



Olgu Sunumu/Case Report Submandibular Tükürük Bezi Taşı: Bir Olgu Sunumu

Hümeyra TERCANLI ALKIŞ¹, Binali ÇAKUR², Nebiha Hilal BİLGE²

¹ Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

² Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Özet

Sialolitler, tükürük bezinin bez veya sekresyon kanallarının taş tarafından tıkandığı en yaygın hastalıktır. Herhangi bir yaşta ve sıklıkla submandibular tükürük bezinde görülür. Minör tükürük bezleri ve sublingual bez nadiren etkilenir. Boyutları 1- 10 mm arasında değişir. Klinik muayene ile birlikte konvansiyonel radyografi teknikleri, ultrasonografi, sialografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi ile teşhis edilirler. Büyük sialolitler tükürük bezi kanalının kısmen veya tamamen tıkanmasına neden olabileceği için cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Bu vaka raporu Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı' na başvuran bir erkek hastanın Wharton kanalında görülen bir sialolit konvansiyonel radyolojik ve ultrasonografik bulgularını sunmayı amaçlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Panoramik Radyografi, Tükürük Bezi Taşları, Ultrasonografi

Submandibular Gland Sialolith: A Case Report

Abstract

Sialoliths are the most common disease of the salivary glands which the obstruction of a salivary gland or its excretory duct by a calculus. They occur in any ages and mostly submandibular salivary glands. Minor salivary glands and sublingual gland are rarely affected. Sizes range from 1 to 10 mm. Sialoliths are diagnosed by conventional radiographic techniques, ultrasonography, sialography, magnetic resonance imaging and computerized tomography in addition to clinical examination. Large sialoliths should be removed surgically as they may cause partial or complete obstruction of the salivary gland duct. This case report aims to present the conventional radiological and ultrasonographic findings of a sialolith which was seen in Wharton's duct of a male patient who applied to the Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Ataturk University, Faculty of Dentistry.

Key Words: Panoramic Radiography, Sialoliths, Ultrasonography

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Hümeyra TERCANLI ALKIŞ

Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim
Dalı, Antalya, Türkiye
Tel : +90 242 227 44 00/ 2920

Email: ysl_hmyr25@hotmail.com

DOI:10.30569/adiyamansaglik.428396

Geliş Tarihi: 29.05.2018

Kabul Tarihi: 04.07.2018

GİRİŞ

Sialolitler tükürük bezlerinin en yaygın görülen hastalıklarıdır (1, 2). Tükürük bezlerinde veya tükürük bezi kanallarında tükürük taşlarının gelişmesiyle karakterizedirler. Bakteri, mukus veya deskuame hücreler etrafında kalsiyum tuzlarının birikmesi sialolitlere neden olabilir (1-3). Sialolitler çoğunlukla majör tükürük bezlerinde görülürken; vakaların sadece % 2'si minör tükürük bezlerinde veya sublingual bezde görülür (1, 4). Tedavileri sialolitin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır. Küçük boyuttaki sialolitler konservatif yöntemlerle tedavi edilirken büyük boyutta olanlar cerrahi prosedüre ihtiyaç duyarlar (1, 5).

Bu vaka raporu Wharton kanalında görülen bir sialolitin konvansiyonel radyolojik ve ultrasonografik bulgularını sunmayı amaçlamıştır.

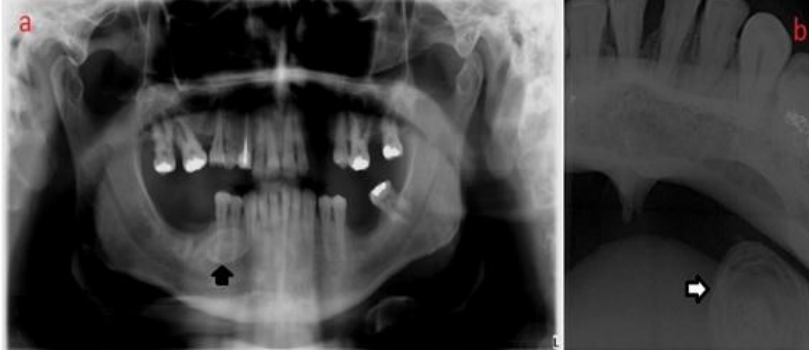
OLGU SUNUMU

54 yaşındaki erkek hasta Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı 'na protetik rehabilitasyon amacıyla başvurdu. Anamnezde hastanın Tip 1 diabet hastası olduğu ve insülin kullandığı öğrenildi. Hastanın ekstraoral muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta iyi bir oral hijyene sahip olmasına rağmen intraoral muayenede periodontal problem varlığı dikkat çekti. Ayrıca sağ premolar bölgede ağız tabanında bir lezyon tespit edildi (**Resim 1**).



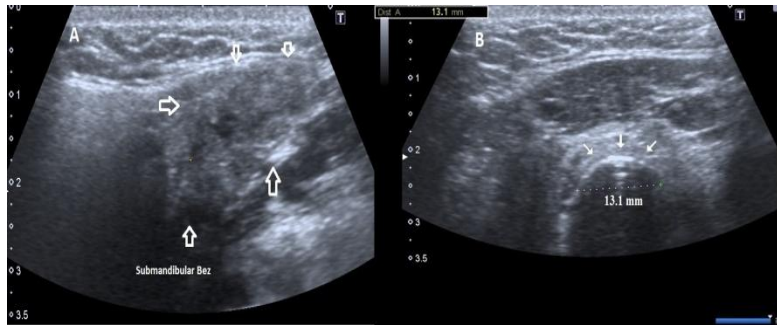
Resim 1. Sialolitin intraoral görünümü

Hasta lezyonun farkında değildi ve ilgili bölgeden şikayeti yoktu. Lezyon palpasyonda sert, ağrısız ve düzgün yüzeliydi. İlgili alanda kızarıklık, ödem ve travma hikayesi yoktu. Komşu dişler vitaldi. Yemek yerken lezyonun büyüklüğünde bir değişiklik olmadığı ve herhangi bir ağrı olmadığı öğrenildi.



Resim 2. a) Sialolit panoramik radyografi görünümü
b) Sialolit oklüzal radyografi görünümü

Radyolojik incelemede panoramik görüntüde sağ alt premolar bölgede, oklüzal görüntüde ise ağız tabanında mandibuladan ayrı iyi sınırlı radyoopak alan tespit edildi (**Resim 2**). Klinik ve radyolojik değerlendirmelerden sonra lezyonun sialolit olabileceği düşünüldü. Lezyonun tam lokalizasyonunu ve büyüklüğünü tespit edebilmek amacıyla hastadan ultrasonografi alındı. Ultrasonografide sağ submandibular tükürük bezi parankiminde harabiyet yapan, Wharton kanalında lokalize, 13,1 mm çapında oval şekilli akustik gölgelenme veren kalsifikasyon tespit edildi (**Resim 3**). Hasta ilgili sialolit çıkarılması için Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı' na yönlendirildi.



Resim 3. A. Submandibular bez parankiminde harabiyet
B. Sialolit ultrasonografik görünümü

TARTIŞMA

Sialolitler; ağırlı enfeksiyona, inflamasyona ve glandüler kanal tıkanıklığına neden olabilen tükürük bezi hastalıklarıdır (4). Kalsiyum fosfat, karbonat hidroksiapatit, mukopolisakkaritler ve az miktarda magnezyum, potasyum ve amonyumdan oluşurlar (2, 5, 6).

Sialolitler birçok faktörden kaynaklanabilir ve etiyojileri hala belirsizdir. Oluşumlarının iki aşamayı içerdiği öne sürülmüştür. İlk aşamada iritan faktörler kanalların spazmodik kasılmalarını tetikler ve tükürük akışını durdurur, ikinci aşama ise taş gelişiminin tamamlanmasına neden olur (4). Literatürde, sialolit birikiminin kalsiyum metabolizmasını içeren sistemik hastalıklarla ilişkili olmadığı öne sürülmüştür (1). Sunulan vakada hasta sistemik olarak tip1 diyabet hastasıydı ve insülin kullanıyordu.

Sialolitlerin yetişkin popülasyonunun 1.2%' sinde, pediatrik popülasyonun ise 3%' ünde görüldüğü bildirilmiştir (1). Herhangi bir yaşta görülebilirler ancak 30 – 60 yaş arasında daha sık görülürler (1, 6). Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülür (1-3, 5, 6). Sialolitler tek yada multiple olabilir (1). Boyutları 1- 10 mm arasında değişirken ortalama boyutları 6- 9 mm' dir ve nadiren 15 mm' den büyük oluşurlar (1, 5, 6). En çok submandibular tükürük bezlerinde görülürler ve bunu parotis bezi sialolitleri takip eder. Sublingual bez ve minör tükürük bezleri ise nadiren etkilenirler (1, 2, 4-6). Sunulan vaka literatürle uyumludur ve 54 yaşında erkek hastada submandibular bez Wharton kanalında lokalize 13.1 mm boyutunda sialolit tespit edilmiştir.

Sialolitlerin teşhisi için dikkatli anamnez ve klinik değerlendirme çok önemlidir (5, 6). Klinik olarak lokal ağrı, şişlik, pürülan akıntı, ağız açıklığı kısıtlanması ve azalmış tükürük akışı mevcuttur. Şişlik öğünler sırasında tükürük akışının artmasına bağlı olarak artar (1). Sunulan vakada hasta sialolit farkında değildi, herhangi bir şikayeti yoktu.

Sialolitlerin tanısı için klinik muayeneye ilaveten panoramik ve oklüzal radyografiler, sialografi, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi kullanılabilir (5-8). Sialografide Stenon ve Wharton kanal ağzlarına pozitif kontrast madde enjekte edilerek bez kanallarının yapısı yüksek hassasiyetle teşhis edilir (8-10). Ancak kontrast madde kullanımı ve artmış radyasyon dozu nedeniyle sialolit teşhisinde ilk tercih değildir (9). Yine ultrasonografi tükürük bezlerinin değerlendirilmesine olanak sağlayan ve radyasyon içermeyen yararlı bir tekniktir (8). Literatürde radyoopak taşları görmenin en iyi yolu oklüzal radyografi olarak bildirilmiştir (6). Bu vakada sialolit, panoramik ve oklüzal radyografi ile teşhis edilmiş ve non invaziv bir görüntüleme yöntemi olan ultrasonografi ile lokalizasyon ve boyut tespiti yapılmıştır.

Sonuç olarak, büyük boyutlardaki sialolitler, tükürük bezi kanalının kısmen veya tamamen tıkanmasına neden olabilir, ağrıya ve şişmeye neden olabilir. Bu nedenle büyük sialolitler cerrahi olarak çıkarılmalı ve hastalar düzenli olarak takip edilmelidir. Ayrıca ultrasonografi tedavi planlaması için yararlı bilgiler sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Omezli MM, Ayranci F, Sadik E, Polat ME. Case report of giant sialolith (megalith) of the Wharton's duct. Niger J Clin Pract 2016;19(3):414-7.
2. Iqbal A, Gupta AK, Natu SS, Gupta AK. Unusually large sialolith of Wharton's duct. Ann Maxillofac Surg 2012;2(1):70-3.
3. Sunder VS, Chakravarthy C, Mikkilinine R, Mahoorkar S. Multiple bilateral submandibular gland sialolithiasis. Niger J Clin Pract 2014;17(1):115-8.
4. Kimura M, Enomoto A, Shibata A, Nishiwaki S, Umemura M. A Case of Sialolithiasis in a Minor Salivary Gland of the Buccal Mucosa. J Clin Diagn Res 2016;10(11):06-7.

-
5. Lim EH, Nadarajah S, Mohamad I. Giant Submandibular Calculus Eroding Oral Cavity Mucosa. *Oman Med J* 2017;32(5):432-5.
 6. Gadve V, Mohite A, Bang K, Shenoi SR. Unusual giant sialolith of Wharton's duct. *Indian J Dent* 2016;7(3):162-4.
 7. Rastogi R, Bhargava S, Mallarajapatna GJ, Singh SK. Pictorial essay: Salivary gland imaging. *The Indian J Radiol Imaging* 2012;22(4):325-33.
 8. Uggla L, Ravanelli M, Pallottino AA, Farina D, Maroldi R. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2017;37(2):83-93.
 9. Koch M, Iro H. Salivary duct stenosis: diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2017;37(2):132-41.
 10. Ngu RK, Brown JE, Whaites EJ, Drage NA, Ng SY, Makdissi J. Salivary duct strictures: nature and incidence in benign salivary obstruction. *Dentomaxillofac Radiol* 2007;36(2):63-7.