

**SUBMANDİBULAR TÜKRÜK BEZİ KANALINDA TAŞ BULUNAN 4 YAŞINDA  
ÇOCUK OLGU**

Cengiz Çevik\*, Ercan Akbay\*\*

\*Kırıkhan Devlet Hastanesi KBB Polikliniği, Kırıkhan, Antakya, Hatay

\*\*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD, Serinyol, Antakya, Hatay

Geliş Tarihi / Received: 09.05.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 23.06.2011

**ÖZET**

Çocukluk çağında çok nadir olarak görülen tükrük bezi taşları en sık submandibular tükrük bezinde gelişmektedir. Hastalar genellikle boyunda tekrarlayan şişlik şikayeti ile hastaneye başvururlar. Bu yazıda Kulak Burun Boğaz Polikliniğine boyunda şişlik şikayeti ile başvuran ve yapılan muayene ve araştırma sonucu submandibular tükrük bezinde taş tespit edilen 4 yaşında bir kız çocuğu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Sialolitiazis, submandibular tükrük bezi, çocukluk

**A FOUR-YEAR-OLD CHILD WITH SUBMANDIBULAR SIALOLITHIASIS**

**ABSTRACT**

Sialolithiasis is seen frequently in submandibular salivary gland, but it is very rare in childhood. More patients complain from a mass with recurrent swelling in the neck. In this report, we discussed a four-year-old female child who has a swelling mass in the neck who is diagnosed with submandibular sialolithiasis.

**Key words:** Sialolithiasis, submandibular salivary gland, childhood

**Giriş**

Submandibular tükrük bezi kanalının yerçekimine karşı yerleşmiş olması, uzun seyirli, kısmen kıvrımlı ve kanal ağzının kanala göre daha dar olması, ve salgısının visköz, mukustan daha zengin olmasından dolayı sialolitiazisin en sık görüldüğü tükrük bezidir. Sialolitler organik ve inorganik çökeltilerdir. Sialolit oluşması için öncelikle bir jel formasyonuna gereksinim vardır. Jel üzerine glikoprotein, mukopolisakkarit, lipitten oluşan organik; kalsiyum tuzları, fosfat ve karbonattan oluşan inorganik maddeler çökerek sialoliti oluşturur.

Hastalar hekime boyunda özellikle de yemek sonrası veya tükrük salgısını artıran ekşi elma, limon gibi salivatörlerle karşılaşınca oluşan şişlik şikayeti ile başvurur. Bunun yanında eğer taş kanal çıkışına yakınsa dil altında takılma hissine ve şişliğe de neden olabilir.

Tanıda ağız içinden kanalın palpasyonunda ağrı, enfeksiyon eklenmişse hiperemi ve hassasiyet, boyun muayenesinde submandibular alanda şişlik, tespit edilir. Ultrasonografi, fistulografi ve direkt grafilerde taş imajının tespiti ile kesin tanı konulur.

Tedavisi cerrahi olup, Wharton kanalının ağızdaki taşlarda ağız içinden yapılan insizyonlarla taş çıkarılabilir. Ancak bu mümkün değilse submandibular tükürük bezinin tamamının çıkarılması ile tedavi edilir.

### **Olgu**

Yemeklerden sonra daha belirgin olan, yarım saat içerisinde gerileyen fakat daha sonra tekrar eden boyun sol yanında şişlik şikayeti olan dört yaşında bir kız çocuğu Kulak Burun Boğaz Polikliniğimize getirildi. Hastanın herhangi bir sistemik veya ailesel hastalığı bulunmamaktaydı. Yapılan preoperatif tetkikler normaldi. Yapılan fizik muayenesinde boyun sol yanında palpasyonla ağrı ve hassasiyet, submandibular alanda şişlik mevcuttu. Ağız içinden yapılan palpasyonda Wharton kanalı trasesinde taş imajı veren sertlik palpe edildi **(Resim 1)**.



**Resim 1:** Sol submandibular alanda ekspansif kitle görünümü.

Hastanın yapılan boyun ultrasonografisinde (USG), sol submandibular tükürük bezi kanalında genişleme ve çok sayıda taş ekosu saptandı. Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Ameliyat sırasında taşlar, sublingual bölgede wharton kanalı ağzından çıkarılmaya çalışılırken fistül tespit edildi. Fistül boynundan üç adet taş çıkarıldı (**Resim 2**).



**Resim 2:** Genel anestezi altında fistülize olan noktadan taşların çıkarılması.

Hastanın intraoperatif muayenesinde kanal içindeki tüm taşların temizlendiği ve kanalda taş kalmadığı kanaatine varıldı. Hastanın çocuk olması ve skar oluşumu göz önünde bulundurularak eksternal insizyonla submandibular tükürük bezinin çıkarılmasına gerek görülmedi. Çıkarılan cerrahi örnek incelenmek üzere patolojiye gönderildi (**Resim 3**).



**Resim 3:** Çıkarılmış olan üç adet amorf taşın görünümü.

Hastanın takiplerinde 3. ve 6. aylarda şikayetlerinin tekrar etmediği görüldü.

## **Tartışma**

Siyalolitiazis submandibular tükruk bezinde daha sık görülmekte olup, literatürde farklı oranlar bildirilmektedir. Submandibular tükruk bezinde anatomik ve fizyolojik özelliklerinin neden olduğu yatkınlıktan dolayı %80-85, parotis bezinde %10-15 ve sublingual bezde %2-3 civarında görülmektedir (1).

Tükruk bezi taşları genellikle parotis bezinde multiple ve küçük olmasına karşın submandibular tükruk bezindeki taşlar daha büyük boyutta ve tek olarak görülürler (2). Bizim vakamızda ise submandibular tükruk bezinden üç adet taş çıkarılmıştır.

Siyalolitiazisin görülme sıklığı değişiklik gösterse de gut hastalığı gibi sistemik nedenler haricinde genellikle erişkin hastalarda görülür. Ancak bizim vakamız 4 yaşında kız çocuğu olup, bu yaşlarda tükruk bezi taşlarının görülmesi nadirdir.

Siyalolitiazisin tanısında öncelikle anamnez önemli ip uçları vermektedir. Özellikle yemeklerden sonra ortaya çıkan ve daha sonra düzelen ancak zamanla tekrarlayan boyunda şişlik şikayeti önemlidir. Limon gibi salivasyonu artıran gıdaların görülmesi, yenmesi hatta düşünülmesi durumunda bile kliniğin tekrar etmesi hekimi siyalolitiazis açısından düşündürmelidir. Fizik muayenede submandibular alanda büyüme, hassasiyet, ağrı, ağız içinde kanal trasesinde hiperemi, şişlik ve taş imajı tanıyı kolaylaştırır. USG bulguları tanıyı doğrulamada önemli bir araçtır. Taştan şüphelenilmesine rağmen USG ve direkt grafiler normal ise radyopak olmayan taşlar açısından siyalografiye başvurulabilir. Fakat çocuk hastalarda, gebelerde ve aktif enfeksiyonu bulunan olgularda yapılamamaktadır (1,3). Bu yüzden pek çok merkez USG ya da sintigrafiyi tercih etmektedir (4).

Tedavide cerrahi olarak eğer taş kanalın ağızına yakın ise eksternal kesi yapmadan ağız içinden eksizyon önerilmektedir (5). Ağız içinden taşın çıkarılmasının mümkün olmadığı vakalarda eksternal servikal insizyon ile submandibular glandın tamamı çıkarılabilmektedir. Bizim vakamızda tüm taşlar ağız içerisinden çıkarıldığından, hastanın çocuk olduğu göz önüne alınarak bezin tamamı çıkarılmamıştır. Postoperatif uzun dönem takibinde klinik olarak rekürrens olmaması sonucu eksternal bir müdahaleye gerek kalmamıştır (6).

Sonuç olarak, nadir olmakla birlikte submandibular tükruk bezi taşları çocuklarda çok sayıda görülebilmektedir. Literatürde dört yaş altı çocuklarda tükruk bezi taşlarına ait fazla bilgi yoktur. Bu grup hastalarda eksternal insizyon ile skar bırakmak yerine öncelikle intraoral, intrakanal yaklaşım tercih edilebilir.

## Kaynaklar

1. Candiani F, Mortinoli G. Salivary glands, In: Solbioli L, Rizzotto G, ed. Ultrasound of süperficial sutructures Ist. Ed. Edinburg: Churchill Livingstone 1995; 134-5.
2. Can Koç. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Kitabı. Güneş yayınları. s866-867.
3. García CJ, Flores PA, Arce JD, Chuaqui B, Schwartz DS. Ultrasonography in the study of salivary gland lesions in children. *Pediatr Radiol*. 1998; 28(6): 418-25.
4. Becker M, Marchal F, Becker CD, Dulguerov P, Georgakopoulos G, Lehmann W, et al. Sialolithiasis and salivary ductal stenosis: diagnostic accuracy of MR sialography with a three-dimensional extended-phase conjugate-symmetry rapid spin-echo sequence. *Radiology* 2000; 217(2): 347-58.
5. Karasu HA, Akman H, Atıl F, Uyanık LO, Sayan NB. Kronik skleroze sialoadenit: 3 vaka raporu. *AÜ Diş Hek Fak Derg* 2005; 32(1): 65-70.
6. Guerrissi JO, Taborda G. Endoscopic excision of the submandibular gland by an intraoral approach. *J Craniofac Surg* 2001; 12(3): 299-303.