



## Ağız İçine Spontan Açılan Büyük Submandibular Sialolitiazis: Olgu Sunumu

Tuba Bayındır<sup>1</sup>, Zekeriya Çetinkaya<sup>1</sup>, Yüksel Toplu<sup>1</sup>, Mustafa Akarçay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

Başvuru Tarihi: 09.03.2012

Kabul Tarihi: 04.04.2012



DOI: 10.7247/jiumf.19.3.12

**Giriş:** sialolitiazis tükürük bezlerinde en sık görülen hastalıklardan biri olup, erişkin popülasyonda görülme sıklığı 12/1000'dir. Bununla birlikte tükürük bezi taşlarının büyük bir kısmı submandibular bez ve veya kanalında oluşur. Klinik olarak; tükürük bezi veya kanalını etkileyen ağrılı ve tekrarlayan şişlikler ile seyreden bir hastalıktır.

**Materyal:** Bu makalede kendiliğinden ağız içine açılan, oldukça büyük boyuta ulaşmış bir submandibular sialolitiazis olgusunu sunulmuştur.

**Sonuç:** Sialolitiazis tedavisi, taşın yerleşim yerine, semptomların süresine ve taşın büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Sunduğumuz olguda ağız içerisine spontan olarak açılmış olan taş cerrahi olarak çıkarılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sialolitiazis, Submandibular Bez; Tedavi.

### A Giant Submandibular Sialolithiasis that Erupted Spontaneously to the Mouth: A Case Report

**Introduction:** Sialolithiasis is one of the most common disease of salivary glands. The incidence of the disease in adult population is 12/1000. However, most of the salivary gland stones occur on the submandibular gland and or its duct. Clinically, recurrent and painful swellings that affects the salivary gland or its duct can be seen.

**Material and Method:** In this case report, a giant submandibular sialolithiasis that opened to the floor of the mouth spontaneously was presented.

**Conclusion:** The treatment of sialolithiasis can varies according to the localization of the stone, duration of the symptoms and the size of the stone. In this case, the stone that erupted to the mouth spontaneously was removed surgically.

**Key Words:** Sialolithiasis; Submandibular Gland; Treatment.

### Giriş

Tükürük bezi taşları, tükürük bezi tıkanıklığının en sık sebebi olup, tam ya da kısmi tıkanmaya yol açabilen ve tekrarlama eğilimi olan bir hastalıktır. Büyük tükürük bezlerinin hastalıklarının %50'sinden fazlasını oluşturması nedeniyle, akut ve kronik enfeksiyonların en sık sebebi olarak kabul edilirler.<sup>1</sup> Herhangi bir tükürük bezinde ve her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla 25 yaşından sonra ortaya çıkar. Erişkin popülasyonda görülme sıklığı 12/1000'dir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre iki kat fazladır. En sık submandibuler bez veya kanalında (>%80), daha sonra da sıklık sırasına göre; parotis bezi (%6), sublingual bez ya da minör tükürük bezlerinde (%2) görülür.<sup>2,3</sup> Tükürük bezi taşları genellikle küçük olup tükürük bezi kanalının içinde yerleşir, nadiren de çok büyüyüp bez içerisinde yerleşim

gösterebilir.<sup>4</sup> Biriken tükürük, retrograd yolla tükürük bezi ve kanalda basınç oluşturarak akut dönemde ağrı ve şişlik şikayetlerine yol açabilir. Bu dönemde antibiyotik tedavisi kullanılması ve akut dönem geçtikten sonra cerrahi olarak eksize edilmesi önerilen tedavi yöntemidir.<sup>5</sup> Ancak bazı vakalarda, biriken eksudayı ve tükürüğü boşaltmak suretiyle bezdeki basıncı hızlı bir şekilde azaltmak için akut dönemde de cerrahi (sialolitektomi) yapılabilir.<sup>6</sup> Tanıda, ultrasonografi ilk seçenek olarak düşünülmelidir, ancak taşların yerinin tam olarak belirlenmesi için siyalografi yapılabilir.<sup>4,7</sup>

### Olgu

Diş çürüğü nedeniyle İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran 57 yaşındaki erkek hastanın ağız muayenesinde; sağ ağız tabanında yerleşen taş görülmesi nedeniyle hasta kliniğimize refere edildi. Hastadan alınan anamnezde daha öncesinde submandibuler taş düşündürecek herhangi bir semptomunun olmadığı (ağrı ya da şişlik gibi) not edildi. Yapılan muayenesinde ağız hijyeninin kötü ve çok sayıda diş çürüklerinin olduğu saptandı. Sağ alt ikinci molar diş hizasında, ağız

**İletişim Adresi:** Dr. Tuba BAYINDIR

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz

Hastalıkları Anabilim Dalı, MALATYA

Tel: 0422341 06 60/4604

Fax: 0 422 341 01 28

e-mail: [tbayindir@inonu.edu.tr](mailto:tbayindir@inonu.edu.tr)

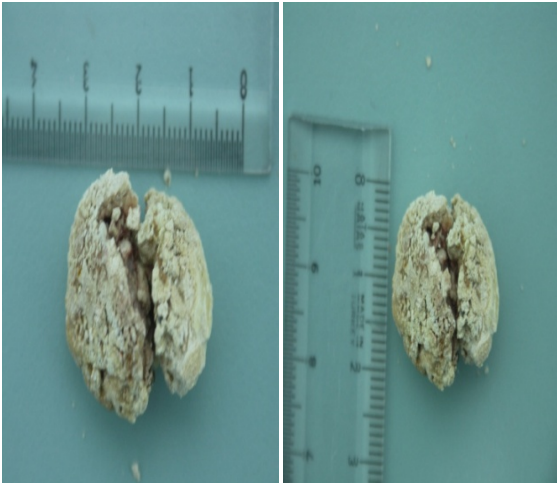
## Bayındır ve ark.

tabanında yaklaşık 3x2 cm ebatında, açık sarı renkli bir yabancı cisim olduğu saptandı. (Resim 1). Ağız içine açılmış, sağ submandibular bez taşı düşünülerek, lokal anesteziyi takiben, küret ve penset yardımıyla taş submandibular bezden çıkarıldı (Resim 2). Taşın ağız içine çıktığı alanın fazlasıyla geniş olması ve kanal bütünlüğünün bozulmamış olması nedeniyle, tükürük akışını sağlamak ya da rekonstrüksiyon için kateter uygulamasına ihtiyaç duyulmadı.

Hastanın postoperatif bir yıl süre ile düzenli olarak takipleri yapıldı. Postoperatif birinci yılında hasta asemptomatik idi. Muayenede taşın çıkarıldığı alandan tükürük drenajı olduğu görüldü. Kontrol amaçlı ultrasonografik görüntüleme yapılması planlandı. Ancak hasta tetkikleri yapılmayı kabul etmedi.



**Resim 1.** Ağız içine açılmış submandibular sialolitiazis



**Resim 2.** Taşın çıkarıldıktan sonra görüntüsü

## Tartışma

Tükürük bezi taşlarının patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte taş oluşumunda temeldeki patolojinin kalsiyumdan zengin tükürük stazı olduğu düşünülmektedir. Başlangıçta; değişime uğramış tükürük müsinleri, bakteri ve dökülen epitel hücrelerinden oluşan organik bir çekirdek etrafında kalsiyum tuzlarının birikimi sonucunda taşın oluştuğu kabul edilmektedir.<sup>3,7</sup> Aralıklarla oluşan staz, tükürüğün mukoid içeriğinde değişikliğe yol açarak bir jel formasyonuna neden olur. Bu jel formasyonu da, üzerinde tuzların ve organik elementlerin birikimine imkan sağlayan bir çatı oluşturarak taş oluşumuna zemin hazırlar.<sup>3,8</sup>

Etiyolojisinde ise; musin yapımında ve elektrolit konsantrasyonundaki bozukluklar, hiposalivasyon, tükürük kıvamında artış, kanal genişlemesi, metabolizma bozuklukları, enfeksiyonlar ve müköz kıvamlı sekresyon da artış suçlanmaktadır.<sup>9</sup>

Sialolitiazis, tükürük bezleri içerisinde en sık submandibular bezde görülür (>%80). Bunun nedenleri arasında; submandibular bezden salgılanan tükürüğün daha alkali olması, bezin kalsiyum ve fosfat içeriğinin daha fazla olması, parotis ve sublingual bezlere göre mukus içeriğinin daha fazla olması ve bezin kanalının daha uzun ve akımının yerçekimine göre ters yönde olması sayılmaktadır.<sup>3</sup> Bütün bu farklılıklar, submandibular salgının akış hızının azalmasına ve sonuçta da kanalın daha kolay tıkanmasına sebep olmaktadır.

Submandibuler bez taşları genellikle asemptomatiktir, ancak aşırı büyüme gösterip kanal lümenini tıkarsa, bezde şişlik ve ağrıya yol açarak semptomatik hale gelebilmektedir. Hastalar genellikle yemek sırasında artan ağrı ve şişlikten şikayetçidir. Sekonder enfeksiyon eklenmesi durumunda; ateş, kızarıklık ve masajla kanaldan pürülan akıntı görülebilir.<sup>10</sup>

Sialolitiazis tanısında genellikle hastadan alınan iyi bir anamnez ve dikkatli bir klinik muayene yeterli olmaktadır. Özellikle submandibuler taşlarda, ağız tabanının arkadan öne doğru yapılan bimanuel muayenesinde hastaların çoğunda taş varsa palpe edilebilir. Palpasyonda bezin sert ve fiske olması bezin hipofonksiyonel ya da nonfonksiyonel olduğunu düşündürür.<sup>8</sup>

Görüntüleme yöntemleride tanı da kullanılabilir. Oklüzal grafiler radyopak taşları değerlendirmede faydalıdır.<sup>11</sup> Özellikle submandibular taşların yaklaşık %80'inin radyopak olması, oklüzal filmlerde değerlendirilebilmesine imkan sağlar. Milohiyoid kas kenarında kanalın distal kısmında yerleşenler, oklüzal filmde en iyi görünen taşlardır. Çok sık olmamakla

## Ağız İçine Spontan Açılan Büyük Submandibular Sialolitiazis: Olgu Sunumu

birlikte bazı hastalarda radyopak ve radyolüsen taşlar bir arada görülebilir.<sup>3</sup> Ayrıca parotis bezinde yerleşenlerin yaklaşık %40'ının ve submandibular bezde yerleşenlerin yaklaşık %20'sinin radyolüsen olması nedeniyle, taşların yerinin tam olarak belirlenmesinde siyalografi kullanılabilir.<sup>7</sup> Digital/kesitsel siyalografi, konvansiyonel siyalografiye göre daha hassas ve spesifiktir ve tanıda "altın standart" olarak kabul edilen tanı yöntemidir. Diğer anatomik yapıların üst üste binmesini engellemesi bu yöntemin avantajıdır, fakat kontrast kullanımını gerektirmesi konvansiyonel yöntemlere göre en önemli dezavantajdır.<sup>11</sup> Şüphede kalınan vakalarda, akut enfeksiyonlarda ve kontrast alerjisi olan hastalarda siyalografi yapılamayacağı için, non invaziv ve ucuz bir yöntem olan ultrasonografik değerlendirme yapılabilir. Ayrıca multiple taşları değerlendirmede bilgisayarlı tomografinin daha hassas olduğu da akılda tutulmalıdır.<sup>8,9,11</sup> Andretta ve ark.<sup>9</sup> yaptığı bir çalışmada, siyalolitiazis tanısında siyalomRG (magnetik rezonans görüntüleme) yönteminin kullanımının diğer tekniklere göre daha avantajlı olduğu bildirilmiştir. Bu avantajlar arasında; non-invaziv bir yöntem olması, hastanın radyasyona maruz kalmaması, glandüler parankim ya da kanalın anatomik ve fonksiyonel durumunun daha iyi değerlendirilebilmesi sayılmıştır. Ancak önerilen yöntemin pahalı bir yöntem olması kullanımını sınırlayacak önemli bir dezavantaj olduğunu düşünmekteyiz. Olgumuzda ise taşın ağız içerisine açılmış olması nedeniyle herhangi bir radyolojik incelemeye ihtiyaç duyulmamıştır.

Submandibular taşlar, mandibular birinci molar dişin transvers yöndeki ilişkisine göre anterior (bu hattın önünde kalanlar) ve posterior (bu hattın arkasında kalanlar) olarak iki grupta sınıflandırılır. Anterior taşlar, mandibular okluzal radiografi ile kolaylıkla görüntülenebilir ve genellikle ağız içine açıldıkları için kolaylıkla eksize edilebilirler. Ağız içine açılmamış olan küçük taşlar ise, orifisin dilatasyonunu takiben duktal açıklıktan alınabilir. Posterior taşlar ise, bezin hilusunda veya içinde yerleşim gösterir. Bu nedenle vakaların çoğunda taş intraoral palpasyonla fark edilemeyebilir. Tedavide taşın ve submandibular bezin ekstraoral yaklaşımla eksizyonu gerekebilir.<sup>12</sup> Hastamızda yaklaşık olarak 2. molar diş hizasında yerleşmiş (posterior) taş, ağız içerisine kendiliğinden açılmış olduğu için ekstraoral yaklaşıma gerek duyulmadan kolayca çıkarılabildi.

Siyalolitiazis tedavisi, taşın lokalizasyonuna, semptomların süresine, tekrarlama sıklığına ve taşın büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Submandibular bez taşlarında; küçük olanlarda öncelikle konservatif tedavi (bol hidrasyon, sıcak uygulama ve beze masaj yapılması gibi) faydalı olabilir. Eğer tabloya sekonder enfeksiyon eklenmişse penisilinaz dirençli antistafilokokkal antibiyotikler tedaviye eklenebilir.<sup>11</sup> Submandibular bez

taşlarının yaklaşık yarısı kanalın distal 1/3'lük kısmında yerleşim gösterdiği için ağız tabanına yapılan bir insizyonla cerrahi olarak kolayca çıkarılabilirler. Daha geride yerleşim gösteren taşlar ise lakrimal proplar ya da dilatörler yardımıyla kanalın ağzını açtıktan sonra çıkarılabilir.<sup>3</sup> Punktuma yakın (1-2 cm) daha posterior yerleşimli taşlarda transoral yaklaşımla kanalın uzun aksına paralel bir insizyon yaparak çıkarılır. Bu yaklaşımda submandibular kanal posteriorunda yerleşimli lingual sinir açısından dikkatli olunmalıdır. Taş çıkarıldıktan sonra yapılan insizyon drenajı sağlamak açısından açık bırakılmalıdır.<sup>3</sup> Olgumuzda submandibular bezde yerleşimli ve ağız içine kendiliğinden açılmış olan taş, küret ve penset yardımıyla sorunsuz bir şekilde çıkarıldı. Postoperatif 1, 3, 6. aylarda ve birinci yılında yapılan kontrollerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı.

Sonuç olarak submandibular bez taşları, tanısı kolay konulabilen ve tedavisi taşın yerleşim yerine göre planlanan, en sık karşılaşılan tükürük bezi hastalıklarındandır.

### Kaynaklar

1. Zenk J, Benzel W, Iro H. New Modalities in the Management of Human Sialolithiasis. Minimally Invasive Therapy 1994; 3: 275-84.
2. 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 1999; 87: 331-3. DOI: 10.1016/51079-2104(99)70218-0
3. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: An Unusually Large Submandibular Salivary Stone. British Dental Journal 2002; 193:89-91.
4. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis Management: The State of Art. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129: 951-6.
5. Nahlieli O, Baruchin A M. Sialoendoscopy: Three Years Experience As A Diagnostic and Treatment Modality. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55: 912-8.
6. Azaz B, Regev E, Casap N, Chicin R. Sialolithectomy Done with A CO2 Laser: Clinical and Scintigraphic Results. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54: 685-8.
7. Cawson RA, Odell EW. Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 6th Ed, Edinburgh: Churchill Livingstone. 1998.
8. Williams MF. Sialolithiasis. Otolaryngologic Clinics of North America 1999; 32: 819-34.
9. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev V, Staffieri A. Current Opinions in Sialolithiasis Diagnosis and Treatment. Acta Otorhinolaryngol Ital 2005; 25: 145-9.
10. Baumash HD. Submandibular Salivary Stones: Current Management Modalities. J Oral Maxillofac Surg 2004; 62: 369-78.
11. Pagare SS, Krishnamurthy V, Dua S. Submandibular Sialolithiasis-A Case Report. Scientific Journal 2008; 2: 11-4.

**Bayındır ve ark.**

12. Takeda Y, Oikawa Y, Satoh M, Nakamura S. Sialolith of the Submandibular Gland with Bone Formation. Pathol Int 2003; 53: 309-12.

**Bu olgu sunumuna atıf yapmak için:** Bayındır T, Çetinkaya Z, Toplu Y, Akarçay M. Ağz İçine Spontan Açılan Büyük Submandibular Sialolitiazis: Olgu Sunumu. JJUMF 2012; 19(3): 188-91. DOI: 10.7247/iiumf.19.3.12