

# Derin Boyun Enfeksiyonu Nedeni Olarak İhmal Edilen Dev Tükürük Bezi Taşı: Olgu Sunumu

## *A Neglected Giant Sialolith As a Cause of Deep Neck Infection: a Case Report*

Ahmet EYİBİLEN<sup>1</sup>, Fatih TURAN<sup>1</sup>, İbrahim ALADAĞ<sup>1</sup>, Nilüfer ÖZKAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı,

<sup>2</sup>Çene Cerrahisi Bölümü, Tokat

**Başvuru tarihi / Submitted:** 02.12.2008 **Kabul tarihi / Accepted:** 11.01.2009

Tükürük bezi taşları en sık submandibular bezden kaynaklanır. Bezde enfeksiyona yol açabilir. Genellikle büyük boyutlara ulaşmadan tanı ve tedavisi yapılır. Bu nedenle dev boyuta ulaşması beklenmez. Kliniğimize boyunda ağrılı şişlik, ağzını açamama, yutma güçlüğü yakınmasıyla gelen erkek hastaya derin boyun enfeksiyonu tanısı kondu ve tıbbi tedavi için yatırıldı. Hastaya Bilgisayarlı Tomografi çekildi. Tomografide solda boynun birinci bölgesinde opasite görüldü. Enfeksiyonu gerileyen hasta ameliyat edildi. Opasitenin nedeni submandibuler bez kanalında aşırı genişlemeye yol açan yaklaşık 4x2x1.5 cm boyutuna ulaşmış taşı.

**Anahtar sözcükler:** Tükürük bezi taşları; Tükürük bezi hastalıkları.

Salivary gland stones most frequently arise from the submandibular salivary gland. A giant stone is not common, since its diagnosis and treatment is usually performed before the lesion becomes enlarged. A male patient referred to our clinic with complaints of painful neck swelling, trismus and dysphasia. The patient was hospitalized with the diagnosis of deep neck infection, and antibiotherapy was initiated. Computerized tomographic evaluation showed an opacity in the first neck region. The patient was operated on under general anesthesia, and the cause of the opacity was a sialolith that reached dimensions of 4x2x1.5 cm, leading to extreme dilatation of Wharton's duct.

**Key words:** Salivary gland calculi; salivary gland disease.

## GİRİŞ

Tükürük bezi kanalının tıkanmasına bağlı tükürük bezi enfeksiyonları sık görülen bir durumdur. Kanalın en sık tıkanma nedeni taştır.<sup>[1]</sup> Tükürük bezi taşlarının görülme sıklığı yaşamın 30-60. yıllarında artmaktadır. Taşların %80-90'ı submandibuler bezde, %6-20'si parotis bezinde, %1-2 oranında ise sublingual ve küçük tükürük bezlerinde görülmektedir.<sup>[2-4]</sup> Taşlar erkeklerde daha sık görülmektedir.<sup>[2,4]</sup> Yaşın ilerlemesi ile salgısal aktivitede azalma, elektrolit yoğunluğundaki değişiklikler, glikoprotein sentezinde bozulma, tükürük bezinin hücre zarında ortaya çıkan değişiklikler taş gelişimini kolaylaştırır. Bu durum tükürük bezi taşlarının ileri yaşlarda daha sık görülmesinin nedenini açıklayabilir.<sup>[4]</sup>

Taşlar genellikle 10 mm çapında veya daha küçüktür. 15 mm çapın üzerindeki taşlar "dev taş" olarak adlandırılmaktadır.<sup>[4]</sup> Biz bu yazıda yıllardır boyunda şişlik yakınması olup tıbbi tedaviyle geçen ve sonunda derin boyun enfeksiyonuna nedeniyle tedavi ettiğimiz 45 yaşında erkek hastayı sunduk. Enfeksiyonun nedeni sol submandibuler bez kaynaklı dev boyuta ulaşmış taşı.

## OLGU SUNUMU

Kırkbeş yaşında erkek hasta boynun sol yanında bir aydır olan şişlik ve 4 günden beri eşlik eden yutma güçlüğü, ağrı ve boyundaki şişlikte artma şikâyeti ile başvurdu. Şişlik sık aralıklarla olup antibiyotik verilmesiyle geçiyormuş. Yaklaşık 25-30 yıldır hastanın bu yakınmaları devam etmekteymiş. Yapılan fizik muayenesinde sol

İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ahmet Eyibilen. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye. Tel: +90 356 212 95 00 e-posta (e-mail): aeyibilen@yahoo.com

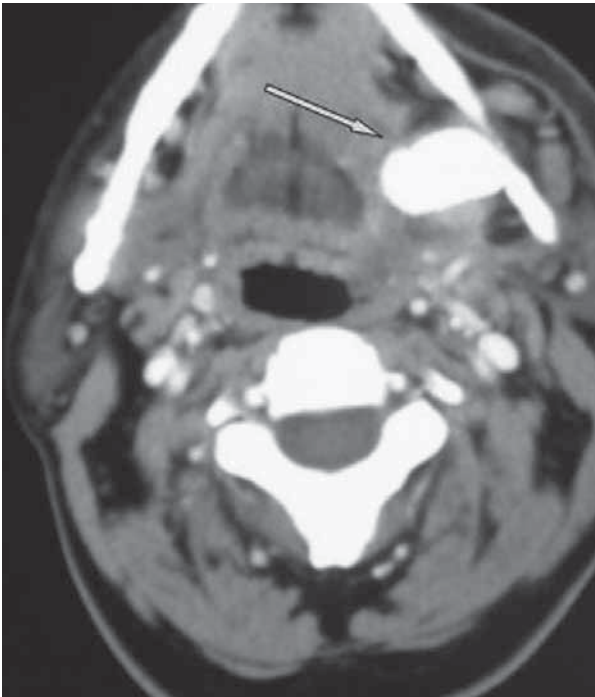
© Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. AVES Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.

© Medical Journal of Trakya University. Published by AVES Publishing. All rights reserved.

submandibuler bölgede yaklaşık 7x7 cm boyutunda sert, fiske çevre dokularla sınırlı tam ayrılmayan, yüzeyinde ısı artışı olan kitle tespit edildi. Ağız muayenesinde solda Wharton kanalı ağzının aşağısında yaklaşık 5x5 cm boyutunda, ağrılı, sert, çevreye yapışık kitle vardı. Kitle submandibular bez enfeksiyonu ile birlikte derin boyun enfeksiyonu lehine değerlendirildi. Hastaya amoxicillin klavunat 1.2 gr ve metronidazol 0.5gr 2x1 IV başlandı. Bilgisayarlı boyun tomografisinde sol submandibuler bez lokalizasyonunda submandibuler bez aksına dik yerleşmiş, uzun aksında 33mm ölçülen “yoğun kalsifiye-ossifiye lezyon” görüldü (Şekil 1). Bez yapısı yerine apse formasyonu gelişmiş kitle yanında birden fazla lenfadenopati ile uyumlu kitle görünümü vardı (Şekil 2a ve 2b). Kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi için örnek alındı. Sonucu yoğun iltihabi reaksiyon olarak geldi. Aynı zamanda kültür için de örnek alındı. Kültürde neisseria species üredi. Tıbbi tedaviden sonra enfeksiyon bulguları tamamen düzelince submandibuler bez ve taş ameliyatla çıkartıldı. Cerrahi örnekte Wharton kanalını genişletmiş, bezde değişikliklere yol açan 4x2x1.5 cm boyutunda taş bulundu (Şekil 3). Taşın ağırlığı 10,1gr idi. Submandibuler bezin patolojik incelenmesi kronik siyaloadenit ve buna bağlı değişiklikler olarak bildirildi. Hastanın dokuz aylık takibinde hiçbir sorun yaşanmadı.

## TARTIŞMA

Tükürük bezinde taş olduğu zaman klinik olarak ilk bulgu, taşın bezin kanalını tıkaması sonucu yemek yerken, etkilenen tükürük bezinde tekrarlayan şişlikler



Şekil 1. Taşın BT görünümü (büyük ok).

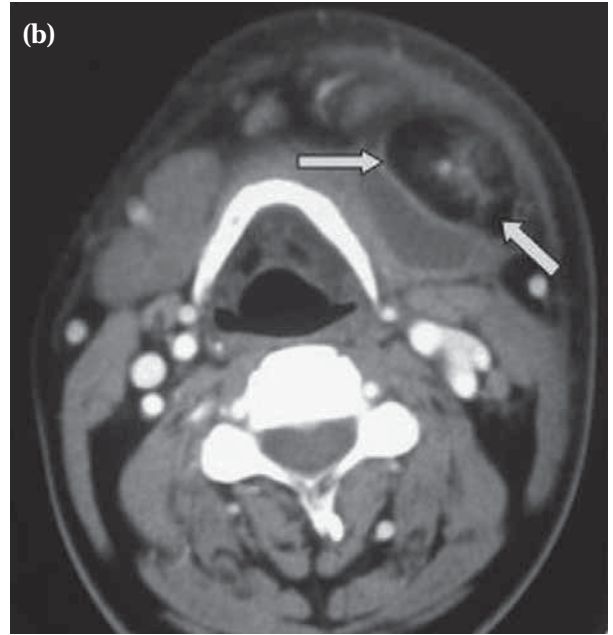
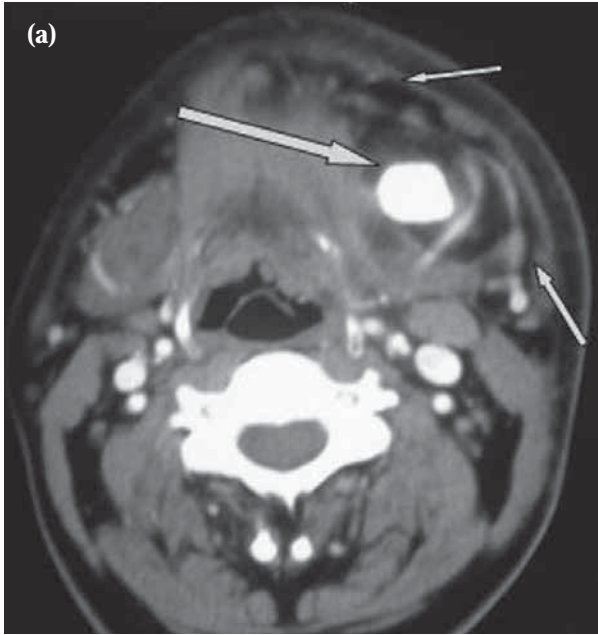
oluşmasıdır.<sup>[1,2,4]</sup> Zamanla, şişlik, ağrı, bezin enfeksiyonu ve nihayetinde ilaç tedavisiyle geçen bir süreç gelişmektedir.<sup>[4]</sup> Tükürük bezi taşında başlangıçta etkilenen kanalda genişleme olur ve tükürük salgısı taşın etrafından geçerek akımına devam eder. Bu nedenle hastalık bir süre bulgusuz seyreder.<sup>[4]</sup> Taş büyüdükçe kanalın genişlemesi de artar. Taş çıkarılmazsa taşın varlığına bağlı olarak tekrarlayan enfeksiyonlar, tükürük bezi kanalının darlığı, intraoral fistüller gelişebilir.<sup>[5]</sup>

Tükürük bezlerinde enfeksiyonun ilerlemesi derin boyun enfeksiyonuna yol açabilir.<sup>[6-8]</sup> Derin boyun enfeksiyonu, enfeksiyonun boyun fasyalarını etkilemesi ve boyunun potansiyel boşluklarına yayılmasıdır.<sup>[6,7,9]</sup> Tedavi edilmezse yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bildirilen serilerde en sık submandibuler bölge etkilenir. Derin boyun enfeksiyonunun en sık nedeni olarak da odontojenik enfeksiyonlar gösterilmiştir. Ancak tükürük bezi enfeksiyonları da sık nedenler arasındadır. Bildirilen serilerde %10-13 neden olarak tükürük bezi enfeksiyonları gösterilmiştir.<sup>[6-9]</sup> Bir seride ise olguların %8'inde derin boyun enfeksiyonuna neden olarak tükürük bezi taşları bildirilmiştir.<sup>[9]</sup>

Derin boyun enfeksiyonu tedavi edilmezse üst solunum yolu obstrüksiyonu, internal juguler ven trombozu, mediastinit, perikardit, karotid arter yaralanmaları, sepsis, septik şok gibi hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilir.<sup>[6-9]</sup> Diyabet gibi sistemik hastalığı olanlarda ve ileri yaşlarda komplikasyonların görülme sıklığı daha fazladır.<sup>[6]</sup> Ancak gecikmiş olgularda da komplikasyonların oranı azımsanamaz. Geç tanı alan ve tedavisi geç başlanan olgularda, ölüm yüzdesi %9 olarak bildirilmiştir.<sup>[9]</sup> Yoğun antibiyotik tedavisine rağmen ciddi komplikasyonlar gelişmişse hastaların yaklaşık yarısı kaybedilir.<sup>[8]</sup> Sunulan olgu ihmal edilmiş bir hastaydı. Yıllardır taş nedeniyle submandibular bez enfekte olmakta, enfeksiyon tıbbi tedaviyle geçip bir süre sonra tekrar başlamaktaydı. Sonunda taş dev boyuta ulaşmış, derin boyun enfeksiyonuna neden olmuştu. Yoğun tıbbi tedavi sonucu ciddi komplikasyona yol açmadan bulgular düzelmisti.

Tükürük bezinde taş varlığında oklüzal radyografiler tanı koymada yardımcı olur. Wharton kanalının ön kısmındaki oluşumlar oklüzal grafi ile arkasında ve bez içindeki oluşumlar oblik ortogonal grafi ile tanınır.<sup>[1,3]</sup> Ancak derin boyun enfeksiyonunda kontrastlı bilgisayarlı tomografinin tanılma değeri yüksektir.<sup>[6-8]</sup> Enfeksiyonun kaynaklandığı ve etkilediği bölgeleri göstermede güvenlidir.<sup>[7,8]</sup> Muhtemel komplikasyonların tanınmasında da tanılma değeri yüksektir.<sup>[7]</sup> Bizim olgumuz derin boyun enfeksiyonu ile geldiği için öncelikle tanılma amaçlı bilgisayarlı tomografi çekildi. Fiziksel muayenede yaygın enfeksiyon nedeniyle taşın varlığını tahmin etmek güçtü. Bu nedenle direkt radyografilerle görüntülemeyi düşünmedik.

Tükürük bezi taşında temel tedavi yöntemi cerrahidir.<sup>[1-5]</sup> Geleneksel tedavi yöntemi kalkülün çıkartılması,



**Şekil 2.** (a) BT' de taş ve taşın çevresinde enflamasyon (büyük ok) ve submandibular bölgede boyun fasyasının enflamasyonu ve gelişmiş apse formasyonu (küçük oklar). (b) Aynı hastada submandibüler bölgede gelişmiş apse formasyonu (oklar).



**Şekil 3.** Submandibular bezin ve taşın ameliyat sonrası görünümü.

gerekirse bezin tamamen çıkarılmasıdır.<sup>[5]</sup> Başlangıçta minimal invaziv yöntemler ile taşın çıkartılması önerilmektedir.<sup>[4]</sup> Ancak taşın bu kadar büyük olduğu bir olguda kesin tedavi yöntemi taşla birlikte bezin tamamen çıkarılmasıdır. Yıllardır süren sialoadenit nedeniyle bezin normal fonksiyon görmesi beklenemezdi.

Sonuç olarak tükürük bezinde sık sık şişmeler oluyorsa taş varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Tanı çoğu zaman direk grafilerle konulabilmekte hatta basit palpasyon bile önemli fikir verebilmektedir. Başlangıçta minimal bir cerrahiyle hastalık tedavi edilebilecekken

ihmal edilirse sunulan olguda görüldüğü gibi dev boyutlara ulaşmış ciddi enfeksiyonlara yol açabilir.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

### KAYNAKLAR

1. Yu C-Q, Yang C, Zeng L-Y, Wu D-M, Zhang J, Yun B. Selective management of obstructive submandibular sialoadenitis. *Br J Oral Maxillof Surg* 2008;46:46-9.
2. Özgün E. Tükürük bezi taşları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2007;3:42-4.
3. Waseem Z, Forte V. An unusual case of bilateral submandibular sialolithiasis in a young female patient. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2005;69:691-4.
4. Bodner L, Sheva B. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Pathol Oral Endod* 2002;94:320-3.
5. Drage NA, Brown JE, Makdissi J, Townend J. Migrating salivary stones: report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43:180-2.
6. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck*. 2004;26:854-60.
7. Eftekharian A, Roobahany NA, Vaezaefshar R, Narimani N. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2009;266:273-7.
8. Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003;260:576-9.
9. Larawin V, Naipao J, Dubey SP. Head and neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;135:889-93.