

Tükürük bezi taşı cerrahisi: İki olgu sunumu

Ertan Ali Delilbaşı(0000-0002-7241-4152)^α, Ulviyya Mammadova(0000-0002-6562-8136)^α, Damla Sivri(0000-0001-5888-8653)^α,
Vahit Can Göksu(0000-0002-1388-3776)^α, Kübra Öztürk(0000-0003-4447-0103)^α

Selcuk Dent J, 2019; 6: 52-56 (Doi: 10.15311/selcukdentj.337601)

Başvuru Tarihi: 11 Eylül 2017
Yayına Kabul Tarihi: 20 Mart 2018

ÖZ

Tükürük bezi taşı cerrahisi: İki olgu sunumu

Sialolithiazis, "sialolit" olarak tanımlanan tükürük bezi taşlarının gelişimi ile oluşan bir rahatsızlıktır. Sialolithiazis %80 oranında submandibular tükürük bezinin içinde veya duktusunda görülmektedir. Tükürük bezi hastalıklarının tanısında farklı görüntüleme teknikleri kullanılabilir. Bu makalede iki farklı hastanın submandibular tükürük bezin duktusunda teşhis edilen sialolitlerin cerrahi eksizyonu rapor edilmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER

Sialolit, submandibular bez, tükürük bezi

ABSTRACT

Surgical treatment of salivary gland stones: Two case reports

Sialolithiazis is a disturbance caused by the development of salivary gland stones, known as "sialoliths". Sialolithiazis occurs in 80% of the submandibular salivary glands. Different imaging techniques can be used to diagnose salivary gland diseases. In this report two cases of sialoliths which diagnosed in the submandibular salivary gland and excised surgically are presented.

KEYWORDS

Sialolith, submandibular gland, salivary gland

Sialolitler, bir majör ve / veya minör tükürük bezinin duktal sistemi içerisinde gelişen kalsifiye yapılardır. Sialolitler, tükürük bezi kanalında biriken debrislerin (bakteri, mukus, deskuame hücreler v.b.) mineralizasyonu neticesinde oluşur ve %82 inorganik ve %18 organik yapıdadırlar.^{1,2}

Sialolithiazisin etiyojisi tartışmalıdır; teoriler arasında intraselüler mikro taşların formasyon göstermesi veya intraduktal mikropluğlar bulunması vardır. Ayrıca, tütün kullanımı, diüretik tedaviler veya serumdaki sodyum, potasyum ve paratiroid hormonu düzeylerinin yükselmesi gibi sistematik faktörlerin sialolit oluşumunu etkilediği düşünülmektedir. Etiyojisi hakkında kesin yargılar olmamakla birlikte, tükürük akışındaki azalma, tükürük bileşimi ve pH'nın taş etiyojisinde etkili lokal faktörler olduğu kabul görmektedir.^{3,4}

Sialolithiazis tükürük bezi hastalıkları içerisinde en çok görülenidir ve %80 oranında submandibular tükürük bezinin içinde veya duktusunda görülmektedir.⁵ Bu; bezin boşaltım kanalının tıkanması veya duktal ektazi ile karakterizedir. Genelde asemptomatik seyreden tükürük bezi taşları sekonder enfeksiyon ile ya da yemek yeme sırasında şişlik ve ağrı gibi semptomlarla ortaya çıkabilir. En çok 3. ve 6. dekatlarda görülmektedir.⁶ Tükürük bezi hastalıklarının tanısında direkt radyografi, siyalografi,

ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılabilir.⁷ Tükürük bezi taşlarının ölçüsü bir kaç mm'den bir kaç cm'e kadar değişmektedir. Ölçüsü 10 mm'den büyük olan taşlar yani; dev tükürük bezi taşları genellikle çok nadir görülmektedir.⁸ Bezin perihiler bölgesinde ya da ağız tabanında gözlenen taşların tedavisinde transoral yaklaşım tercih edilirken, proksimal kanal veya parenkim içerisindeki taşlarda adenektomi tedavisi uygulanmaktadır.⁹ Submandibular tükürük taşlarının cerrahi tedavisinde meydana gelebilecek komplikasyonlarda taşların lokalizasyonu etkili olabilmektedir. Lingual sinirin cerrahi alana yakınlığı sinir hasarı görülme ve dil fonksiyonlarında etkilenme insidansını artırmaktadır.¹⁰ Biz bu makalede kliniğimize başvuran submandibular tükürük bezinin kanalına yakın ve kanal içinde lokalize teşhis edilen sialolitlerin cerrahi tedavisini sunmaktayız. İki vakada da submandibular bez korunmuştur.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

34 yaşında erkek hasta; 18 yıldır mevcut yemek yeme sırasında submandibular bölgede oluşan şişlik ve ağrı şikayeti ile Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

^α Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara

Ağız Diş Çene Cerrahisi Bölümü'ne başvurmuştur. Hastanın alınan anamnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlığının bulunmadığı ve ilaç kullanmadığı öğrenilmiştir. Ekstraoral muayenesinde dikkat çeken herhangi bir bulgu saptanmadı. İntraoral muayenesinde ise dilaltı ağız tabanında şişlik, palpasyonda hissedilen kitle ve bölgenin hassas ağırlı olduğu izlendi. İlgili bölgeye yakın dişlerde herhangi bir patolojik duruma rastlanmadı. Yapılan klinik ve radyolojik muayeneler sonucu sol submandibular kanal duktusunda lokalize tükürük bezi taşı görüldü ve taşın cerrahi olarak eksizyonuna karar verildi (Resim 1, Resim 2).



Resim 1.

Preoperatif tükürük taşı okluzalden görünüm



Resim 2.

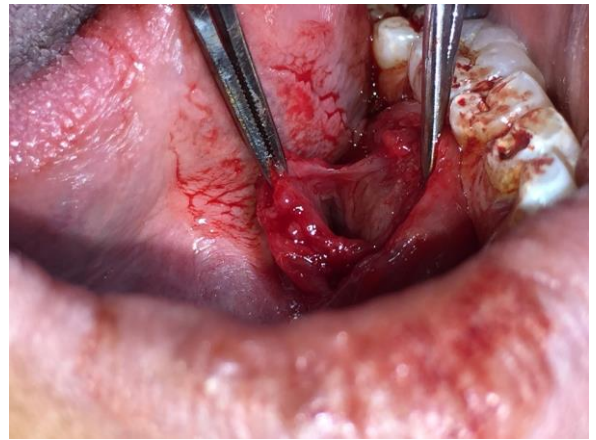
Tükürük taşı radyografik görünüm (Soldan sağa: Panoramik film, Radyografik film)

Öncelikle lingual sinir blokajı ile birlikte mandibular anestezi yapıldı. Kanal üzerinde dişlere paralel insizyon yapıp küt diseksiyonlarla kanalın içine ulaşıldı (Resim 3) ve taş eksize edildi (Resim 4). Taş çıkarıldıktan sonra kanal ağız tabanına 5.0 suturlarla marsupyalize edildi. Çıkarılan taşın yüzeyi düz 3 cm uzunluğundaydı (Resim 5). Operasyon sonrasında hastaya 1g amoksisilin+ klavulanik asit 5 gün süreyle 2x1, naproksen sodyum içerikli non-steroid antiinflamatuvar 2x1 ve klorheksidin ağız gargarası 2. günden itibaren 3x1 şeklinde kullanmak üzere reçete edildi. Hastanın 10. gün kontrolünde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.



Resim 3.

İntraoperatif tükürük taşına ulaşım



Resim 4.

Taş çıkarıldıktan sonra wharton kanalı



Resim 5.

Sialolit (Tükürük bezi taşı)

OLGU 2

50 yaşında erkek hasta; sağ taraf ağız tabanında batma hissi ve bazen oluşan şişkinlik nedeniyle Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi bölümüne başvurmuştur. Alınan anamnezinde sistemik rahatsızlığı bulunmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenilmiştir. Ektraoral muayenesinde dikkat çeken herhangi bir bulgu saptanmamıştır. İntraoral muayenede sağ dilalti, ağız tabanında şişlik ve palpasyonda sertlik saptandı. Alınan panoramik ve okluzal radyografide submandibular tükürük bezinin kanalına yakın kısmında tükürük bezi taşı saptadı (Resim 6). Tükürük bezi taşının cerrahi olarak eksiziyonuna karar verildi.



Resim 6.

Tükürük taşı radyografik görünüm (Soldan Sağa: Panoramik film, Okluzal film)

Yapılan lingual sinir blokajının ardından ilgili bölgeye insizyon yapıp künt diseksiyonla Warthon kanalına ulaşıldı ve tükürük bezi taşı eksize edildi (Resim 7). Yara bölgesi 5.0 suture ile ağız tabanına marsupyalize edildi. Çıkarılan taş yüzeyi pürüzlü 15 mm uzunluğundaydı (Resim 8). Operasyon sonrasında hastaya 1 g amoksisilin + klavulanik asit 5 gün süreyle 2x1, naproksen sodyum içerikli non-steroid antiinflamatuvar 2x1 ve klorheksidin ağız gargarası 2. günden itibaren 3x1 şeklinde kullanmak üzere reçete edildi. Hastanın 10. gün kontrolünde her hangi bir komplikasyon izlenmedi.



Resim 7.

İntraoperatif tükürük taşına ulaşım



Resim 8.

Tükürük taşı (Sialolit)

TARTIŞMA

Sialolithiazis tükürük bezi hastalıkları içerisinde en yaygını ve tükürük bezi patolojileri arasında en çok rastlanandır. Sialolitlerin etiyojisi kesin olmamakla birlikte; tükürük vizkozitesi, tükürükteki mineralizasyon, tükürük bezi kanallarında predispozan faktörler dışında travma ve enfeksiyon olası etkenler arasında görülmektedir.⁸ Tükürük bezi taşlarının oluşumunda anatomik yapının da önemli rolü vardır. Özellikle bu durum submandibular tükürük bezinin boşaltım kanalı olan Warthon kanalı için geçerlidir. Yazarlar Warthon kanalının anatomik yapısının diğer kanallara göre daha geniş olmasına rağmen ağız boşluğuna açılmadan önce iki dik kavis yapmasının ve tükürüğün muköz kıvamda olmasının bu bezde taş oluşumunun daha fazla görülmesinin nedenleri olabileceğini rapor etmişlerdir.¹¹

Tükürük taşlarına genellikle 3. ve 6. dekatlarda, erkek hastalarda ve submandibular tükürük bezinde daha sık rastlanır.⁶ İlk olguda hasta 34, ikinci olguda ise 50 yaşındadır. Genellikle taşların büyüklüğü 10mm boyutlarında ve bazen de >15 mm dev taşlar şeklinde olabilir.⁸ Büyüyen taş tükürük bezi kanalının reaksiyonu ile semptomlar verir. Bunlara şişlik, ödem, ağrı, iltihabi durumlar aittir. Büyük bezlerin taşları özellikle yemek yerken belirgin olarak ağrı ve şişlik yaparlar. Şikayetin ciddiyeti tıkanma derecesi ile sekresyonun geri tepme durumuna göre değişir. Taşın kanalın

ağızına yakın olduğu durumlarda palpasyonda sert kıvamı hissedilir.¹² Soares ve ark.¹³ yaptıkları araştırmalarda tükürük taşının uzun süre asemptomatik olarak da kalabildiğini rapor etmişlerdir. İlk olguda hastanın semptomlarına rağmen 18 yıl boyunca rahatsızlık duymadan normal fonksiyonlarına devam ettiği görülmüştür. Submandibular sialolitler lenfadenopatiyle karışabilir, bimanuel palpasyon ayırıcı tanıda yardımcı olur. Radyografda genellikle silindirik radyoopasiteler şeklindedir, submandibular bezdeki taşlar genellikle daha uzun ve düzensiz şekillidirler.¹⁴ Tükürük bezi taşlarının tanısında radyograflerin önemi tartışılmazdır. Özellikle de submandibular tükürük bezi taşlarının tanısında panoramik radyografler, ultrasonografi, enfeksiyon olmadığı durumlarda sialografi ve BT görüntüleri önemli sonuçlar verebilir.⁸ İntraoral ya da oklüzal radyografler, sialolit görüntülenmesinde %80-94.7 oranında başarılı bulunduğu rapor edilmiştir.¹⁵ Bu olgu raporunda her iki vakada da panoramik ve oklüzal filmler doğrultusunda cerrahi işlem planladığı ve uygulandığını sunmaktayız. Klinik ve radyolojik muayenelerimiz neticesinde taşların kanal içerinde lokalize olduğu teşhis edilmiştir. Bezin içinde lokalize taşların teşhisinde ileri tetkiklerin yapılması gerektiğini düşünmekte ve önermekteyiz. Bazen tükürük taşları radyografide gömülü diş veya yabancı cisim görünümü de verebilir. İlk olguda çıkarılan taş kanin diş morfolojisi göstermektedir. Tükürük taşlarına benzerlik gösteren flebit, kalsifiye lenf nodülleri, mukosel, yabancı cisimler, hyoid kemik, stylohyoid ligament, arteriomatöz fasiyal arter duvarındaki kalsifikasyonlar, myositis ossifikans, tonsil taşların ayırıcı teşhisleri yapılmalıdır.¹⁶ Bu yüzden radyografik muayene yanında klinik anamnez ve klinik muayene önemlidir. Tükürük bezi taşının endoskopik tedavisi, cerrahi tedaviye alternatif olarak önerilmektedir. Bu teknik genelde partiküler ve küçük taşların tedavisinde kullanılır. Ayrıca Rai ve ark.⁸ dev taşların tedavisinde sialodokoplasti eşliğinde transoral sialolotomi veya temel sialodenektomi tedavisini önermektedirler.⁸ Submandibular bezin eksizyonunda intraoral yaklaşım fasiyal arter ve venin zedelenmesine bağlı kanama riski, mylohyoid kasın bezin anterior kutbuna bağlantısı nedeniyle cerrahi işlemi zorlaştırma gibi komplikasyonları olabilir.¹⁷ Sialolitlerde cerrahiye rağmen rekürrens görülebilmektedir. Turjillo ve ark.³ tekrarlayan sialolit; ilk operasyondan sonra gelişen kronik enfeksiyon/enflamasyonun hastaları sialitiazise yatkın hale getiren faktör olabileceğini belirtmişler. Aynı makalede yazarlar cerrahiye rağmen nükseden sialolitiazisli hastalarda duktal yaralanma, kronik inflamasyon, düzensiz şekilli ve değişen taş kompozisyonları gibi faktörlerin nüksle ilgisinin araştırılabilir ilginç faktörler olabileceğini önermişlerdir.³

Sialodenit; sialolit kaynaklı olabilen akut ya da kronik inflamasyonlu bir durumdur. Achim ve ark. 2017

yayınladıkları bir makalede sialoendoskopinin sialolit kaynaklı ya da sialolitsiz sialadenitin minimal invaziv bir tedavi seçeneği olarak önermişler. Toplam 128 hastada yaptıkları çalışmada sialoendoskopinin efektif bir tedavi olarak kabul edildiği sadece birkaç hastada ek tedavi protokollerine gereksinim duyulduğu belirtilmiştir. Ek tedavi protokolü gerektiren hastaların sialolit içeren vakalar olduğu dikkat çekmiştir. Uzun dönemde başarı oranı %91 olarak bildirilmiştir.¹⁸

Sonuç olarak; sialolitler tükürük tükürük bezlerinde yaygın görülen ve semptom vermeden büyük boyutlara ulaşabilen patolojilerdir. Teşhis ve tedavi yaklaşımında taşın lokalizasyonu önem kazanmaktadır. Tükürük akışını artıran postoperatif öneriler ve medikal tedavi ile kronik enfeksiyonun önüne geçmenin duktus tıkanıklığı ve rekürrensi önlemek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Üngör C, Coşkun Ü, Taşkesen F, Cezairli B. Submandibular Dev Sialolitinin Endoskopi Yardımı İle Diağnozu Ve Tedavisi: Olgu Sunumu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2014; 24: 98-101.
2. Kumuda R, Subhas Gb, Castelino L. Submandibular Tükürük Bezi Taşının Ağız İçinden Uzaklaştırılması: Bir Olgu Sunumu. Cumhuriyet Dental Journal 2017; 20: 180-4.
3. Trujillo O, Drusin Ma, Rahmati R. Rapid Recurrent Sialolithiasis: Altered Stone Composition And Potential Factors For Recurrence. The Laryngoscope 2017; 127: 1365-8.
4. Schröder S, Homøe P, Wagner N, Bardow A. Does Saliva Composition Affect The Formation Of Sialolithiasis? The Journal Of Laryngology & Otology 2017; 131: 162-7.
5. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: A Survey On 245 Patients And A Review Of The Literature. International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery 1990; 19: 135-8.
6. Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin Am. Pediatric Sialolithiasis. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology 2000; 90: 709-12.
7. Çakur B, Sümbüllü Ma. Konik Işınli Bilgisayarli Tomografi İle Submandibular Tükürük Bezi Taşı Görüntülemesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2010; 20: 194-7
8. Rai M, Burman R. Giant Submandibular Sialolith Of Remarkable Size İn The Comma Area Of Wharton's Duct: A Case Report. Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery 2009; 67: 1329-32.
9. Özden B, Gündüz K, Çelenk P. Dev Submandibular Tükürük Bezi Taşı. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2010; 3: 25-7.
10. Dong Sh, Kim Sh, Doo Jg, Jung Ar, Lee Yc, Eun Y-G. Risk Factors For Complications Of Intraoral Removal Of Submandibular Sialoliths. Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery 2017; Doi: 10.1016/J.Joms.2017.09.012.
11. Shafer Wg, Mk Levy B. A Textbook Of Oral Pathology. Saunders 1983.
12. Yüçetaş Ş. Ağız Çevre Dokusu Hastalıkları, 1. Baskı Ankara. Atlas Yayıncılık 2005: 329-44.
13. Soares Ecs, Costa Fwg, Pessoa Rma, Bezerra Tp. Giant Salivary Calculus Of The Submandibular Gland. Otolaryngology--Head And Neck Surgery 2009; 140: 128-9.
14. Yıldırım D, Bilgir E. Baş Boyun Bölgesindeki Yumuşak Doku Kalsifikasyon Ve Ossifikasyonları. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2015; 13: 82-90.
15. Lim Eh, Nadarajah S, Mohamad I. Giant Submandibular Calculus Eroding Oral Cavity Mucosa. Oman Medical Journal 2017; 32: 432.
16. Güngör N, Yılmaz D. Sialolithiasis Nedeniyle Intraoral Fistül*(Bir Olgu). Acta Odontologica Turcica 1987; 4: 135.
17. Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite P. Peterson's Principles Of Oral And Maxillofacial Surgery: Pmph-Usa, 2004.
18. Achim V, Light Tj, Andersen Pe. Gland Preservation In Patients Undergoing Sialoendoscopy. Otolaryngology--Head And Neck Surgery 2017; 157: 53-7.

Yazışma Adresi:

Kübra ÖZTÜRK

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD

Bişkek Caddesi, 82. Sokak Emek, Ankara

E-Mail: kbroturk89@gmail.com