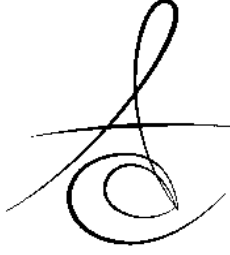


SUBMANDİBULAR DEV SİALOLİTİN ENDOSKOPI YARDIMI İLE DİAGNOZU VE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

ENDOSCOPIC ASSISTED DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GIANT SUBMANDIBULAR SIALOLITH: A CASE PRESENTATION

Dr. Dt. Cem ÜNGÖR*
Dt. Fatih TAŞKESEN*

Dt. Ümmügülsüm ÇOŞKUN*
Dt. Burak CEZAİRLİ*



Makale Kodu/Article code: 1256
Makale Gönderilme tarihi: 13.08.2013
Kabul Tarihi: 31.10.2013

ÖZET

Sialolithiazis teşhisi ve tedavisi hala tartışılır olan major tükürük bezlerinin genel bir patolojisidir. Tükürük bezlerinin ve tükürük bezi kanallarının endoskopisi, tükürük bezi hastalıklarının tam olarak teşhisini ve minimal invazif cerrahi tedavisini sağlamaktadır. Endoskopik aletlerde çoğunlukla minyatürize olmaları şeklindeki gelişmeler, endoskopinin tükürük bezi cerrahisinde kullanımını artırmıştır. Bu vaka raporunun amacı, endoskopi kullanımının submandibular sialolithiazisin teşhisinde ve tedavisinde uygun bir teknik olduğunu sunmaktır.

Anahtar Sözcükler: Submandibular tükürük bezi, sialolithiazis, sialolit, endoskopi

ABSTRACT

Sialolithiasis is a common pathology of the major salivary glands, yet its accurate detection and treatment is still intriguing. The endoscopy of the salivary glands and ducts of these glands provides an accurate diagnosis and aids minimally invasive surgical treatment for salivary gland diseases. The use of endoscopy in salivary gland surgery have increased due to advancements in endoscopic equipments particularly miniaturization. The aim of this case report is to present the use of endoscopy as a technique for diagnosing and management of submandibular sialolithiasis.

Key words: Submandibular salivary gland, sialolithiasis, sialolith, endoscopy

GİRİŞ

Obstrüktif tükürük bezi rahatsızlığı, tükürük bezlerini etkileyen en önemli problemdir ve tükürük bezi disfonksiyonu ile sialoadenektominin en önemli nedenidir. Sialolithiazis, "sialolit" olarak tanımlanan tükürük bezi taşlarının gelişimi ile oluşan bir rahatsızlıktır.¹ Sialolitler, tükürük bezi kanalında biriken debrislerin (bakteri, mukus, deskuame hücreler v.b.) mineralizasyonu neticesinde oluşur ve % 82 inorganik ve % 18 organik yapıdadırlar. Kimyasal olarak, birçok sialolit, hidroksiapatit formundaki kalsiyum fosfat ve az miktarda magnezyum, potasyum, sodyum, demir, silikon ve klorid içermektedir. Bazik kalsiyum fosfat tuzlarına bağlı olarak tükürük sekresyonu aşırı doygunluğa ulaşır çökerek sialolit formasyonuna neden olabilir.²

Tükürük bezi taşları % 80 oranında submandibular bezde ya da ona ait kanalda görülmektedir. Bu bezde sialolit oluşumu, tükürük akışının yerçekimine karşı olması ve daha yavaş olması, yüksek musin ve tuz içeriği gibi sebepler nedeniyle diğer tükürük bezlerine göre daha yüksektir.³ Erişkin popülasyonda görülme sıklığı % 0.12' dir ve erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla gözüktür.⁴ Sıklıkla yemek yeme esnasında ilgili bezde şişlik ve ağrı ile karakterizedir. Sialolit tükürük bezi kanalını tıkamasına bağlı biriken tükürüğün enfekte olması mümkündür.¹

Sialolitler genelde 3-7 mm büyüklüğündedirler nadir olarak da 15 mm kadar büyüyebilirler. 15 mm' den büyük tükürük bezi taşları megalitler olarak sınıflandırılırlar ve tedavileri değişik yöntemleri içermektedir.⁵ Tükürük bezi taşlarının teşhisi için ultrasonografi ilk seçenek olarak görülmektedir.

*Karadeniz Technical University Faculty of Dentistry Department of Oral and Maxillofacial Surgery



Sialoendoskopi, sialolitlerin tanısında ve tedavisinde kullanılan güncel bir yöntemdir. Bu minimal invazif yöntem, sialolitinin yerinin tam olarak belirlenerek taşın çıkarılmasına ve kanal dilatasyonunun sağlanmasına yardımcı olmaktadır.⁶

Bu makalede, 74 yaşında erkek hastada yapılan rutin kontroller esnasında tespit edilen dev tükürük bezi taşının endoskopi yardımı ile yapılan cerrahi girişimi ve 1 yıllık takibi sunulmaktadır.

VAKA RAPORU

74 yaşında erkek hasta, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesine protetik rehabilitasyon amacı ile başvurmuştur. Hastanın sistemik problemi bulunmamaktadır. Yapılan klinik muayenede tam dişsiz olan hastanın sağ alt ağız tabanı bölgesinde, palpasyonda belirgin ve ağrısız sert kitle tespit edilmiştir (Resim 1). İlgili bölgede pü akışı izlenmeyip tükürük salgısında azalma olduğu tespit edilmiştir. Radyografik inceleme panoramik grafi ile yapılmıştır. Radyografide, 1,5x3 cm büyüklüğünde, alveolar krete paralel seyreden radyopak kitle belirlenmiştir (Resim 2).

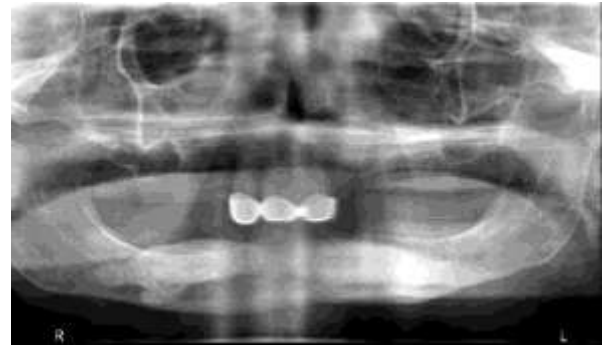
İşlem lokal anestezi altında gerçekleştirilmiştir. Lingual sinir anestezi yapıldıktan sonra wharton kanalı hizasında infiltrasyon anestezi (Artikain hidroklorür) uygulanmıştır. Sialolitinin geriye doğru gitmesini engellemek için kanal taşın hemen arkasından 1-0 ipek sütür ile bağlanmıştır. Wharton kanalı ağzı belirlendikten alveolar krete paralel 1 cm'lik kesi yapıldıktan sonra 1,9 mm dış çapa sahip endoskop (Karl Storz AG, Tuttlingen, Almanya) kanal içerisine yerleştirilmiştir. Taşın büyüklüğü nedeniyle genişleyen submandibular tükürük bezi kanalı, endoskopun rahat manevra yapabilmesine olanak sağlamıştır. Sialolit ve kanal duvarları teşhis edildikten sonra, endoskopik disektör yardımı ile sialolit kanal duvarından serbestleştirilmiştir (Resim 3). Anteriora doğru konumlandırılan tükürük bezi taşı, endoskopik forseps ile tek parça halinde çıkarılmıştır. 1,8x2,1x3,6 büyüklüğündeki sialolit histopatolojik incelemeye gönderilmiştir (Resim 4). Wharton kanalı serum fizyolojik ile irrigate edildikten sonra kanal ağızda oluşturulan kesi 4-0 vicril sutur ile suture edilmiştir. Yapılan histopatolojik inceleme sonucunda submandibular tükürük bezi taşı tanısı doğrulanmıştır. Hastaya post operatif dönemde antibiyotik

(Augmentin, 1000 mg, oral tablet), analjezik (Apranax Fort, 550 mg, oral tablet) ve gargara (Kloroben, oral gargara) reçete edilmiştir.

Hastanın yapılan 1 yıllık kontrollerinde komplikasyona rastlanmamıştır ve tükürük bezi kanalından normal tükürük akışı izlenmiştir (Resim 5).



Resim 1. Hastanın preoperatif intraoral görünümü



Resim 2. Hastanın panoramik radyografisinin görünümü



Resim 3. Sialolitinin görünümü



Resim 4. Sialolit endoskopik görünümü



Resim 5. Hastanın postoperatif intraoral görünümü

TARTIŞMA

Sialoendoskopi ilk olarak 1991 yılında Katz tarafından tanıtılmıştır.⁷ Optik teknolojideki büyük gelişmeler ve endoskopik sistemlerin giderek minyatürize edilmesi duktal sistemin daha kapsamlı bir şekilde taranmasına, obstrüksiyonların tam olarak belirlenmesine ve uygun tedavi metodunun seçilmesine olanak sağlamaktadır.⁸

Geleneksel olarak tükrük bezi taşları konvansiyonel radyografiler, ultrasonografi, sintigrafi, manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi ve sialografi ile tespit edilirler. Endoskopik yaklaşımlar sialolitinin hem diagnozuna hem de tedavisine olanak sağlamaktadır.²

Nahlieli ve ark.⁹ duktal yapının tam anlamıyla belirlenmesi, tükrük bezi kanalı ağzında oluşabilecek ödemin engellenmesi ve sialolitten kopan parçaların yıkanarak uzaklaştırılmasına olanak vermesi sebebiyle sialolit cerrahisinde endoskopik yöntemleri önermektedir. Ayrıca endoskopik girişimler sonrasında oral ve duktal mukozanın iyileşmesinin daha güçlü olduğu tespit edilmiştir.

Sialoendoskopi yöntemi, özellikle semi-rijit sistemler kullanıldığı takdirde bazı komplikasyonların oluşmasına neden olabilir. Özellikle kanal içerisinden çalışılan girişimsel tekniklerde kuramsal olarak perforasyon ile damar veya sinir hasarı görülebilir.^{10,11} Sunduğumuz olguda, sialolitinin büyüklüğüne bağlı olarak duktal yolun genişlemesi endoskopi aygıtının rahatlıkla hareket etmesine izin vermiştir. Hastada peri ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmemiştir.

Endoskopi ile kombine litotripsi uygulamaları günümüzde yaygınlık kazanmıştır. Bu uygulamanın temelini, işlem esnasında oluşturulan kavite etkisi oluşturmaktadır. Bu sayede sialolit duktal kanal duvarından serbestleştirilerek direkt iletilen dalgalar sayesinde parçalanarak uzaklaştırılır. Bu yöntem özellikle sialolitinin tükrük bezine yakın olduğu durumlarda ve sayısının birden fazla olduğu olgularda önerilmektedir.²

Sialolitlerin tedavisinde cerrahi girişimler ön plandadır. İntraoral yaklaşım, sialoendoskopi ve ilgili bezin eksizyonu bu girişimlerin temelini oluşturmaktadır. Tedavi planı belirlenirken, semptomların süresine ve sayısına, sialolitinin büyüklüğüne ve lokalizasyonuna dikkat edilir. Submandibular sialolithiazis mandibular 1. moların transvers yöndeki ilişkisine göre sınıflandırılır. Bu hattın önünde kalanlar anterior, arkasında kalanlar posterior olarak sınıflandırılır. Anteriora lokalize olgularda intraoral yaklaşım önerilirken, posterior konumlu vakalarda ekstraoral yaklaşım ve sialoadenektomi önerilmektedir.⁶ Sunulan olguda, sialolitinin anterior konumda olması rağmen büyüklüğü intraoral yaklaşım açısından komplikasyon riskini artırmaktadır. Bu sebeple intraoral girişim ile kombine endoskopik yöntem tercih edilmiş olup, morbidite riski en aza indirilmiştir.

Sialolithiazis olgularında kullanılan endoskopik sistemler, çok yararlı ve uygulanabilir minimal invazif yöntemdir. Bu sistemler sayesinde işlem esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar azaltılmış olup hastanın operasyonu daha rahat tolere etmesi sağlanır.

KAYNAKLAR

1. Su YX, Zhang K, Ke ZF, Zheng GS, Chu M, Liao GQ. Increased calcium and decreased magnesium and citrate concentrations of submandibular/sublingual saliva in sialolithiasis. Arch Oral Biol 2010;55: 15-20.
2. Capaccio P, Torretta S, Ottaviani F, Sambarato G, Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases. Acta Otorhinolaryngo Ita 2007;27: 161-72.
3. Ayaz ÜY, Dilli A, Hekimoğlu B. Büyük boyutlarda, değişik bir submandibular sialolithiazis olgusu: Direkt radyografi ve ultrasonografi bulguları. Ankara Univ Tıp Fak Mec 2009;62: 69-72.
4. Bayındır T, Çetinkaya Z, Toplu Y, Akarçay M. Ağız içine spontan açılan büyük submandibular sialolithiazis: Olgu sunumu. İnönü Univ Tıp Fak Derg 2012;19: 188-91.
5. Walvekar RR, Tyler PD, Tammareddi N, Peters G. Robotic-assisted transoral removal of a submandibular megalith. Laryngoscope 2011;121: 534-7.
6. Yaman F, Gülten Ü, Atılgan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: Olgu sunumu. Atatürk Univ Diş Hek Fak Derg 2006;16: 70-3.
7. Katz P. Nouvelle therapeutique des lithiases salivares. Inf Dent 1991;73: 3975-9.
8. Chu TW, Chow TL, Lim BH, Kwok SPY. Endoscopic management of submandibular sialolithiasis. Surg Endosc 2003;17: 867-9.
9. Nahlieli O, Baruchin AM. Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of salivary gland inflammatory diseases. Laryngoscope 2000;110: 988-93.
10. Nahlieli O, Sbacbam B, Zaguri A. Combined external lithotripsy and endoscopic techniques for advanced sialolithiasis cases. J Oral Maxillofac Surg 2010;68: 347-53.
11. Şerbetçi E, Şengör GA. Sialoendoskopi (Tükürük bezi endoskopisi). KBB-Forum 2005;4: 195-7.

Yazışma Adresi

Dr. Cem ÜNGÖR
Karadeniz Technical University
Faculty of Dentistry
Department of Oral and Maxillofacial Surgery,
Trabzon, TURKEY
Tel 00 90 532 2403191
Fax 00 90 462 3253017
e-mail cem_ungor@yahoo.com

