

KRONİK SKLEROZE SİALOADENİT: 3 VAKA RAPORU

Chronic Sclerose Sialoadenithis: 3 Case Reports

Dr. Dt. Hakan Alpay KARASU*
Dt. Lokman Onur UYANIK****

Dr.Dt. Hakan AKMAN**

Dt. Fethi ATIL***

Prof. Dr. Nejat Bora SAYAN*****

ABSTRACT

Chronic sclerosing sialadenithis is a chronic inflammatory disease that is most frequently seen within submandibular glands. It's distinctive diagnosis can not be clinically determined by neoplastic formations. In this paper, three cases admitted to our clinic due to recurrent swellings and pain complaints around submandibular region who have been operated and diagnosed as Chronic sclerosing sialadenithis histopathologically are introduced.

Key Words: Sialoadenithis, Inflammation, Extra oral approach

ÖZET

Kronik skleroze sialoadenit en sık submandibuler bezlerde izlenen kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Klinik olarak neoplazik oluşumlarla ayırıcı tanısı konulamaz. Bu raporda çene altında submandibuler bölgede tekrarlayan şişlikler ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvuran ve yapılan operasyonları sonunda histopatolojik olarak Kronik Skleroze Sialoadenit teşhisi kesinleşen 3 vaka anlatılmaktadır.

Anahtar sözcükler: sialoadenit, inflamasyon, ekstra oral yaklaşım

GİRİŞ

Kronik skleroze sialoadenit (KSS); tükürük bezlerinin sert ve şişkin görünümde olduğu ve

neoplaziler ile karıştırılabilecekleri inflamatuvar bir hastalıktır. Submandibuler bezler diğer bezlere göre bu rahatsızlığa daha sık yakalanırlar. Submandibuler bezler KS'in en sık görüldüğü bezler olduğu gibi, parotis ve minör tükürük bezlerine göre çok daha düşük bir oranda malign neoplazmlar gösterirler (1).

KSS semptomatik veya asemptomatik olabilir. Etiolojisinde sekresyon bozuklukları, lenfosit inflamasyonu, kanal sisteminde oluşan immün reaksiyonlar sayılabilir. Histolojisinde lenfosit infiltrasyonu, lenfoid follikül formasyonu, tükürük bezinin ciddi sirozuna bağlı aşırı fibrozis izlenmektedir (1).

Kronik skleroze sialoadenitin en sık karşılaşılan etiolojik faktörü sialolithiazistir ki bütün vakaların % 50 ile % 80 inde karşımıza çıkmaktadır. Exfolie olmuş bir selüler debris yığınının çevresinde mukus, mikroorganizma ve artıkların birikimiyle oluşan sialolithiazis; sıklıkla ekstraglanduler olmaktadır (1) ve sadece % 20 oranında radyolüsent olarak izlenmektedir.

Klinik veya histolojik olarak maligniteyi andıran bir bulgu göstermez (1).

Submandibuler bez; submandibuler bölgede, platisma kasının altında bulunmaktadır

* Dr.Dt., Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

** Dr.Dt., Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

*** Dt. Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

**** Dt. Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

***** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi ABD.

(2). Bölgedeki en önemli eksternal anatomik landmark alt dudak ve ağız köşesinin innervasyonunu yapan ve subplatismal planda ilerleyen fasiyal sinirin marjinal mandibuler dalıdır (2). Nervus Hypoglossus ise diğastrik kasın arka karnı altında, bezin aşağı 1/3 ünün medialinde bulunur (3). Fasiyal arter ve ven ise bezin lateral, posterior, inferiorunda bulunur. Bez buradan beslenir ve birçok fasiyal damar buradan parankimaya girer (2).

Hypoglossal sinir kraniumu anterior kondüler foramenlerden terk eder. Daha sonra internal juguler ven ile arteria karotis interna arasında aşağıya, diğastrik kasın posterior karnına doğru iner. Sinir daha sonra hyoid kemiğe doğru anterior ve superior yönde ilerleyerek ağız tabanına mylohyoid kasın posterior marjininin derininden girer. Hem intrensik hem de ekstrensik lingual kasların motor innervasyonlarını sağlar.

Lingual sinir medial pterigoid kas ile mandibula ramusu arasından ağza girer. Muskulus hyoglossusun dış yüzüne dayalı olarak öne ilerler ve genioglossal kasın lifleri arasından dile dağılır. Hyoglossus kasının dış yüzünün ortasında ganglion submaksillare lingual sinire bağlanır. Böylece submandibuler ve sublingual tükürük bezlerinde salgıyı arttıran postganglionik lifler chorda timpani den nervus lingualise ve oradan da submaksiller ganglionla gelmiş olur. (3)

Ductus submandibularis yani Wharton kanalı processus profundus ile birlikte bezin iç yüzünden çıkar. Önce mylohyoid ve hyoglossus kasları arasından, daha sonra sublingual bez ile genioglossus kası arasından geçer. Papilla sublingualise açılır. (3)

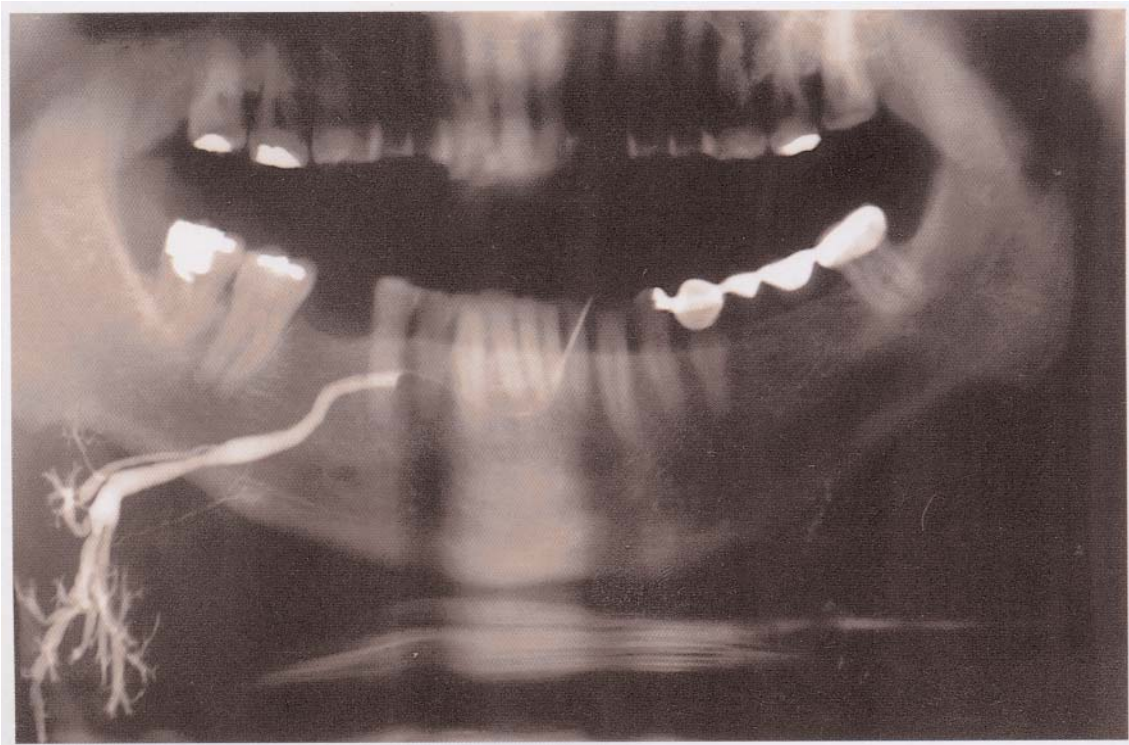
Diş hekimliği dergilerinde yapılan literatür taraması sonucu bu konu ile ilgili Türkçe yayına rastlanmaması ve ekstraoral cerrahi girişimlerin azlığından dolayı üç olgu raporu yayımlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Çene atlarında submandibuler bölgede tek taraflı şişme, ağız kuruluğu, yutkunma güçlüğü ve ağrı gibi şikayetleri olan B.K. (33 yaşında) ve E.D. (52 yaşında) isimli iki erkek hasta ile L.S.

isimli bir bayan hasta (48 yaşında) farklı tarihlerde kliniğimize başvurdu. B.K. isimli hastanın 05.04.2001 tarihinde alınan anamnezinde sol submandibuler bölgesinde iki yıldır devam eden şişlik olduğu, yutkunma güçlüğünden ve ağız kuruluğundan şikayet ettiği, ağrısının mevcut olduğu öğrenildi. E.D. isimli hastadan 10.08.2001 tarihinde alınan anamnezinde sağ çene altında bir yıldır devam eden ağrı, şişlik ve bazen görülen lokalize kızarıklık şikayetleri bulunduğu, son iki ay itibariyle de ağrının şiddetlendiği ve kol, boyun, omuz bölgelerine yayıldığı belirlendi. L.S. isimli hastadan 19.11.2001 tarihinde alınan anamnez sonucunda da sağ çene altında meydana gelen ve üç yıldır tekrarlayan bir şişlikten şikayeti olduğu tespit edildi. Yapılan klinik muayenede; her üç hastada da submandibuler bezin palpasyonda hipertrofik olduğu belirlendi. Alınan anamnezlerde ayrıca hastaların şikayetlerinin tekrarladığı görüldü. Çekilen siyalografilerde Wharton kanalında bir tıkanıklık belirlenmedi. (resim 1) Hastalardan alınan MR görüntüleri klinik muayenedeki hipertrofik submandibuler bez mevcudiyeti doğrulamaktadır. Üç vakanın sadece birinde akut enflamasyon bulguları saptandı. Bu vakada operasyondan önce antibiyotik (spiramycin 3 M.I.U., 2x1) kullanıldı.

Her hasta rutin cerrahi hazırlıkları takiben intratrakeal genel anestezi altında ameliyata alındı. Submandibuler bölgede insizyon yapılacak alana subkutan olmak üzere vazokonstriktör (Epinefrin HCl) içeren 4 cc Articain HCl enjekte edildi. İnsizyonlar; cilt kırışıklıklarına paralel şekilde iki hastada mandibuler korpus alt sınırının 3 cm altında planlandı (resim 2). Böylece oluşabilecek yara izlerinin en iyi şekilde gizlenmesi sağlanmaya çalışıldı ve fasiyal sinirin mandibuler dalı ile fasiyal sinirin servikal dalı korunmuş oldu. İnsizyonların ardından cilt, cilt altı platizma kası ve servikal fasiyanın süperfisyal kısmı geçildi. Fleplerin alt tarafı diğastrik kasın orta tendonuna kadar hazırlanırken, üst flep süperfisyal servikal fasiya ile submandibuler tükürük bezi arasında yapılan diseksiyonla sonlandırıldı. Fasiyal sinirin mandibuler dalı flep içinde bırakıldı ve ekarte edilerek güvene alındı. Fasiyal ven klemplenerek bağlandı. Bu sırada sinire zarar gelmemesine dikkat edildi. Bezin



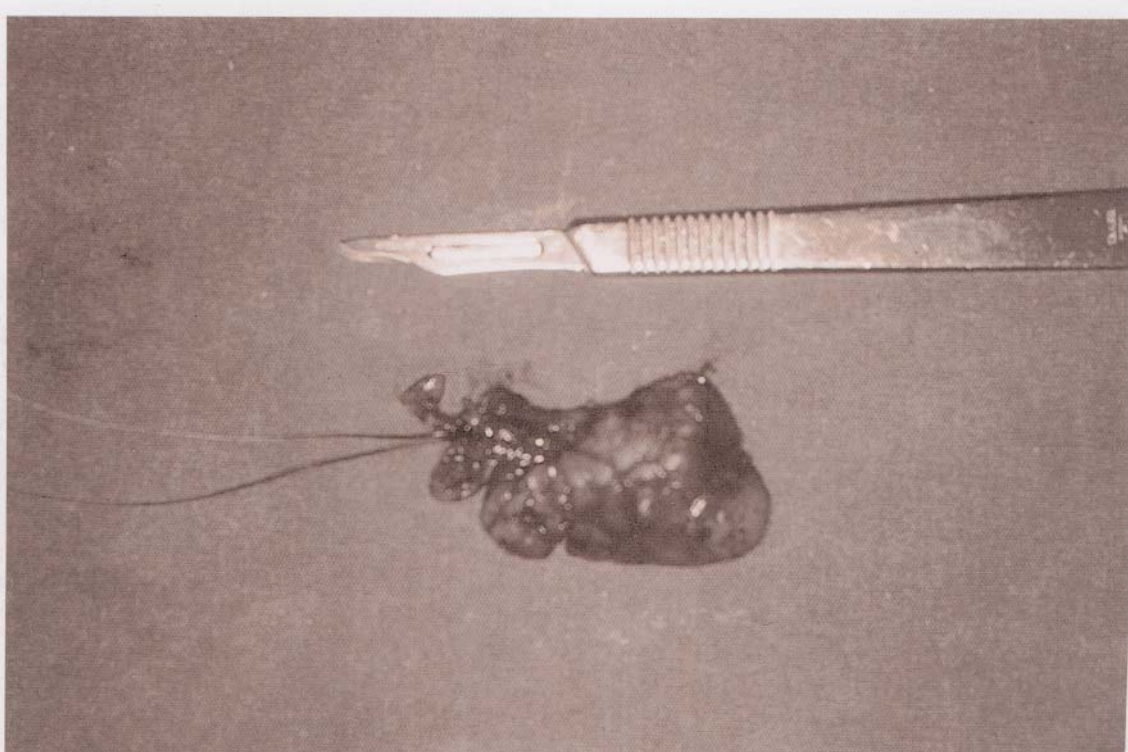
Resim: 1



Resim: 2



Resim: 3



Resim: 4

çıkartılma prosedürüne bezin alt tarafından başlandı. Digastrik kasın intermediat tendonu ile bez arasındaki plan açıldı. Hypoglossal sinir görüldü ve güvene alındı. Mylohyoid kasının öne retrakte edilmesi ile bezin derin kısmı ekspozite edildi. Bezin dikkatli bir biçimde aşağı doğru retrakte edilmesi sonucu lingual sinir ve korda timpaninin eksitoglanduler dalları ekspozite edildi. Bu eferent dalların izlenilmesi ile submaksiller ganglion görüldü. Wharton kanalı bulundu ve bağlandı. Korda timpaninin eferent dalları da; genelde ince bir damarın sinir dallarına eşlik etmesi sebebiyle ligatüre edildi. İşlem sırasında lingual sinir korundu (resim 3). Künt disseksiyon ile bez çıkarıldı (resim 4). Diren yerleştirildikten sonra 3/0 vikril ile cilt altı suturları atıldı. 6/0 prolene ile cilt dikişleri yapıldı.

Hemostaz sağlandı ve hastalar yataklı serviste postoperatif bakımları yapılarak birinci haftanın sonunda şifa ile taburcu edildiler.

Ameliyatlar sonrası eksize edilen spesimenler histopatolojik değerlendirmeye gönderilmiş ve sonuçları sıklıkla rastlanan kronik skleroze sialoadenit olduğu bildirilmiştir.

Her üç hastada da ameliyat sonrası herhangi bir rahatsızlık görülmemiş olmakla birlikte hastalar halen takibimiz altındadır.

TARTIŞMA

Submandibuler bezin eksizyonu; neoplaziler, sialolit, sialoadenit ve ranula gibi hastalıklarda endike bir prosedürdür (2). Patolojik skarlar, fasiyal sinirin marjinal mandibuler dalının yaralanması gibi komplikasyonlarına rağmen bu bezin eksizyonu için en sık kullanılan ve güvenli kabul edilen yol servikal insizyondur (2). Sunulan vakalarımızda servikal insizyon yöntemi kullanılmıştır.

Klinik bir bakış açısıyla kronik skleroze sialoadenit hastalarının çoğunda tekrarlayan ağrılar ve sıklıkla yemek yerken artan submandibuler şişmeler izlenmektedir (1). Sialolit görülen bazı vakalarda mevcut tükürük bezi taşlarının alınması ile submandibuler şişkinliğin azaldığı hatta yok olduğu rapor edilmiştir. Ancak vakaların % 70 inde şişlik devam etmiştir ve bezin eksizyonu yoluna gidilmiştir.

Vakalarımızda da radyolojik olarak taş izlenmemiştir. Ancak tekrarlayan şişlikler nedeni ile vakalarımızda bezlerin eksizyonu yoluna gidilmiştir. Histopatolojik tetkiklerde de taşla ilgili bulgu bulunamamıştır. Bununla birlikte vakalarımızda izlediğimiz semptomlar ortadan kalkmıştır (1).

Oluşabilecek komplikasyonlardan marjinal mandibuler sinir dalının zarar görmesi vakaların % 1 ile % 7 sinde karşımıza çıkmaktadır. Oluşabilecek paraliz ise 4 ile 8 ayda iyileşmektedir (4). Submandibuler bez ekstirpasyonu yaptığımız 3 vakanın patoloji sonucu kronik sialoadenit olarak geldi. Hastaların postoperatif 1. ay takiplerinde bölgede ödem ve hematoma izlenirken hiçbir hastada fasiyal paralizi görülmemiştir. 3. Ay takiplerinde ödem ve hematoma izlenmez iken, hastaların biri operasyon bölgesinde oluşan skar dokusundan rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir. 5, 8 ve 12. ay takiplerinde ise hastaların hiçbir şikayetlerinin olmadığı, herhangi bir fonksiyon kısıtlılığı bulunmadığı gözlenmiştir.

Platisma kasının diseksiyonu sırasında bölgede buluna küçük sinir dalları etkilenebilmektedir. Bu dallar platizma kasının motor innervasyonunu yapan fasiyal sinirin servikal bölümüne aittir. Mümkünse operasyon sırasında bu dalların korunması gerekmektedir. Platisma kası alt dudağın depresyonundan sorumlu olduğu için bu komplikasyonla depresyon fonksiyonunun transversal yönde zayıflaması söz konusu olabilir. Bu fonksiyonun yeniden kazandırılması genellikle yaranın kapatılması sırasında platizma kasının dikkatle uç uca getirilerek birleştirilmesi ile mümkün olmaktadır. Biz ameliyat ettiğimiz hastalarda bu komplikasyonla karşılaşmadık.

Hypoglossal sinir yaralanmalarıyla ilgili fazla çalışma yapılmamıştır. En geniş seri Tomassi ve Davenos tarafından yayınlanmıştır (5). Hypoglossal sinirin travmatik yaralanmaları genellikle sinirin elongasyonu, atlo-aksiyel artikülasyonda meydana gelen sublüksasyonlar sonucu veya oksipital kondil travmaları yüzünden meydana gelir (5). Travmaya sebep olabilecek diğer mekanizmalar kemik kırıkları sonucu oluşan direk travmalar (5) ve iatrojenik faktörler (5) olarak sayılabilir.

Hypoglossal sinir yaralanmalarının spesifik bir tedavisi yoktur. Lezyon genellikle spontan olarak iyileşmektedir. Bu spontan iyileşmeyi videofloroskopi ile belirlenebilecek kompanzuar mekanizmalar sağlamaktadırlar (5). 12. sinirin paralizi sıvı replasmanı ve sistemik steroidler ile B 12 vitamininin kombine kullanımını sayesinde tedavi edilebilir (6).

Lingual sinirin yaralanmasına sebep olan etkenler; maxillofasiyal travma, neoplastik oluşumların büyümesi ve dental tedaviler olarak sıralanabilirler. En sık karşılaşılan sebep den-toalveolar cerrahi girişimlerdir. Bunlar genelde kistik lezyonların sebep olduğu patolojik kırıkların tedavileri, kök kanal tedavileri, implant ameliyatları ve son olarak lokal anestezi komplikasyonları olarak sınıflandırılabilirler (7).

Bu sebeplerin yanında lingual sinire komşu dokuların yaralanması ve sinir çevresinde oluşabilecek bir skar dokusu yüzünden meydana gelen yaralanmaları da sayılabilir (8).

Bu sinirin yaralanması sonucu dilde duyu kaybı ve yaralanmanın ciddiyetine bağlı olarak alt dudakta duyu kaybı izlenebilmektedir. Tedavi protokolleri ise hala tartışılmaktadır (9). Protokollerin standardizasyonu hakkında yapılan çalışmalara rağmen bir sonuca ulaşılamamış olup; bununla birlikte mikro cerrahi gibi tedavi yöntemlerinin uzun dönem sonuçları anektodal ve tartışmalıdır.

Sonuç olarak bu tip vakaların diş hekimliği çene cerrahisi tarafından da gerekli cerrahi anatominin ve cerrahi girişim sırasında oluşabilecek komplikasyonların detaylı olarak

bilinmesi ile uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Williams HK, Connor R, Edmondson H. Chronic sclerosing sialoadenitis of the submandibular and parotid gland. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000 ; 89 : 720-3
2. Guerissi JO, Tobardo G. Endoscopic excision of the submandibular gland by an intraoral approach. The Journal of Craniomaxillofacial Surgery 2001; 12:3 299-303
3. Anderson JE. Grant's Atlas of Human Anatomy. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993 234-237
4. Goth YH, Sethi DS. Submandibular gland excision: a 5 year review. J Laryngol Otol 1998 ; 112: 269-72
5. Freixinet J, Lorenzo F, Gallego H, DeCastro FR, Sole J. Bilateral traumatic hypoglossal nerve paralysis. British Journal of Oral and Maxillofac Surg 1996 ; 34 : 309-10
6. Dearing J. Transient contralateral hypoglossal nerve palsy following third molar surgery under day-case general anaesthesia: a case report and review of the literature. British Journal of Oral and Maxillofac Surg 1998 ; 36 : 24-6
7. Pogrel MA. The result of microneurosurgery of the inferior alveolar and lingual nerve. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 485-9
8. Joshi A, Rood JP. External neurolysis of the lingual nerve. Int J Oral Maxillofac surg 2002; 31 : 40-3
9. Malden NJ, Maidment YG. Lingual nerve injury subsequent to wisdom teeth removal- a 5- year retrospective audit from a high street dental practice. British Dental Journal 2002; 193 : 203-5

Yazışma Adresi:

Dr.Dt. Hakan Alpay KARASU
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi ABD
06500 Beşevler / ANKARA
Tel: 0 (312) 212 62 50 / 321