



Olgu Sunumu (Case Report)

Cilt 2 - Sayı 3: 74-77 / Eylül 2019

(Volume 2 - Issue 3: 74-77 / September 2019)

DEV SUBMANDİBULER GLAND KANAL TAŞI: BİR OLGU SUNUMU

Musa SADIKHOV^{1*}, Şule KAHRAMAN¹, Ziver Ergun YÜCEL¹

¹Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, 06510, Ankara, Türkiye

Gönderi: 12 Nisan 2019; **Kabul:** 23 Temmuz 2019; **Yayınlanma:** 01 Eylül 2019

(Received: April 12, 2019; **Accepted:** July 23, 2019; **Published:** September 01, 2019)

Özet

Sialolitler tükürük bezlerinin duktal sistemi içerisinde gelişen kalsifiye yapılar olarak bilinmektedir. Oluşma nedenlerine dikkat etmemiz gerekirse genellikle tekrarlayan kronik ve akut süpüratif sialodentitis sonucu oluştuğu varsayılmaktadır. Sialolitler içerik olarak inorganik kalsiyum ve sodyum fosfat tuzlarından oluşmaktadır. Bu sialolitlerin kanal lümenindeki bir debris etrafında farklı çeşit tuzların birikmesinden kaynaklandığına inanılmaktadır. Dev sialolit dediğimizde uzunluk olarak 15 mm ve ağırlık olarak 1 gramdan ağır sialolitler düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda submandibuler duktusda lokalize olan 2*1*1 boyutlarında bir sialolit intraoral yaklaşımla eksize edilmiş ve duktusun fonksiyonu normal tükürük akışı ile berpa edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sialolitiazis, Submandibular tükürük bezi, Tükürük bezi hastalıkları


Giant Submandibular Gland Duct Sialolith: A Case Report


Abstract: Sialoliths are known as calcified structures developed within the ductal system of salivary glands. It is assumed that if we need to pay attention to the causes of the event, it is usually the result of recurrent chronic and acute sialodentitis. It is believed that these sialoliths are caused by the accumulation of different kinds of salts around a debris in the channel lumen. When we say huge sialolith, we mean that sialoliths which are bigger than 15 mm in length and more than 1 g in weight. In this case report of a sialolith of 2 *1* 1 cm size localized in the submandibular duct was excised with an intraoral approach and the function of the duct was reestablished again with normal salivary flow.


Keywords: Sialolithiasis, Submandibular gland, Gland disorders

***Corresponding author:** Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, 06510, Ankara, Türkiye

E mail: dr.musa.sadikhov@gmail.com (M. SADIKHOV)

Musa SADIKHOV  <https://orcid.org/0000-0002-4667-6888>

Şule KAHRAMAN  <https://orcid.org/0000-0001-9454-7733>

Ziver Ergun YÜCEL  <https://orcid.org/0000-0001-7161-6433>

Cite as: Sadikhov M, Kahraman Ş, Yücel ZE. 2019. Giant submandibular gland duct sialolith: A case report. BSJ Health Sci, 2(3): 74-77.

1. Giriş

Sialolithiasis tükürük bezlerinin kabakulaktan sonra en yaygın hastalıklarından biri olup diğer hastalıklarla

kıyasla ortaya çıkma sıklığı yüksektir. (Levy ve ark, 1962). Her 1000 yetişkinin yaklaşık 12'si, sialolitiazis şikayeti ile hekimlere sevk edilip cinsiyet olarak ise erkekler

kadınlardan iki kez daha fazla bu hastalıkla karşılaşmaktadırlar (Leung ve ark, 1999; Cawson ve ark, 1998). Çocuklar daha ender sialolitiazisden etkilenmiştir. Tükürük bezlerinde oluşmuş olan sialolitlerin %80 ağırlık olarak submandibuler tükürük bezinde, %6 parotis bezinde, %2 sublingual ve diğer küçük tükürük bezlerinde izlenmiştir. Aynı anda birden fazla sialolit farklı tükürük bezlerinde bulunması çok ender olup yaklaşık olarak %3 oranında izlenmektedir (Levy ve ark, 1962; McKenna ve ark, 1987; Perotta ve ark, 1987). Literatürde yaklaşık olarak %70-80 sialolit vakalarının %5 oranında birden fazla tükürük bezinde sialolit izlenmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi sialolitler bir debris etrafında inorganik kalsiyum ve sodyum fosfat tuzlarının birikmesi ile oluştuğuna inanılmaktadır. Debris içerik olarak yoğunlaşmış mukus, bakteriya, duktal epitelial hücreler ve yabancı cisimler içermektedir. Ortaya çıkma sıklığı genellikle 30-50 yaş arası olup sağ ve sol bölge prevalansı bulunmamaktadır (Yıldırım ve ark, 2004). Sialolitlerin etiyolojik nedenleri bilinmese de 3 ön koşulun etiyolojik neden olabileceği düşünülmektedir:

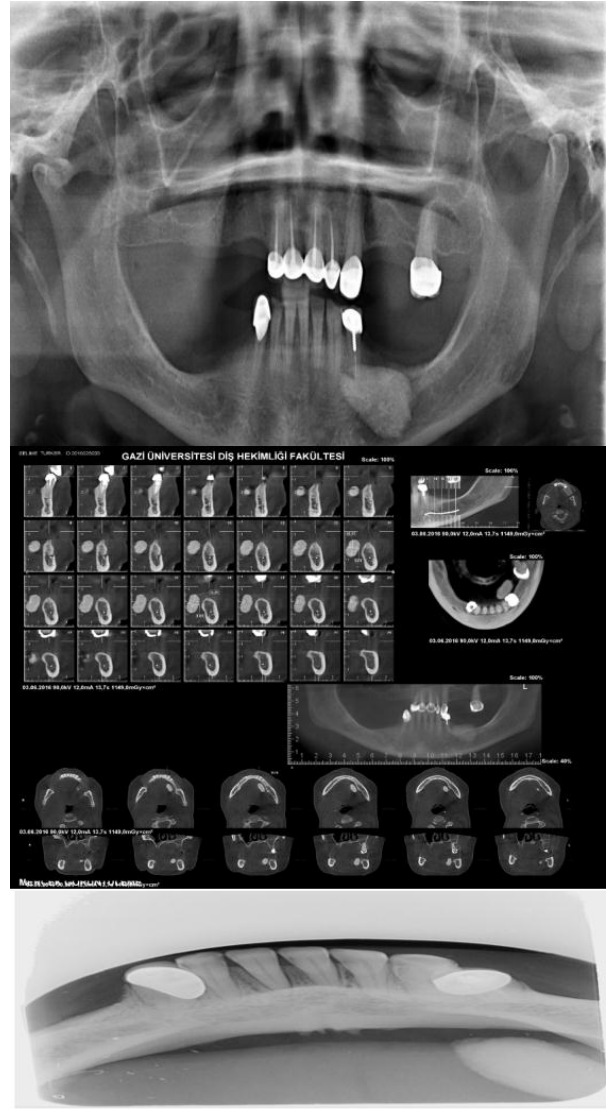
1. Neyrohumoral regülasyonun kontrolden çıkması tükürük akışının zayıflamasına neden olmaktadır
2. Sialolit için bir nidusun ve ya matriksin bulunması
3. Tükürük bezinde var olan bir enflamasyonun metabolik mekanizmayı etkileyerek sialolit oluşumunu hızlandırmaktadır (Balaji, 2013).

Tükürük bezleri arasında sialolitlerin ortaya çıkma sıklığına bakılması gerekirse onlar % 80 oranında submandibuler bezde karşılaşmış olup bunlarında nedeni aşağıdaki şekilde olmaktadır:

1. Parotisin asidik tükürüğüne karşılık submandibuler tükürüğünün pH-1 daha alkali olmaktadır (6.8-7.1)
2. Submandibuler tükürük bezinin salgısında daha fazla kalsiyum ve fosfat tuzların bulunmaktadır ki bunlarda genel olarak apatit şeklindedir.
3. Submandibuler tükürük bezinin daha alkali olmasıyla bu tuzları çökmesi kolaylaşmaktadır
4. Submandibuler bezin salgıladığı tükürük daha viskoz olmaktadır (sero-mükoz salgı)
5. Submandibuler tükürük bezinin duktusu çok uzun olup orifisle duktusun farklı düzlemlerde olması tükürüğün kanalda göllenmesine ve minerallerin çökmesine neden olmaktadır (Balaji ve ark, 2013).

2. Olgu Sunumu

54 yaşlı kadın hasta sol submandibuler bölgede şişlik hikayesi ile kliniğimize başvurmuştur. Hastadan alınan anamneze göre hiç bir sağlık problemi bulunmadığı ve bu şişliğin onu rahatsız ettiği ve ara sıra yemek yerken o bölgede ağrı olduğu öğrenilmiştir. Ekstraoral ve intraoral palpasyon sonucu submandibuler alandaki şişlik bölgesinde sert, hareketsiz bir yapı palpe edilmiştir. Yapılan radyolojik (Panoramik, Oclusal filmler ve CBCT: Şekil 1) inceleme sonucu bunun sialolit olduğu tespit edilmiştir.



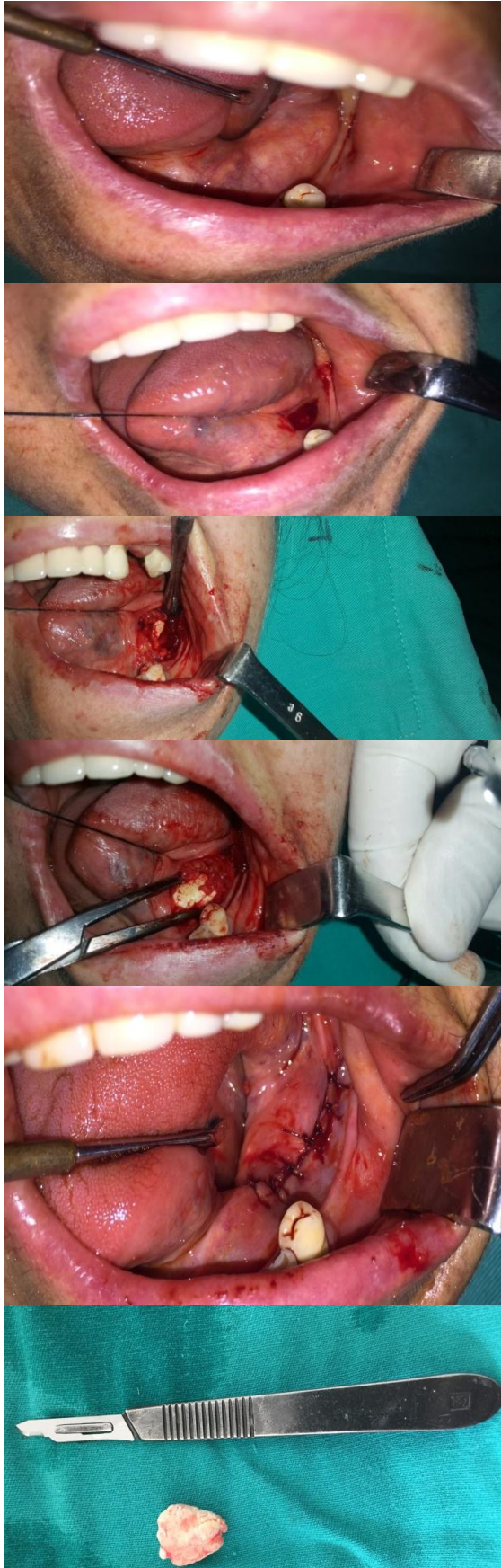
Şekil 1. Panoramik, CBCT ve Oclusal filmler.

Tespit edilen sialolit intraoral yaklaşımla lokal anestezi altında eksize edilerek patolojik incelemeye gönderilmiştir (Sonuç sialolit 2*1*1cm). Postoperatif olarak hastaya Augmentin 1g, Majezik 100mg ve Oroheks gargara reçete edildi. Ameliyat sonrası hasta şikayetleri giderildi ve yapılan 2 yıllık takip sonucu nüks olayı izlenmemiştir (Şekil 2).

3. Tartışma

Sialolitler tükürük bezin duktusunun veya kendisinin obstrüksiyonu sonucu oluştuğu düşünülse de tam neden halen tam olarak bilinmemektedir. Kalkulusun oluşma mekanizması tam olarak bilinmese de bununla bağlı bir teorinin var olduğu bilinmektedir (Epker ve ark, 1972). Sialolitler yaygın olarak 1-10 mm boyutlarındadır, ancak dev sialolitler (3,5 cm'den büyük) zaman zaman bildirilmiştir (Ledesma-Montes ve ark, 2007). Enfeksiyon yokluğunda uzun süreli tıkanıklık, salgı fonksiyonunun ve sonuçta fibrozisin yetersiz olması ile bezin atrofisine yol

açabilmektedir (Marchal ve ark, 2001). Bu durumda görülen gibi büyük sialolitler nispeten nadirdir.



Şekil 2. İntraoperativ fotoğraflar.

Bildirilen en büyük sialolit, 6 cm uzunluğundaydı ve kuru ağırlığı 50 gramdı (Vittal ve ark, 2002). Vakamızda tespit edilen sialolit boyutları 2*1*1 cm olduğu belirlenmiştir. Submandibuler bez taşlarının %80-94.7'sinde radyopak olduğu ve intra ve extraoral radyografik incelemelerde, CT, ultrason tetkikleri ile doğru anatomik olarak lokalize edilebilmektedir. Ultrason incelemesi CT'ye göre daha sorunlu olup küçük sialolitlerin büyüklerden ayırmak ultrasonla CT'ye göre daha zor olmaktadır (Avrahami ve ark, 1996; Yoshimura ve ark, 1989).

Sialolitlerin lokalizasyonlarını sınıflandırmak gerekirse 1. Molar diş bölgesinde dişin transvers ilişkisine göre bu sınıflama yapılabilmektedir. Bu sınıflamaya transvers hattın önünde lokalize olan sialolitler anterior, arkasındakiler ise posterior olarak sınıflamaya dahil edilmişlerdir. Anterior taşlar genel olarak duktusda lokalize iken posterior sialolitler hem duktus hem de bez içinde lokalize olabilirler. Vakamızda sialolit pozisyonu anterior konumda olduğu hem ameliyat sırasında hem de radyografik olarak görülmektedir (Yaman ve ark, 2006).

Büyük sialolitlerin genellikle bez içinde lokalize olmasına karşın bazı çalışmalarda duktus içerisinde de bulunduğu rapor edilmektedir. Messerly 66 yaşlı bir erkek hastanın Stenon kanalından yaklaşık 51 mm'lik bir sialolit çıkarmıştır. Brusati ve Fiaminghi 55 yaşlı erkek hastada sol submandibuler duktusdan yaklaşık olarak 27*31mm boyutlarında bir sialolit çıkarmışlardır. Yakın zamanlarda Leung ve ark sağ submandibuler duktusdan yaklaşık 14*9 mm boyutlarında bir sialolit çıkarılmasını gerçekleştirmişlerdir. Bizim vakamızda çıkarılmış olan sialolit (20*10*10 mm) uzunluğu 20 mm genişlik ve yükseklik olarak ise 10 mm civarında olduğu ve yukarıda boyutları verilen diğer çalışmalarda olduğu aşikar şekilde görülmektedir (Raskin ve ark, 1975; Mustard ve ark, 1945; Rust ve ark, 1969; Brusati ve ark, 1973).

Sialolitlerin Warton kanalının ağzından yaklaşık olarak 2 cm uzaklıkta olduğunda transoral yaklaşım tercih edilirken bu mesafe daha fazla olduğunda lingual sinir ve arteti zedelememek için ekstraoral yaklaşım tercih edilmektedir. Vakamızda sialolit lokalizasyonu 2 cm uzaklıkta olduğu için transoral yaklaşım tercih edilmiştir.

Çıkar İlişkisi

Yazarlar bu çalışmada hiçbir çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmektedirler.

Kaynaklar

- Avrahami E, Englender M, Chen E, Shabtay D, Katz R, Harell M. 1996. CT of submandibular gland sialolithiasis. *Neuroradiology*, 38: 287-290.
- Balaji, SM. 2013. *Textbook of oral and maxillofacial surgery*, 2/e. Elsevier India.
- Brusati R, Fiamminghi L. 1973. Large calculus of the submandibular gland: report of case. *J Oral Surg*, 31: 710-711.
- Cawson RA, Odell EW. 1998. *Essentials of oral pathology and oral medicine*. 6th ed. Churchill Livingstone; Edinburgh: pp. 239-240.
- Epker, BN. 1972. Obstructive and inflammatory diseases of the major salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 33(1):

- 2-27.
- Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz M, Salcido-García JF, Hernández-Flores F, Hernández-Guerrero JC. 2007. Giant sialolith: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 65(1): 128-130.
- Leung AK, Choi MC, Wagner GA. 1999. Multiple sialoliths and a sialolith of unusual size in the submandibular duct. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 87: 331-333.
- Levy DM, ReMine WH, Devine KD. 1962. Salivary gland calculi. Pain, swelling associated with eating. *JAMA*, 181: 1115-1119.
- Marchal F, Kurt A, Dulguerov P, Becker, Oedman M, Lehmann W. 2001. Histopathology of submandibular glands removed for sialolithiasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 110: 464-469.
- McKenna JP, Bostock DJ, McMenamin PG. 1987. Sialolithiasis. *Am Fam Physician*, 36: 119-125.
- Mustard TA. 1945. Calculus of unusual size in Wharton's duct. *Br Dent J*, 79: 129.
- Perrotta RJ, Williams JR, Selfe RW. 1987. Simultaneous bilateral parotid and submandibular gland calculi. *Arch Otolaryngol*, 104:469-476.
- Raskin S Z, Gould S M, Williams AC. 1975. Submandibular duct sialolith of unusual shape and size. *J Oral Surg*, 33: 142-145.
- Rust TA, Messerly CD. 1969. Oddities of salivary calculi. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 28: 862-865.
- Vittal U, Shetty SC, Manvikar P, Kini U, Gupta S. 2002. Giant sialolith (megalith) of submandibular salivary gland. *Australian J Otolaryngol*, (online at http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3868/is_200204/ai_n9070046(erişim tarihi: 30, 2007)).
- Yaman F, Ünlü G, Atılğan S. 2006. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: (olgu sunumu). *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg*, 16(2): 70- 73.
- Yıldırım A. 2004. A case of giant sialolith of the submandibular salivary gland. *Ear Nose Throat J*, 83(5): 360-361.
- Yoshimura Y, Inoue Y, Odagawa T. 1989. Sonographic examination of sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg*, 47: 907-912.