

## Parotis bezi proksimal duktusunda yerleşmiş taş: Olgu sunumu

### *Sialolithiasis in the proximal ductus of the parotid gland: A case report*

Fazıl Emre Özkurt, Salih Bakır, Mehmet Akdağ, Aylin Gül, Musa Özbay

#### ÖZET

Siyalolitiyazis tükürük bezinin veya boşaltıcı kanalının kalkulus ile tıkanmasıdır. Etkilenen bezde şişlik, ağrı ve enfeksiyon görülür. En sık sırasıyla submandibular bezde, parotis bezinde, sublingual bezde ve minör tükürük bezlerinde görülür. Tedavi takipten, bezin total eksizyonuna kadar geniş bir seçenek içerir. Bu yazımızda parotis bezinde taş tanısı ile daha önce başarısız minimal invaziv cerrahi tedavi yapılmış hastamız sunuldu. Hastaya yüzeysel parotidektomi yaptık. Parotis bezinin proksimal duktusuna yerleşmiş taş saptadık. Hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşmadık.

**Anahtar kelimeler:** Siyalolitiyazis, parotis bezi, tükürük bezi

#### GİRİŞ

Siyalolitiyazis tükürük bezinin veya boşaltıcı kanalının kalkulus ile tıkanmasıdır. Etkilenen bezde şişlik, ağrı ve enfeksiyon görülür. Siyalolitiyazis tüm tükürük bezi hastalıklarının yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. %80-95 oranında submandibular bezde, %5-20 oranında parotis bezinde ve %1-2 oranında sublingual ve minör tükürük bezlerinde görülür.<sup>1</sup>

Siyalolitiyazis patogenezi hala tam olarak anlaşılamamakla birlikte tükürük taşı deskuame epitel, yabancı cisim, bakteri veya bakteri ürünleri ile oluşan santral çekirdek etrafında kalsiyumdan zengin kristallerin birikiminden oluşmaktadır.<sup>2</sup> Siyalolitiyazis zeminde tükürük bezindeki ciddi enfeksiyonlar cerrahi gerektirebilir. Cerrahi olarak transoral siyalodektomi, bezin total eksizyonu, ekstrakorporeal litotripsi veya son zamanlarda popüler olan siyalendoskopi, lazer litotripsi gibi minimal invaziv prosedürler uygulanabilir.<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

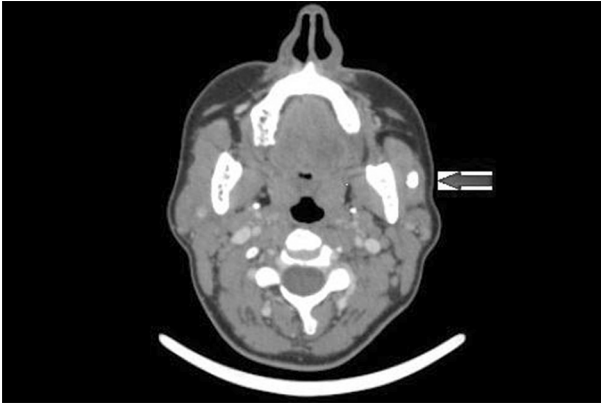
Sialolithiasis is characterized by the obstruction of salivary gland or its excretory duct by a calculus. Swelling, pain, and infection are seen in the affected gland. Most common seen in submandibular gland, parotid gland, sublingual gland and minor salivary glands, respectively. Treatment is in a wide range from medical treatment to total excision of the gland. In this case, we reported a patient that have a previously failed surgical treatment for parotid calculi. Superficial parotidectomy was performed. We found the calculi in the proximal ductus of the parotid gland. There was no problem in postoperative follow-up period.

**Key words:** Sialolithiasis, parotid gland, salivary Gland

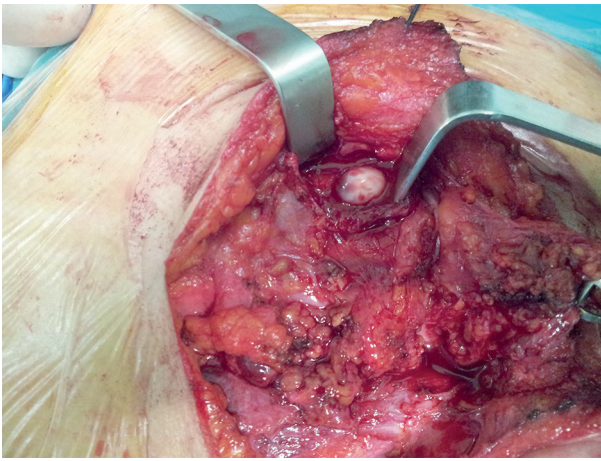
#### OLGU

Otuz beş yaşında bayan hasta sol kulak önünde yaklaşık 3 yıldır ayda 1-2 atak şeklinde olan ağrı ve şişlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde bu şikayet ile dış merkezde operasyon geçirdiğini belirtti, soy geçmişinde özellik saptanmadı. Sol kulak 3 cm önünde yaklaşık 2 cm'lik insizyon skarı olduğu görüldü. Yapılan muayenesinde sol kulak önünde yaklaşık 3x3 cm'lik, orta sertlikte, fiks olmayan, ağırlı kitle tespit edildi. Stenon ağzından masaj ile sero-pürülan akıntı izlendi. Bimanuel muayene ile taş saptanmadı. Fasial fonksiyonları normaldi. Laboratuvar testlerinde özellik saptanmadı. Yapılan ultrasonografi'de "Sol temporomandibular bileşkenin anterior superior komşuluğunda büyüklüğü 8 mm çapında, 2 adet belirgin akustik gölge veren kaba kalsifik odak izlendi (İntraparankimal parotis bezi kalsifikasyonu? Yanak kaslarında kalsifikasyonu?)" görüldü. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde "Solda masseter kası içerisinde

stensen kanalına uyan lokalizasyonda 7.5 x 5.5 mm boyutunda taş ile uyumlu görünüm izlenmektedir.” saptandı (Resim 1). Hastaya medikal tedavi verildi. 6 ay önce minimal invaziv cerrahi geçirdiği ve taş çıkarılmadığı için yüzeysel parotidektomi planlandı. Hastadan aydınlatılmış onam formu alınarak genel anestezi altında fasial sinir dalları korunarak yüzeysel parotidektomi yapıldı. İntraoperatif duktus proksimal kısmına oturmuş 8x6x6 mm’lik taş görüldü (Resim 2). Postoperatif fasial sinir fonksiyonları normaldi. Komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Histopatolojik inceleme kronik siyalodenit + kalkulus olarak rapor edildi.



**Resim 1.** Aksiyel kesit bilgisayarlı tomografisi: Sol Parotis içindeki siyalolit



**Resim 2.** İntraoperatif görülen siyalolit

## TARTIŞMA

Siyalolitiazis olgularının yaklaşık %5-20’si parotis bezinde görülür.<sup>1</sup> Kalkuluslar daha çok parotis bezinin distal duktusuna yerleşmiş olarak karşımıza

çıkarak, intraparakimal ve proksimal duktus yerleşimi daha nadirdir.<sup>2</sup> Etyolojisi tam olarak belli değildir, ancak mekanik nedenler, inflamatuvar nedenler, kimyasal nedenler, nörojenik nedenler, enfeksiyöz nedenler, yabancı cisimler suçlanmaktadır.<sup>4</sup> Şikayet olarak etkilenen bezde şişlik, ağrı ve enfeksiyon görülür.<sup>1</sup> Parotis bezi taşlarında medikal tedaviye cevap vermeyen ve sık tekrarlayan olgularda cerrahi düşünülür. Cerrahi tedavi transoral siyalodoktomi ve siyalendoskopi, litotripsi ve doğrudan ulaşım gibi minimal invaziv cerrahi müdahaleleri içerir.<sup>3,5</sup> Siyalendoskopi çapı 5 mm’den küçük ve daha çok kanal distaline yerleşmiş olan taşlarda uygulanabilen bir yöntemdir.<sup>5</sup> Ekstrakorporeal litotripsi küçük ve distal yerleşimli birden fazla taş olan olgularda %50-60 başarı oranıyla kullanılabilen bir yöntemdir. Ancak potansiyel parankim yaralanması ve fibrozis riski vardır.<sup>6</sup> Ayrıca son yıllarda doğrudan taşın bulunduğu lokalizasyona yönelik eksternal yaklaşımlar da yapılabilmektedir.<sup>7</sup> Parotidektomi multipl taş olan olgularda, rekürren taş olgularında ve başarısız minimal invaziv girişim sonrasında uygulanan bir yöntemdir.<sup>6</sup> Daha önce başarısız minimal invaziv cerrahi girişim geçirdiğinden dolayı hastaya yüzeysel parotidektomi yapıldı.

Sonuç olarak medikal tedaviye rağmen tekrarlayan parotit olgularında taş ayırıcı tanıda düşünülmesi ve minimal invaziv girişim ile sonuç alınamayan olgularda parotidektomi yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Oteri G, Procopio RM, Cicciù M. Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): Report of two cases. *Open Dent J* 2011;5:90-5.
- Ord RA, Pazoki AE. Salivary gland disorders. In: Miloro M, ed. *Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery* 2nd edn. London: BC Decker Inc, 2004:674.
- Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951-6.
- Bodner L. Parotid sialolithiasis. *J Laryngol Otol* 1999;113:266-7.
- Nahlieli O, Shacham R, Bar T, et al. Endoscopic mechanical retrieval of sialoliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95:396-402.
- Iro H, Schneider Th, Fodra C, et al. Shockwave lithotripsy of salivary duct stones. *Lancet* 1992;339:1333-6.
- Karavidas K, Nahlieli O, Fritsch M, et al. Minimal surgery for parotid stones: a 7-year endoscopic experience. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:1-4.