

## TÜKRÜK BEZİ TAŞLARI (Vaka Raporu)

Ateş ERİNANÇ\*

Ergun YÜCEL\*\*

Mustafa TÜRKER\*\*\*

Ertan DELİBAŞI\*\*

Tükrük bezlerinin, bez veya kanal sistemleri içerisinde oluşan kalsifiye yapı formasyonlarına sialolithiasis denilir (1, 2,3,8).

Bunlar, genelde % 75 Kalsiyum fosfat, % 10 Kalsiyum karbonat, % 6,2 çözünebilir tuzlar, % 6,2 organik maddeler ve % 2,2 su'dan meydana gelmişlerdir.

Bu yapılar, bez içerisindeki desquame epitel hücreleri veya bakterilerin çekirdek vazifesi görmeleri ve bunun etrafında tuzların çökelmeleri ile meydana gelirler, taş yapısı genelde tabakalıdır. Bu tabakalar; protein bulunduran matriks, yağ asitleri ve polisakkaridler, hidroksiapatitten oluşmuş inorganik bileşenlerden meydana gelmiştir. Bazı taşlar kesitlerde homojen, bazıları konsentrik tabakalar içerirler (1,2,6,8).

Büyükliklerinin, tuz tanesi büyüklüğünden, 2 - 5 0 mm.'ye ve ağırlıklarının 6 - 15 gr. olduğu rapor edilmiştir (2, 6).

Tükrük bezi taşlarının en çok yerleşim gösterdiği yer, Warthon kanalı veya Submandibuler tükrük bezinin içerisidir. Parotis bezi veya bezin kanalı (Stensen's duct), taşların ikinci olarak en çok yerleşim bölgesidir. Sublingual bez ve kanalı (Bartholin Duct) taş yerleşiminde ender bölgedir (2). Rapor edilmiş 1200 vakada yapılan bir analizde, % 83 submandibuler, % 10 Parotis, % 7 Sublingual bezde bulunmuşlardır. Otopsi yapılan hastaların % 1'ine yakınında, tükrük bezi taşı bulunduğu dair birçok araştırmacı tarafından benzer bilgiler verilmiştir (6).

( \* ) G.Ü. Diş Hek. Fak. Ağ. Diş Çene Hast. ve Cerr. Bilim Dalı/Oral - Diagnostics Araştırma Görevlisi.

( \*\* ) G.Ü. Diş Hek. Fak. Ağ. Diş Çene Hast. ve Cerr. Bilim Dalı A. Gör.

(\*\*\* ) AÜ. ve G.Ü. Diş Hek. Fak. Diş Çene Hast. ve Cerr. Bilim Dalı Bask.

Tükrük taşları genelde erginlerin (35 yaş üstü) hastalığıdır, erkeklerde daha fazla meydana gelir. Erkek ve kadında meydana gelme oranı 2 : 1'dir, küçük çocuklarda da hastalığa az da ol-sarastlanır (2, 5, 6, 8).

Erken safhalarında mineralizasyonları yetersiz olduğundan radiograflar üzerinde görülmezler (3). Büyük tükrük bezleri ve kanallarındaki taşların ortaya çıkartılmasında radiograflar kullanışlıdır (4, 5). Radiograflar alınırken, normal çene filmlerinde verilen ekspoz zamanından daha az süre verilir (4).

Tükrük taşlarının temel semptomları, yemek esnasında şişliğin artması, bazı vakalarda bez bölgesinde kulak ve boyuna doğru yayılan ağrılar olabilir. Yemek zamanları arasında ağrı ve şişlik sekresyonun tıkanıklığın etrafından akması nedeniyle azalır, kanal ve bezdeki bası kaybolur. Taş kanal ağzına yakın bir yerde yerleşmişse, kanal ağzının mukozasında tekrarlayan iltahabi reaksiyonlar görülür. Bezde sekonder enfeksiyon gelişerek, bez ve kanalı saran dokularda sellülit meydana getirebilir. Hasta ağız tabanında kronik bir şişlikten şikayet eder, taş palpasyonla kolaylıkla hissedilir (1, 2,3, 5, 7, 8).

Taşlar önemli derecede büyüdüklerinde kanalın parsiyel veya tüm olarak tıkanmalarına neden olurlar (3)

Genelde tek bir bezin etkilenmesine rağmen çift taraflıda olabilir ve tek bir tükrük bezinde birkaç tane tükrük taşının şekillenmesi çok görülen olaylardandır (2, 6)

Tükrük taşları ya oval veya yuvarlaklırlar, "Warthon kanalındaki taşlar hurma çekirdeği şeklindedir, Parotis bezinin küçük taşlarının boyu uzun, uçları sivri ve keskindir. Büyük olanları genellikle irregüler şekildedirler, renkleri beyazdan esme-re kadar değişir (5,6).

#### VAKA RAPORU

**18.12.1982** tarihinde kliniğimize gelen **57** yaşındaki erkek hasta sağ yanak bölgesindeki sertlikten ve yemekler esnasında yanağının şişmesinden şikayetçiydi, ağrısı yoktu.

Hastadan alınan anamnezde, bu bölgede çıkan ağız - dışı bir fistülü, birkaç yıl önce şiş sokarak tedaviye çalıştığını, zamanla da sertliğin oluştuğunu öğrendik.

Her iki tarafta vestibulüm oris yanak mukozası kurutulduktan sonra, sağ ve sol bezlere uyguladığımız masajlarda, salya akımının, sol tarafa göre daha az olduğu, pü geldiği ve papillanın inflamatuvar özellikte olduğu gözlemlendi, palpasyonla da sert kitle lokalize edildi.

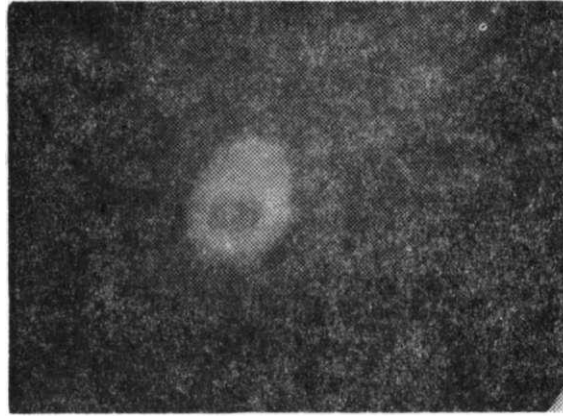
Vestibulüm oris'te, sertliğin bulunduğu bölgeye bir periapikal film koyarak yaptığımız radiografide, 6-7 no'lu dişlere rastlayan bölgede taş varlığı saptandı (Resim: 1).

Hastanın genel sağlık durumu ve ağız hijyeni iyi durumda idi.

Stenon kanalının etrafına % M4 + % 0,01 Novocdin Corbasil ile çevresel blokaj uygulandı. Taş başparmak basısı ve bir küret yardımıyla çıkartıldı.

Taş irregüler, sarımsı beyaz renkte ve boyu 1 cm'den bir miktar fazla idi (Resim : 2).

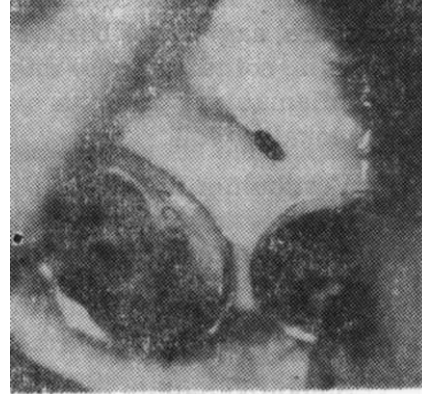
Genişlemiş olan kanal ağızma (Resim : 3) rivanol ile irrigasyon yapıldı ve 24 saat Terramycyne'li gaz tampon uygulandı, daha sonra tampon çıkartıldı, 3. günde görüntü normaldi.



**Resim : 1**



Resim : 2



Resim : 3

## Ö Z E T

### Tükrük Bezi Taşları (1 vaka nedeniyle)

Tükrük bezlerinin, bez veya kanal sistemleri içerisinde oluşan kalsifiye yapı formasyonlarına sialolithiasis denir.

Sağ yanağında şişlik ve sertlik şikayetiyle kliniğimize başvuran hastamızda, salya akımının şişlik olan tarafta daha az olduğunu, papillanın enflamasyonlu ve kanaldan pü geldiğini gözledik. Yanak içerisinde periapikal film koyarak yapılan radyolojik muayenede 6 - 7 nolu dişlere rastlayan bölgede ortalama 10 mm. büyüklüğündeki taş gözüktü. Kanal ağzının lokal anesteziyi müteakip taş baş parmaklarla yapılan masaj ve küret yardımıyla alındı.

Operasyondan sonraki üçüncü günde mukoza normal görünümüne döndü.

## SUMMARY

### Sialolithiasis (A case report)

According to the literature about sialolithiasis, there is pain and swelling in the patient involved.

Despite of swelling of the cheek and hardness in the vestibulum oris there was no pain. Another peculiar aspect of the case was that the patient has treated an extra - oral fistula with a knitting needle two years previously, and he has succeeded.

**Radiographic examination of the vestibulum oris that were swelling and hardness, we observed a stone in the parotid duct.**

**The calculus is removed by an operation, and the postoperative examination after 3 days was normal.**

#### KAYNAKLAR

1. ARCHER, W. H. : Oral and Maxillofacial Surgery. (950 - 974) Vol I., Fifth Ed. W.B. Saunders Comp. 1975.
2. MALCOLM, A.L. : Oral Medicine. (212 - 213), Seventh Ed. JJB. Lippincot Comp. 1977.
3. WOOD, K.N., GOAZ, P.W. : Differential Diagnosis of Oral Lesions. (497 - 499), The C.V. Mosby Comp. 1975.
4. WUEHRMANN and MANŞON - HING. Dental Radiology. (353 - 355), Third Ed. The C.V. Mosby Comp. 1973.
5. BHASKAR, S.N. : Synopsis of Oral Pathology. (499 - 503), Forth Ed. The C.V. Mosby Comp. 1973.
6. TÜRKER, M.N., DEMİRALP, AS. : Sialolithiasis of The Salivary Gland Ducts. (265 - 268). A.Ü. Dişhek. Der., Cilt I, Sayı 3, 1976.
7. MITCHELL, D.P., STANDISH, M.S., FAST, T.B. : Oral Diagnosis/Oral Medicine. Lea and Febiger 1974.
8. SHAFER, KENE, LEVY. : Textbook of Oral Pathology. (512-513). W.B. saunders comp. 1974.