doğan N, Beydemir B. Sialolithiasis (salivary stone). Turk J Med Sci 31: 177-179, 2001.
3. Drage NA, Brown JE, Makdissi J, Townend J. Migrating salivary stones: Report of three cases. J Oral Maxillofac Surg 43: 180-182, 2005.
4. Eggers G, Chilla R. Ultrasound guided lithotripsy of salivary calculi using an electromagnetic lithotriptor. Int J Oral Maxillofac Surg 34: 890-894, 2005.
5. Grases F, Santiago C, Simonet BM, Costa-Bauza A. Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologic factors. Clinica Chimica Acta 334: 131-136, 2003.

6. Leung AK, Choi MC, Wagner GA. Multiple sialoliths and a sialolith of unusual size in the submandibular duct: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 87: 331-333, 1999.
7. McGurk M, Makdissi J, Brown JE. Intra-oral removal of stones from the hilum of the submandibular gland: report of technique and morbidity. *Int J Oral Maxillofac Surg* 33: 683-686, 2004.
8. Shimizu M, Yoshiura K, Nakayama E, Kanda S, Nakamura S, Oh-yama Y, Nakamura N. Multiple sialolithiasis in the parotid gland with Sjögren's syndrome and its sonographic findings-Report of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 99:85-92, 2005.
9. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: An unusually large submandibular salivary stone. *Br Dent J* 193:89-91, 2002.
10. Waseem BAZ, Forte V. An unusual case of bilateral submandibular sialolithiasis in a young female patient. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 69: 691-694, 2005.
11. Ziegler CM, Steveling H, Seubert M, Mühling J. Endoscopy: A minimally invasive procedure for diagnosis and treatment of diseases of the salivary glands. Six years of practical experience. *Br J Oral Maxillofac Surg* 42: 1-7, 2004.

Yazışma adresi

Doç. Dr. Özlem ÜÇOK
GATA Dişhekimliği Bilimleri Merkezi
Oral Diagnoz ve Radyoloji AD.
Etlik/Ankara
Tel: 0312 3046063 Fax: 0312 3046020
E-posta: ozlemucok@yahoo.com