

Submandibular Bez Patolojilerinin Cerrahi Tedavisi

Surgical Treatment of Submandibular Gland Pathologies

Musa Özbay¹, Engin Şengül¹, Beyhan Yılmaz¹, İsmail Topçu²

ÖZET

Amaç: Submandibular bezde görülen patolojiler nedeniyle opere ettiğimiz hastaların klinik özelliklerini, histopatolojik sonuçlarını ve cerrahi komplikasyonlarını literatür bilgileri eşliğinde değerlendirmektir.

Yöntemler: Submandibular bezde görülen patolojiler nedeniyle 2007 ile 2016 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 34 hastanın klinik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 21'i (%61,8) erkek, 13'ü (%38,2) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 41,7±16,6 yıl şeklindeydi. Hastaların post-operatif patoloji sonucu 30 hastada (%88,2) benign, 4 hastada (%11,8) malign olarak geldi. Benign hastaların 20'sinde siyalolitiyazis, 6'sında kronik sialoadenit mevcuttu. Patoloji sonucu 4 hastada pleomorfik adenom olarak bulunurken, malign 4 hastanın tanısı adenoid kistik karsinomdu. Post-operatif komplikasyon oranı %11,7 bulundu. En sık komplikasyon olarak marjinal mandibular sinir parestizi görüldü.

Sonuç: Boyunda oluşan insizyon skarından ve marjinal mandibular sinir parestizi komplikasyonlarından dolayı son zamanlarda yeni cerrahi yöntemler arayışına başlanmış olsa da, transservikal yol ile submandibular bez eksizyonu halen en çok kullanılan güvenli bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Submandibular bez, cerrahi, histopatoloji, komplikasyon

GİRİŞ

Submandibular bez eksizyonu yaklaşık elli yıldır uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Bu cerrahi yöntem siyalolitiyazis, tümörler ve kronik sialoadenitin tedavisinde kullanılmaktadır. En sık görülen patolojisi siyalolitiyazis olup toplumda görülme sıklığı %1'dir. Erkeklerde daha çok görüldüğü bildirilmiştir. Siyalolitiyazis sırasıyla en sık submandibular bezde (%80), parotis bezinde (%5-20) ve sublingual ve minör tükürük bezlerinde (%1-2) görülmektedir [1,2,3].

ABSTRACT

Objective: We aimed to evaluate clinical presentations, histopathological diagnosis and complications of patients operated for a submandibular gland pathology.

Methods: Medical records of 34 patients who were operated for a submandibular gland pathology between 2007 and 2016 years evaluated retrospectively.

Results: 21 (61.8%) of these patients were male and 13 (38.2%) were female. The mean age of the patients was 41.7±16.6 years. Post-operative histopathological diagnosis was benign in 30 patients (88.2%), malign in 4 patients (11.8%). In the benign group, diagnosis was sialololithiasis in 20 patients, chronic sialoadenitis in 6 patients and pleomorphic adenoma in 4 patients. In malign group, the histopathologic result for all patients was adenoid cystic carcinoma. Complication rate of submandibular excision surgery was 11.7%. Marginal mandibular nerve paresis was the most common complication.

Conclusion: New surgery methods have been presented in the literature because of the incision scar and marginal mandibular nerve paresis during the transcervical surgical approach. However, submandibular gland excision through transcervical approach is still the most used and safe method.

Key words: Submandibular gland, surgery, histopathology, complication

¹ Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Musa Özbay,

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye Email: musaozbay@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 15.03.2016, Kabul Tarihi / Accepted: 26.04.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

Tükürük bezi tümörleri tüm baş boyun tümörlerinin % 2-3'ünü oluştururlar. Tükürük bezi tümörlerinin %85'i parotisten köken alırken, %10'u submandibular bezden köken alır. Sublingual bez ve minör tükürük bezi tümörleri daha az oranda tutulur [4]. Submandibular bezde görülen tümörlerin yaklaşık yarısı maligndir. Adenoid kistik karsinom submandibular bezin en sık görülen malign tümörü olup, pleomorfik adenom en sık görülen benign tümördür [2,4,5]. Pleomorfik adenom enükleasyonla çıkarıldığında yüksek rekürrens oranlarına sahip olduğundan submandibular bez tümörlerinin hepsinde submandibular bez total olarak çıkarılmalıdır [4,6]. Submandibular bez cerrahisi sırasında yakın komşuluktan dolayı fasial sinirin marjinal mandibular dalı, lingual sinir ve hipoglossal sinir zarar görebilir.

Bu çalışmada, kliniğimizde submandibular bez eksizyonu yapılan hastalar retrospektif olarak analiz edildi ve sonuçlar literatür eşliğinde tartışıldı.

YÖNTEMLER

Ocak 2007 ile Ocak 2016 tarihleri arasında kliniğimize submandibular bezde şişlik nedeniyle başvuran ve cerrahi uygulanan hastalardan kayıtlarına ulaşılabilen 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların kayıtları geriye dönük olarak gözden geçirilerek yaş, cinsiyet, cerrahi işlem, histopatolojik tanı, şikayet süreleri ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 21'i (%61,8) erkek, 13'ü (%38,2) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 41,7 (16-75) bulundu. Bir hastada ağrılı, geri kalan tüm hastalarda ağrısız şişlik şikayeti mevcuttu. Hastalar başvurduğunda ortalama şikayet süreleri 15,2±20 aydı. Hastaların post-operatif patoloji sonucu 30 hastada (%88,2) benign, 4 hastada (%11,8) malign olarak geldi. Tanısı benign olan hastaların post-operatif patoloji sonucu 26 hastada (%76,5) sialoadenit olarak bulundu. Bu hastalardan 20'sinde sialolityazis mevcuttu. Patoloji sonucu 4 hastada pleomorfik adenom olarak bulundu. Malign hasta grubunda bulunan tüm hastaların sonucu da adenoid kistik karsinom şeklindeydi (Tablo 1). Post-operatif komplikasyon oranı %11,7 olarak tespit edildi. Komplikasyon olarak 3 hastada

marjinal mandibular sinir parezisi, bir hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Tablo 1. Hastaların post-operatif histopatolojik tanıları

Histopatolojik tanı	Sayı	%
Sialoadenit	26	76,5
Pleomorfik adenoma	4	11,8
Adenoid kistik karsinoma	4	11,8
Toplam	34	100

TARTIŞMA

Submandibular bez eksizyonu cerrahisinin sık endikasyonu sialolityazisdir. Sialolityazis erkeklerde daha sık görülür [7]. En sık 3. ve 6. dekatlar arasında görülmesine rağmen her yaşta görülebildiği bildirilmiştir [8]. Bizim hastalarımızın da çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı ve yaş ortalaması literatür ile uyumluydu. Sialolityazis tedavisinde yapılacak cerrahi tedavi taşın yerleştiği bölgeye bağlıdır. Taşlar anterior yerleşimli ise palpe edilebilir ve taş duktus ağzına 2cm'den daha yakın ise lokal anestezi altında ağız içerisinden çıkarılabilirler. Duktus ağzından 2cm'den uzak taşlar için, lingual arter ve sinir yaralanması nedeniyle eksternal boyun yaklaşımı önerilir [9].

Pleomorfik adenom submandibular bezde en sık görülen benign tümördür. Parotis bezinde görülen pleomorfik adenomda olduğu gibi yetersiz cerrahi nüklere sebep olmaktadır [2,4,5,10]. Bizim vaka grubumuzda da en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdu. Total olarak submandibular bezi çıkardığımız vakaların hiçbirinde nüks görmedik. Submandibular bezde görülen tümörlerin yaklaşık yarısı malign olup en sık görülen malign tümörü adenoid kistik karsinomdur. Bezin total olarak çıkarılması ile birlikte boyun diseksiyonu önerilmektedir [2,4,5,10]. Hastalarımızda patoloji sonucu tümör olan vakaların %50'si malign ve bunların hepsinde sonuç adenoid kistik karsinom olarak bulunmuştur. Bu hastalardan biri bir yıl sonra biri de 4 yıl sonra akciğer metastazı nedeniyle kaybedilmiştir. Diğer bir hastaya parsiyel mandibulektomi ile birlikte geniş rezeksiyon yapıldı. Operasyon sırasında lingual ve hipoglossus sinirler invaze oldukları için spesimene dahil edildi.

Submandibular bez cerrahisinin komplikasyonları olarak marjinal mandibular sinir, lingual ve hi-

poglossus sinir yaralanmaları olabilir. En sık görülen komplikasyon marjinal mandibular sinir parezsidir ve bu komplikasyonun en çok malign hastalarda görüldüğü bildirilmiştir [10]. Bu komplikasyondan kaçınmak için cerrahi sırasında yapılması gereken bazı öneriler vardır. Bu öneriler şunlardır; aşağı seviyede (hyoid seviyesinden) beze ulaşmak, parotis kuyruğundan çıktığı yerde marjinal mandibular siniri tanımak, fasial veni bağladıktan sonra üst ucunu yukarı çekerek siniri cerrahi alandan uzaklaştırmak [11]. Bizim hastalarımızda da en sık komplikasyon olarak marjinal mandibular sinir parezisi 3 hastada (%8,8) görüldü. Bu hastaların hepsinde parezi 6 ayda tamamen düzeldi. Bir hastamızda ise yara yeri enfeksiyonu gelişti. Yapılan pansuman ve medikal tedaviyle bu hastada sorunsuz bir şekilde iyileşti.

Son yıllarda transservikal boyun yaklaşımında boyunda oluşan insizyon skarı cerrahları farklı yöntem arayışına yönelmiştir. Guerrissi ve ark. [12] boyunda insizyon skarı oluşmasından ve marjinal mandibular sinir parezisinden kaçınmak için endoskop yardımıyla intraoral eksizyon yöntemini önermişlerdir. Bu yöntemde de lingual sinir ve hipoglossal sinir hasar ihtimali olduğunu fakat endoskop kullanımı ve tecrübeli ellerde bu ihtimalin çok düşük olduğunu bildirmişlerdir. Baek ve ark. [13] ise intraoral submandibular bezi çıkarmanın oluşan fibrozis nedeniyle dil hareketlerini kısıtladığını ve lingual sinir hasarı ihtimali olması nedeniyle, minimal insizyon yaparak endoskop yardımıyla submandibular bez cerrahisi yapmışlardır. Bu yöntemle oluşan insizyon skarının kabul edilebilir olduğunu ve endoskop kullanıldığı için de önemli yapıların vizualizasyonunun yeterli olduğunu bildirmişlerdir. De virgilio ve ark. [14] yine skardan kaçınmak için saç çizgisinden insizyon yaparak cilt elevasyonu sonrası da Vinci robotunu kullanarak submandibular bezi çıkarmışlar, insizyonun saç çizgisinde kalmasından dolayı görülmesinin zor olduğunu ve estetik sonuçlarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Cilt flebinin subplatismal plandan kaldırılmasından dolayı marjinal mandibular sinir hasarının söz konusu olmadığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak submandibular bez cerrahisi uzun yıllardır transservikal yolla başta sialolityazis olmak üzere benign ve malign patolojilerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Transservikal yol ile su-

bmandibular bez cerrahisi halen en çok kullanılan güvenli bir yöntem olmakla birlikte marjinal mandibular sinirde hasar ihtimali ve boyunda oluşan insizyon skarından dolayı son yıllarda yeni yöntem arayışlarına girilmiştir. Bu yöntemlerin de avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte ideal cerrahi yöntem arayışı uzun yıllar devam edecek gibi gözükmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. Stanley MW, Bardales RH, Beneke J, et al. Sialolithiasis. Differential diagnostic problems in fine-needle aspiration cytology. *Am J Clin Pathol* 1996;106:229-233.
2. Leung AK, Choi MC, Wagner GA. Multiple sialoliths and a sialolith of unusual size in the submandibular duct: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:331-333.
3. Özkurt FE, Bakır S, Akdağ M, et al. Parotis bezi proksimal duktusunda yerleşmiş taş: Olgu sunumu. *Dicle Med J* 2013;40:144-145.
4. Rapis AD, Stavrianos S, Lagogiannis G, Faratzis G. Tumors of the submandibular gland: Clinicopathologic analysis of 23 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1203-1208.
5. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35 year experience with 2807 patients. *Head Neck Surg* 1986;8:177-184.
6. Ellies M, Laskawi R, Arglebe C, Schott A. Surgical management of nonneoplastic diseases of the submandibular gland. A follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25:285-289.
7. Work WP, Hecht DW: Inflammatory diseases of the major salivary glands. In Papparella MM, Shumrick DF (eds): *Otolaryngology*, vol 3. Philadelphia, WB Saunders 1980; 2235-2243.
8. Brodner L, Azaz B. Submandibular sialolithiasis in children. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;40:551-554.
9. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibular sialolityazise yaklaşımımız. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26:16-19.
10. Preuss SF, Klusmann JP, Wittekindt C, et al. Submandibular gland excision: 15 years of experience. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:953-957.

11. Smith WP, Peters WJ, Markus AF. Submandibular gland surgery: an audit of clinical findings, pathology and postoperative morbidity. *Ann R Coll Surg Eng* 1993;75:164-167.
12. Guerrissi JO, Taborda G. Endoscopic excision of the submandibular gland by an intraoral approach. *J Craniofac Surg* 2001;12:299-303.
13. Baek CH, Jeong HS. Endoscope-assisted submandibular sialadenectomy: a new minimally invasive approach to the submandibular gland. *Am J Otolaryngol* 2006;27:306-309.
14. De Virgilio A, Park YM, Kim WS, et al. Robotic sialoadenectomy of the submandibular gland via a modified face-lift approach. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;41:1325-1329.