

Spontan Ekstrüde Olan Dev Boyuttaki Submandibuler Sialolithiazis Olgusu

A Case of Spontaneous Extruded Giant Size Submandibular Sialolithiasis

Ünal Gökalp IŞIK¹, Erdem Atalay ÇETİNKAYA¹, Nuray ENSARI¹, Özer Erdem GÜR¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB AD, Antalya

Öz

Sialolithiazis tükürük bezlerinin parankimi ve duktus yapıları içinde kalsifik materyalin birikmesi nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Hastalığın semptomatik insidansı, yıllık milyonda 27 vakadır. Semptomatik olması halinde sıklıkla tükürük bezinde şişlik ve ağrı ile seyredir. Semptomatik seyreden sialolithiazis olgularında taşın %80 oranında submandibuler glandda yerleşimli olduğu görülmüştür. Günümüzde semptomatik olguların tedavisi için minimal invaziv cerrahi girişimler ön plandadır. Minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar ile fasial, lingual ve hypoglossal sinir hasarlarının en aza indirildikleri belirtilmiştir. Ayrıca yaygın inanışın aksine; yapılan birçok çalışmada taş çıkarıldıktan sonra bezin işlevinin geriye döndüğü gösterilmiştir. Sunumumuzda sağ submandibuler sialolithiazis olgusunun cerrahi uygulanmadan nasıl tedavi edildiği literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağız Tabanı, Submandibuler Bez, Tükürük Bezi Taşı

Abstract

Sialolithiasis is a disease, caused by the accumulation of calcific material in the parenchyma and ductus structures of the salivary glands. The symptomatic incidence of the disease is 27 cases per million per year. If it is symptomatic, it often progresses with swelling and pain in the salivary gland. In symptomatic cases of sialolithiasis, the Stone was found to be located at the rate of 80% in the submandibular gland. Today, minimally invasive surgical interventions are at the forefront for the treatment of symptomatic cases. It is stated that facial, lingual and hypoglossal nerve injuries are minimized with minimally invasive surgical approaches. Also, contrary to popular belief; many studies have shown that the function of the gland is reversed after the stone has been removed. In our presentation, how the right submandibular sialolithiasis case is treated without surgery is presented in the light of the literature.

Keywords: Floor of Mouth, Salivary Glandcalculi, Submandibular Gland

Giriş

Tükürük bezlerinde taş oluşumu (sialolithiazis) tükürük bezlerinin en sık görülen hastalıklarından biridir (1). Hastalığa tükürük bezi parankimi ve duktus yapıları içinde biriken kalsifik materyal sebep olmaktadır (2). Hastalığın erişkin yaş grubundaki prevalansı 12/1000 civarında olarak gösterilmektedir (3). Hastalığın sıklıkla görüldüğü yaş aralığı 30-60 olarak bildirilmiştir (4). Hastalık yaklaşık %80 oranda submandibuler bezi tutmakta; submandibuler bezi, parotis bezi ve ağız tabanındaki minör tükürük bezleri takip etmektedir (4). Hastalığın oluşumunda tükürük akımındaki staz, müköz sekresyonların artışı, duktalepityal hasar, kalsiyum ve elektrolit bozuklukları gibi sebepler sorumlu tutulmaktadır (1). Submandibuler bezin kanalının oral kavite seviyesinin aşağısında olması nedeni ile kanalda oluşan tükürükstazının fazla olması, oral kavite enfeksiyonlarının retrograd akımla beze ulaşması yanı sıra submandibuler bez sekresyonunun pH'sı alkali olduğundan kalsifik

materyalin çökmesi submandibuler sialolithiazis sıklığını açıklamaktadır (2). Sialolithiazis

olgularında kalsifik materyal genellikle küçük olup tükürük bezi kanalının içinde yerleşir (5). Semptomatik olgularda ise kalsifik materyal genellikle submandibuler bezin hilusunda ve komşuluğundaki parankimde yerleşmektedir (6). Hastalık semptomatik seyrettiğinde staza uğrayan tükürük, retrograd yolla tükürük bezi ve kanalda basınç oluşturarak ağrı ve şişlik şikayetlerine yol açabilmektedir (7). Hastalığın tedavisinde taşın lokalizasyonu büyük önem taşımaktadır. Wharton kanalı ağzından dışarı taşan taşlarda herhangi bir insizyon yapmaksızın taşın basit bir müdahale ile çıkarılması yeterli olmaktadır. Buna karşın semptomatik birçok olguda olduğu gibi kanal veya parankim içerisinde olan taşlar için intraoral ya da boyundan eksternal olarak cerrahi girişim gerekebilmektedir (1). Günümüzde tedavi için minimal invaziv cerrahi girişimler ön plandadır (3). Yaygın inanışın aksine yapılan birçok çalışmada taş çıkarıldıktan sonra bezin işlevinin geriye döndüğü gösterilmiştir. Ayrıca minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar ile fasial, lingual ve hypoglossal sinir hasarlarının en aza indirildikleri belirtilmiştir (6). Olgu sunumunda; sağ submandibuler sialolithiazis olgusunun cerrahi uygulanmadan nasıl tedavi edildiği literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

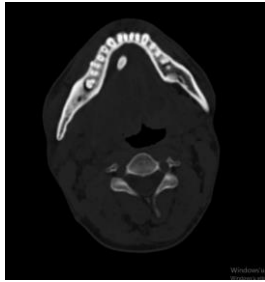
36 yaşındaki erkek hasta 1 hafta önde aniden başlayan ve zamanla artmakta olan sağ submandibuler bölgede şişlik, ağrı, ağız açmada zorluk ve oral alım azlığı nedeni ile acil servisten

	ORCID No
Ünal Gökalp IŞIK	0000-0003-4749-5456
Erdem Atalay ÇETİNKAYA	0000-0001-6911-5795
Nuray ENSARI	0000-0002-3373-9173
Özer Erdem GÜR	0000-0000-2284-4136

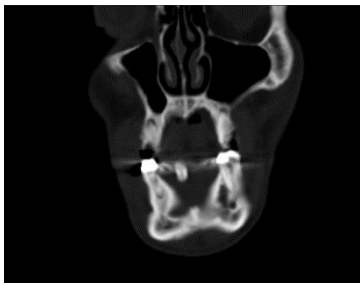
Başvuru Tarihi / Received: 05.05.2020
Kabul Tarihi / Accepted : 28.07.2020

Adres / Correspondence : Ünal Gökalp IŞIK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
KBB AD, Antalya
e-posta / e-mail : unalgokalp53@hotmail.com

tarafımıza danışıldı. Hastanın fizik muayenesinde sağ ağız tabanı ve Wharton kanalının orifisi ödematöz görünümdeydi. Sağ submandibuler bölge ödemli durumda ve palpasyonla hassastı. Yapılan bimanuel muayenede ağız tabanı sağ yarımında ödemin yanı sıra, wharton kanalının trasesine uyacak şekilde taş olduğu düşünülen kitle palpe edildi. Sialolithiazis ön tanısı ile hastadan kontrastsız tomografi istendi. Tomografi kesitlerinde sağ submandibuler alanda aksiyel boyutları 3.5x1 cm olan kitle izlendi (Resim 1 ve 2). Kitle submandibuler bez ve wharton kanalı boyunca uzanmaktaydı. Mevcut bulgularla submandibuler sialolithiazis düşünüldü. Hastaya antibiyoterapi, antiinflamatuvar ve analjezik tedavi reçetesi düzenlendi. Hidrasyonun yanı sıra binamanuel masaj önerildi. Hasta tedavi altında klinik izleme alındı ve hastaya poliklinik kontrolü de önerilerek eksterne edildi. Hasta 10 gün sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde taşın spontan olarak atıldığı öğrenildi (Resim 3 ve 4). Şikayetleri taşın atılımı ile dramatik şekilde gerileyen hastanın yapılan muayene ve tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. 1. ay kontrolünde muayene ve direk grafi ile değerlendirilen hastanın bulgularının olağan olduğu görüldü. Hasta onamı alındıktan sonra (27.05.2019 tarihinde) olgu literatür eşliğinde sunuldu.



Resim 1. Sağ submandibuler taşın aksiyel kesit tomografi görünümü



Resim 2. Sağ submandibuler taşın koronal kesit tomografi görünümü

Tartışma

Sialolithiazis durumlarında etkin tedavi taşın yerleşimi ve büyüklüğüne, semptomların varlığı ve tekrarlama sıklığına göre değişmektedir (7). Tedavi yöntemleri arasında spontan drenajın sağlanmaya çalışıldığı konservatif medikal tedaviden; glandın eksize edildiği cerrahi yaklaşımlara kadar farklı



Resim 3. Spontan drene olunan büyük ve küçük iki parçadan oluşan submandibuler taş



Resim 4. Drene olan submandibuler taşın büyüklüğü

seçenekler mevcuttur (5). Cerrahi müdahale gerekliliği düşünülen durumlarda ise, gerçekleştirilecek olan cerrahi prosedür; fasial, lingual ve hypoglossal sinir hasarları, skar dokusu oluşumu, retansiyon kistlerinin oluşumu gibi komplikasyonlar, literatürde bildirildiği üzere taşın ekstrüksiyonu sonrasında bezin fonksiyonunu yeniden kazanması, iyileşme süreci, maliyet gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir (6). Son zamanlarda sialolithiazis tedavisine ilişkin minimal cerrahi yaklaşımlar giderek popüler hale gelmektedir (3). Özellikle 1. mandibuler molar diş hizasından geçen transvers aksın önünde kalan anterior yerleşimli küçük taşlarda medikal konservatif tedavinin başarılı olduğu görülmüştür (7). Literatürde 5 mm'ye kadar olan küçük taşların tedavisinde endoskopik yöntemlerle başarılı sonuçlar alınmaktadır (3). ESWL ile sialolitotominin de (Extracorporeal shock wave litotripsi) özellikle de 5-7 mm boyutlarındaki sialolithiazis varlığında etkin olduğu görülmüştür (3). Literatürde 12 mm kadar büyüklüğünde olup ESWL'den fayda gören olguların varlığı da bildirilmiştir (1). Büyük boyutlu taşların tedavisinde ise transorsialolitotomiden, eksternal yaklaşımla submandibuler bezin eksizyonuna varan cerrahi yaklaşımlar kullanılmaktadır (2). Cerrahi yöntemin seçimi sırasında taşın büyüklüğü ve yerleşim yeri en önemli faktörlerdendir. Anterior yerleşimli taşlar; duktus yapısını içerisinde nidus oluşturup genişledikçe duktus yapısını da genişlettiğinden semptom vermeden daha büyük boyutlara erişebilmektedir (5). Anteriorda yerleşimli büyük boyutlardaki olgularda genellikle transoral sialolitotomi tercih edilmektedir. Tıbbi literatürde, olgumuzda sunduğumuz gibi büyüklüğü 4 cm'ye varan ve spontan ekstrüde olan

submandibular sialolithiazis bildirimini yaygın değildir (1). Nadir görülen benzer olgu olarak; Yaman ve ark.'ları ağız tabanından taşan 3x3x2 cm'lik taş küretler yardımı ile eksize etmiştir (8). Sütay ve ark.'nın sunduğu bir diğer benzer olguda ise 37x7 mm'lik submandibuler taşın herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın, spontanekstrüde olduğu belirtilmiştir (9). Olgumuzda da ağız tabanını dolduran 3.5x1cm'lik taş hiçbir müdahaleye gerek duymadan Wharton kanalı orifisini destrukte ederek ekstrüde olmuştur. Taşın ekstrüde olmasıyla beraber hastanın kliniği dramatik şekilde iyileşme göstermiştir. Taşın ekstrüde olmasının sonrasında ve takiplerde Wharton kanalına dair herhangi bir cerrahi müdahaleye gerek duyulmamıştır. Sadece hastada sialadenit de olması nedeniyle antibiyoterapiye ve semptomatik tedaviye devam edilmiştir. Hasta acil servisten tarafımıza danışıldığında; mevcut duruma yönelik cerrahi planlanmış ancak submandibuler bezin enfektive ödemli olması nedeniyle lokal kontrolün sağlanmasının ardından cerrahinin gerçekleştirilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür. Hasta için düzenlenen medikal tedavi sialadenit tablosunun gerilemesine yönelik planlanmıştır. Klinik izlem ile sialolithiazis olgusunun kendiliğinden ekstrüksiyonu çok sık beklenen bir durum değildir. Submandibuler taşın spontanekstrüksiyonu ve bulguların dramatik şekilde gerilemesi sialolithiazis varlığında cerrahi müdahale kararımızı tekrar gözden geçirmemizi sağlamıştır. Hastanın 2 aylık klinik izleminde patoloji düşündürecek bir bulguya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, bu olguda nadir rastlanabilecek bir durum olarak spontan olarak ağız tabanından ekstrüde olan submandibuler sialolithiazisin görülebileceğini sunduk. Sunum amacımız nasıl bir tedavi yaklaşımı izlenmesi gerektiğini literatür eşliğinde tartışmaya açmaktır. Kendi olgumuzda taş ileri derecede büyük olmasına karşın medikal konservatif tedavi ve masajla birlikte

spontanekstrüde oldu. Literatürde bildirilen benzer olgularda basit bir tıbbi müdahale ile herhangi bir komplikasyon yaşanmadan taşın kolaylıkla çıkarılabileceğini görmekteyiz. Fasial, lingual ve hypoglossal sinir hasarları, skar dokusu oluşumu, retansiyon kistlerinin oluşumu gibi komplikasyonlar, literatürde bildirildiği üzere taşın ekstrüksiyonu sonrasında bezin fonksiyonunu yeniden kazanması, iyileşme süreci, maliyet gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda submandibuler taşların eksternal girişimlere gerek olmadan ağız içerisinden çıkarılması ilk aşamada düşünülmesi gereken bir yöntem olmakla birlikte her olgunun kendi özellikleri ile tedavi planının yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Hasta Onamı: Hasta onamı 27.05.2019 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Kurtoğlu G, Durmuşoğlu M, Cenk Ecevit M. Submandibular Sialolithiasis Perforating the Floor of Mouth: A Case Report. Turk Arch Otorhinolaryngol. 2015; 53: 35-7.
2. Arifa SS, Christopher PJ, Kumar S, Kengasubbiah S, Shenoy, V. Sialolithiasis of the Submandibular Gland: Report of Cases. Cureus. 2019;11(3):e4180.
3. Holden AM, Man CB, Samani M, Hills AJ, McGurk M. Audit of minimally invasive surgery for submandibular sialolithiasis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2019;57(6):582-6.
4. Pachisia S, Mandal G, Sahu S, Ghosh S. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. Clin Pract. 2019;9(1):1119.
5. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis Management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129(9):951-6.
6. Turner MD. Combined Surgical Approaches for the Removal of Submandibular Gland Sialoliths. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2018; 26(2): 145-51.
7. Bayındır T, Çetinkaya Z, Toplu Y, Akarçay M, Ağız İçine Spontan Açılan Büyük Submandibular Sialolithiazis: Olgu Sunumu. İnönü Üni Tıp Fak Derg. 2012;19(3):188-91.
8. Yaman T, Ünlü G, Atılgan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: (Olgu Sunumu). Atatürk Üni Dişhekimliği Fak Derg. 2006; 16: 70-3.
9. Sutay S, Erdag TK, İkiz AO, Guneri EA. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 128: 587-8.