

SİALOLİTHİASİS NEDENİYLE INTRAORAL FİSTÜL* (BİR OLGU)

Nadir GÜNGÖR**

Derviş YILMAZ***

Lithiasis ve interstial kalsifikasyon insan vücudunun birçok organlarında olduğu gibi tükürük bezlerinin bez veya kanal sistemleri içerisinde de teşekkül ederler. Sialolithiasis olarak adlandırılan tükürük taşları, vakaların Yüzde 75'inde tek taş halinde görülmesine karşın yüzde 25 vakada da birden fazladır (4). Sol tarafın, sağ tarafa nazaran hastalığa, daha fazla yakalandığı görülmüştür. Nadiren bilateral olarak teşekkül ederler. Otopsi yapılan hastaların yüzde 1'ine yakınında tükürük taşı bulunduğu rapor edilmiştir.

Taşlar, daha ziyade hydroxyapatite formunda kalsiyum fosfat (yüzde 74.3), kalsiyum karbonat (yüzde 11), az miktarda magnezyum, ammonium, çözünebilir tuzlar (yüzde 6.2), su (yüzde 2.2), organik maddelerde ise (yüzde 6.2) karbonhidratlar, aminoasitler ve az miktarda lipidlerden meydana gelmiştir (7).

Bu yapıların oluşumunda çok değişik fikirler vardır. En fazla taraftar toplayan fikir; desquamatif epitel hücrelerinin ve ya bakterilerinin nüveyi teşkil ettiğini ve etrafında tuzların precipitasyonu ile taşların şekillenmesidir. Genelde taşlar tabakalı yapı göstermektedirler (7).

(*) H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi 2. Bilimsel Kongresinde (1-4 Mayıs 1986) tebliğ edilmiştir.

(**) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı, öğr. Üyesi, Doç. Dr.

(***) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı, Araş. gör.

SIALOLITHIASIS

Birbirlerine yapışmış yumuşak kum tanesinden taş sertliğine kadar değişen bir kıvam gösteren taşlar, sarımsı beyazdan kahverengiye kadar değişik renkte ve boyuttadırlar. Sıklıkla 2-3 gr. ağırlığındadırlar. Trorowgood 93 gr., Borçbakan ise 15 gr. ağırlığında taş çıkarmışlardır (3).

Tükrük taşlarının en çok (% 80 - 90) yerleşim gösterdiği bölge submandibuler tükrük bezi ve kanalının içerisidir. % 10 - 20 oranında parotis bezi ve kanalında, % 2 - 5 oranında dil altı ve minör tükrük bezi ve kanallarında lokalize olurlar (5 - 7 - 9). Rouch, 1200 vakada yaptığı analizde % 83 Submandibuler, % 10 Parotis ve % 7 sublingual bezde olduğunu bulmuştur. Levy, 180 vakasında, % 80 submandibuler, % 19 parotis ve % 1 sublingual bezde taşın lokalize olduğunu bildirmiştir. Robertin ise 86 vakasında 50'si wharton kanalında, 28'i submandibuler bezde, 6'si stemon kanalında ve 2'sinin de parotiste olduğunu rapor etmiştir (3).

Minör tükrük bezi ve kanalındaki taşlar ise yetişkinlerde üst dudak ve bukkal mukozada daha sıklıkla görülürler (7).

Tükrük taşları genellikle yetişkinlerde 25 - 50 yaşları arasında ve kadınlara nazaran erkeklerde daha sık olarak görülürler. Ayrıca küçük çocuklarda hastalığa ender de olsa rastlanılır. Burder 3 haftalık bir çocukta da tükrük taşı görüldüğünü bildirmektedir.

Taşlar asemptomatik olarak geliştiklerinden bazan latent devri çok uzun sürer. Taşlar lokalize olup kanalı tıkayınca tükrük stasyonundan dolayı tükrüğün akışı azalır (4). Özellikle yemek zamanlarında artan ağrı ve şişlik en belirgin semptomlardır (1-4). Bazı vakalarda bez bölgesinde kulak ve boyuna doğru yayılan ağrılar olabilir. Taş kanal ağzına yakın bir yerde yerleşmişse recurrent iltihabı reaksiyonlar görülür. Sekonder enfeksiyon gelişerek bez ve kanalla birlikte çevre dokularda sellulit meydana getirebilir. Oral mukozada, süperficial minör tükrük bezlerindeki taş nedeniyle nonkeratotik beyaz lezyonlar görülebilir.

Taşın teşhisinde bimanuel palpasyonun yanısıra prob olarak da adlandırılan ucu künt flexible düzgün ve ince sondalardan da yararlanılır. Taşın kati teşhisinde ise röntgen, sialografi

ve gerekli görülürse sintigrafi uygulanır (1-9). Lateral, lateral oblik, anterior - posterior kafa grafileri ile okluzal ve periapikal filmlerle taş lokalize edilebilir (9). Sübmandibuler taşların % 20'si, parotis taşlarının % 40'ı bazan mineralizasyonlarının yetersiz olduğundan radyolüsent görüntü verirler (2). Genelde, parotiste lokalize taşların radyoopasitesi submandibulerdeki taşlara nazaran daha düşüktür (7).

Taşlar tek oldukları zaman yuvarlak oval zeytin tanesi görünümündedirler. Kanal içindeki taşlar düzgün yüzeyle olup kanalın şeklini alırlar. Bez içindeki lokalize olanlar ise hacimce daha büyük olup pürüzlü yüzeyledirler.

Tükrük taşlarına benzerlik gösteren phlebolith, kalsifiye lenf nodülleri, mucus plug, yabancı cisimler, hyoid kemik, stylohyoid ligament, atheramatous fasial arter duvarındaki kalsifikasyonlar, myositis ossifikans, tonsillolithlerle taşların ayırıcı teşhisleri yapılmalıdır (4 - 9).

Tükrük taşlarının tedavisi cerrahidir.

VAKA RAPORU

M.E. isimli 26 yaşında erkek hasta Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi polikliniğine 19.3.1983 tarihinde başvurdu.

Hastanın anamnezinde sistemik bir bulgu yoktu. Hastanın geliş nedeni, ağız tabanındaki şişlik ile yemek yeme esnasındaki zorluk ve ağrı idi. Hasta, yemek yeme esnasında ağrılarının arttığını ve şişlik oluştuğunu ifade etti. İntraoral olarak, fistül ağzı hyperemik görünümde olup sonda tatbik edildiğinde kanalda tıkanıklık tespit edildi ve kanal üzerine yapılan tazyikle püy akışı gözlemlendi.

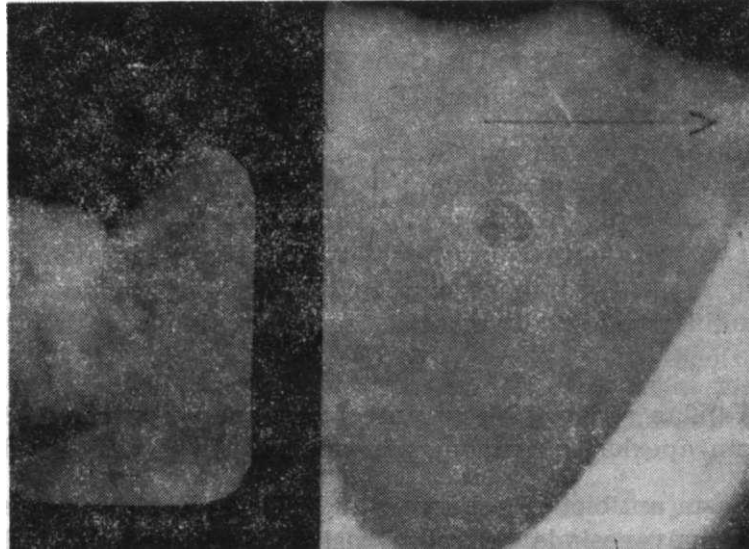
Yapılan radyolojik muayene de ise sol alt çenede 7 - 8 nolu dişlerin apexleri hizasında radyoopak görüntü tesbit edildi.

Hasta antibiotik baskısına alındı. Bir hafta sonra tekrar yapılan muayenesinde ekstraoral şişlikte farkedilir derecede küçülme görüldü. Sübjektif belirtiler geçmişti.

SIALOLITHIASIS



Şekil I : Sialolithiasisin neden olduğu fistülün ağız tabanından görünümü.

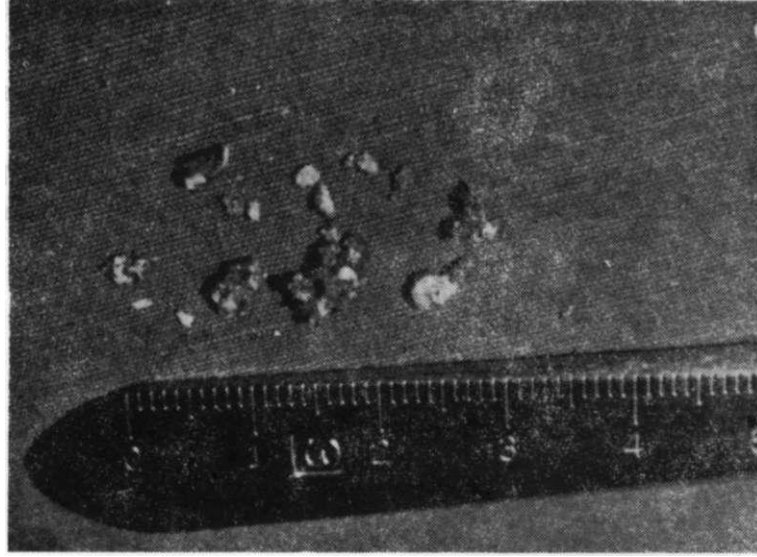


Şekil II : Periapikal ve okluzal radyografilerde taşın görünümü.

Premedike edilen hasta, lokal regional anesteziyi takiben operasyona alındı.

Ağız tabanı ameliyat için uygun bir şekilde belirlendikten sonra sonda ile taşın yeri tesbit edilerek buranın üzerinden yapılan ensizyonla taşın bulunduğu bölgeye girildi. Bu bölgede kanalın dilate vaziyette olduğu tesbit edildi. Çok sayıda irili ufaklı taşlar çıkartılarak dren tatbik edilip hasta postoperatif bakıma alındı. Dren 48 saat sonra çıkarıldı. 3. günde yapılan kontrolde ise hastanın şikayetlerinin tamamen ortadan kaybolduğu görüldü.

Çıkarılan tükrük taşlarının makroskopik muayenesinde, orta sertlikte, sarımsı kahverengi renkte, sivri keskin kenarlı ve düzgün yüzeyli oval şekilde lamelli yapı arzeden irili ufaklı çok sayıda taş parçaları tesbit edildi.



Şekil III : Çıkarılan sialolithiasislerin görünüşü.

ÖZET

Tükrük taşları, tükrük bezi içinde veya kanalın herhangi bir yerinde lokalize olabilen kalsifiye yapılardır. Vakaların % 75'inde tek taş halinde, daha az olarak da birden fazla görü-

SIALOLITHIASIS

lürler. Taşlar; % 80-90 arasında submandibuler tükürük bezi ve kanalında, % 6 - 20 oranında parotis bezi ve kanalında, ve % 2 - 5 oranında da sublingual ve minör tükürük bezi ve kanallarında lokalize olmaktadır.

Bir erkek hastada wharton kanalında saptanan sialolithiasis vakası bildirilmiştir. İntraoral fistül oluşturması açısından ilginçtir.

SUMMARY

INTRAORAL FISTULA CAUSED BY SIALOLITHIASIS

Sialolithiasis is the formation of a calcified structure within the gland or ductal system of the salivary glands. In the majority of the cases (75 %) a single sialolith is present but two or more calculi have also been seen rarely.

In order of frequency the glands involved are the submandibular (75 %), parotis (6-20 %) and sublingual (2-5 %).

A case of sialolithiasis in wharton duct in a male has been reported. The occurrence of intraoral fistula was interesting in this case.

KAYNAKLAR

1. Archer, W.H. : Oral ve Maxillofacial Surgery Vol : I. fifth ed. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 1975.
2. Bhaskar, S.N. : Synopsis of Oral Pathology sixth ed. The C.V. Mosby Comb. St Louis - Toronto - London 1981.
3. Borçbakan, C. : Ağız ve Çene Hastalıkları. A.Ü. Basımevi, Ankara 1975.
4. Killey, Seward, Kay, An outline of Oral Surgery II. John Wright ve Sons Ltd. Bristol 1975.
5. Malcolm Lynch, Pathology of the salivary glands (P.L.4) American Society of Clinical Pathologists, Chicago, 1977.
6. Malcolm, A. : Lynch, Burket's Oral Medicine Seventh Ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, Toronto 1977.
7. Rankow, R., Polayes, I. : Diseases of the salivary glands W.B. Saunders Company. Philadelphia 1976.
8. Baran, S. : Oral Patoloji, Gazi Üniv. Yayın No : 9., Ankara 1982.
9. Wood, K.N., Goaz, P.W. : Differential Diagnosis of Oral Lesion. The C.V. Mosby Comp., Toronto 1980.