

Ağız Tabanına Perforasyon Gösteren Dev Tükürük Bezi Taşı: Olgu Bildirimi

Giant Sialolithiasis Perforated to the Floor of the Mouth: A Case Report

Alper AKTAŞ*, Duygu UÇAR**, Selen ADİLOĞLU***

Özet

Tükürük bezi taşları kanal içindeki maddelerin çeşitli nedenlerle kalsifiye olması ile gelişir. Bu taşlar en çok submandibular tükürük bezinde görülür. Zamanla büyüyen taş ile beraber kanalın da genişlemesi nedeniyle bazı durumlarda taş çok büyük boyuta ulaşmadan klinik belirti vermez. Düzensiz yapıdaki taşlar tükürük bezi kanalı duvarında basınç oluşturarak kanalı perfore edebilir. Daha sonra tükürük akışı bu perforasyondan devam eder. Bu vaka raporunda çok büyük boyutlara ulaşmış ve kanalı dil tabanına yakın kısımdan perfore etmiş sialolit sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tükürük bezi taşı; tükürük bezi hastalıkları; ağız kuruluğu

Abstract

Calcification of substances in the duct due to various reasons leads to development of salivary gland stones. Salivary gland stones are usually seen in submandibular salivary glands. Salivary duct expands with enlarging stone. Therefore in some cases there are no clinical symptoms till the stone reaches a huge size. Stones, which have irregular structure, can perforate the salivary duct due to increased pressure to the walls. After perforation, salivary flow continues where the perforation occurs. Sialolith which reached to a huge size and perforated the salivary duct around the base of the tongue is presented in this case report.

Key Words: Salivary gland calculi; salivary gland diseases; xerostomia

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye

** Dt., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye

*** Dr. Dt., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye

Siyalolithiazis, tükürük bezlerinde çeşitli birikintilerin kalsifiye olması ile karakterize ve radyografik olarak çoğunlukla radyopak görüntü veren, en sık görülen tükürük bezi hastalıklarındandır.¹ Kanal içindeki yoğun mukus, bakteri, kanala dökülen epitel hücreleri ya da yabancı cisim etrafında kalsiyum tuzlarının birikmesiyle oluşur.² Cummings³, tükürük bezi taşlarının %92'sinin submandibular bezde, %6'sının parotiste ve %2'sinin sublingual ve minör tükürük bezlerinde oluştuğunu belirtmiştir. Bu taşlar genellikle tek taraflı görülmeyle birlikte vakaların %1-3 kadarında çift taraflı olarak görülebileceği de rapor edilmiştir.⁴

Parotisteki taşlar %49 oranında inorganik, %51 oranında organik materyal içerirken, submandibular bez taşları %82 oranında inorganik, %18 oranında organik materyal içerir.⁵ Organik kısım çeşitli karbonhidrat ve aminoasitlerden oluşur.⁶ Bu taşlar makroskopik olarak yuvarlak ve sarı renklidir; mikroskopisinde konsentrik laminer yapı izlenir. Lokalize olduğu ve dilatasyon oluşturduğu duktus çevresinde enflamasyon ve fibrozis vardır.²

Siyalolithiazise daha çok 30-60 yaş aralığındaki bireylerde rastlanır.⁴ Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre iki kat fazladır.⁷ Siyalolitlerin etiyojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, müsin, bakteri ya da deskuamatif epitel hücrelerinden oluşan nidus etrafında mineral tuzlarının birikimiyle oluştuğu düşünülmektedir.⁸ Tükürük salgısında azalma, yüksek alkalilik ve kalsiyum içeriğinin artması siyalolit oluşumuna neden olan predispozan faktörlerdendir.⁹

Bu vaka raporunda çok büyük boyuta ulaşmış ve ağız tabanından ekspoz olmuş submandibular tükürük bezi taşı ve tedavisi anlatılmıştır.

OLGU SUNUMU

Sistemik bir rahatsızlığı olmayan 52 yaşındaki erkek hasta, yutma güçlüğü ve sağ alt çenede tekrarlayan ağrı şikâyeti ile fakültemize başvurmuş ve tespit edilen siyalolitinin çıkarılması amacıyla kliniğimize yönlendirilmişti.

Hastanın intraoral muayenesinde, dilin sağ tarafında ağız tabanında ve Wharton kanalının ağız tabanına doğru mylohyoid kası geçerek oluşturduğu kurvatüre yakın bölgede etrafı hiperemik müköz membranla kaplı, sarı renkli, düzensiz yapıli kitle görüldü (Şekil 1). Ekstraoral muayenesinde asimetri görülmedi. Hastada saptanan lenfadenopati yoktu.

Panoramik radyografıta, 2. ve 3. molar dişler hizasında mandibula gövdesine dik seyreden, sınırları düzensiz, homojen radyoopasitede, yaklaşık 2x1 cm



Şekil 1. İntrooral muayenede saptanan tükürük bezi taşı (oklar)



Şekil 2. Panoramik radyografıta mandibulada sağ angulus bölgesine yakın radyopak görüntü veren tükürük bezi taşı (oklar)

boyutlarında bir kitle belirlendi (Şekil 2). Hasta daha önce o bölgeden tükürük bezi taşı çıkarıldığını ifade etti fakat kitlenin büyüklüğü ya da cerrahi işlem ile ilgili bilgi edinilemedi.

Cerrahi işlem amacıyla bölgeye lokal anestezi yapıldıktan sonra mevcut perforasyon 15 no'lu bistüri yardımı ile genişletildi. Perforasyon bölgesinden görülmekte olan siyalolit etrafı künt ağızlı periost elevatörü yardımı ile diseke edildi, tükürük bezi taşının düzensiz yapısı klemp yardımıyla tutulabilmesine olanak sağladı. Siyalolit, perfore olmuş kanal üzerinden yapılan minimal cerrahi eksizyon ile uzaklaştırıldı (Şekil 3, 4). Kitlenin yaklaşık olarak 2,0x0,9x0,8 cm boyutlarında olduğu gözlemlendi. Daha sonra 4-0 vicryl ile yaklaştırma süturu atıldı. Perfore alanda tükürük akışının olduğu görüldü. Hastaya ornidazol (Biteral® - Deva İlaç-İstanbul, Türkiye) 500 mg, naproksen sodyum (Apranax® - Abdi İbrahim İlaç - İstanbul, Türkiye) 275 mg ve %0,2 klorheksidin diglukonat (Klorhex®, Drogosan, Ankara, Türkiye) gargara reçete edildi.



Şekil 3. İntraoperatif fotoğrafta tükürük bezi taşının çıkarıldığı bölge



Şekil 4. Çıkarılan tükürük bezi taşının makroskopik görüntüsü

Kontrol amacıyla çağrılan hastadan, postoperatif onuncu günde panoramik radyograf alınarak bölge değerlendirildi. Submandibular bez fonksiyon açısından muayene edildi ve tükürük akışının dil köküne yakın bölgede mevcut olduğu saptandı. Hastada ağız kuruluğu şikayeti yoktu.

Hastanın hikayesine bağlı olarak, yeni siyalolit oluşumu ihtimali nedeniyle uzun dönem takibi planlandı.

TARTIŞMA

Siyalolitler, Wharton kanalının uzun olması, yer çökmesine ters açılı bir yol izlemesi ve daha müköz sekresyonu nedeniyle en sık submandibular bezde görülür.¹⁰ Submandibular siyalolitler, mandibular birinci molar dişin transvers yöndeki ilişkisine göre anterior (bu hattın önünde kalanlar) ve posterior (bu hattın arkasında kalanlar) olarak iki grupta sınıflandırılır. Anteriordaki taşlar, mandibular okluzal radyografi ile görüntülenebilir ve ağız içine açılanlar kolaylıkla eksize edilebilir. Ağız içine açılmamış olan küçük taşlar ise orifisin dilatasyonunu takiben duktal açıklıktan küçük bir insizyon ile alınabilir. Posteriordaki taşlar

bezin hilusunda veya içinde yerleşim gösterir.¹¹ Bu vakada siyalolit, ikinci molar diş hizasında olduğu için posterior sınıflamasına dahil edilmiştir. Wharton kanalının ağız tabanına açıldığı alanda perforasyon oluşturup ağız içinde görülebilir hale gelen siyalolitinin alınması, posterior bölgede bulunan ve perforasyon göstermeyen siyalolitlere göre daha kolaydır.

Taşlar küçük olup kanalın içinde olabileceği gibi, daha büyük olup bezin içinde de yerleşebilir. Siyalolitlerin büyümesine paralel olarak duktusun da genişlemesi taşların büyük boyutlara ulaşmasına neden olur. Kanal genişlediği için bu olgular daha uzun yıllar asemptomatik kalma eğilimindedir. Ancak taşın büyüklüğü kanalın daha fazla genişleyemeyeceği bir noktaya ulaşırsa bu durumda siyalo-oral fistül oluşur ve taşın bir kısmı oral kavite içine açılır.¹² Bu olguda da siyalolit çok büyük boyutlara ulaşmış ve dil köküne yakın bölgede kanalı perfore etmiştir. Bu perforasyonun, daha önce çıkarılan taş nedeniyle mi oluştuğu ya da cerrahi olarak mı oluştuğu tam olarak bilinmemektedir. Bu perforasyona bağlı olarak tükürük akışının rahatlıkla devam etmesi nedeniyle büyük boyutlara ulaşmış siyalolitinin hastaya fazla rahatsızlık vermediği tahmin edilebilir.

Siyalolit genellikle bezin içinde yer alır ve genişler, fakat nadiren de olsa diğer bölgelere yer değiştirebilir. Submandibular bölgedeki siyalolitlerin ağız tabanını perfore ettiği ya da boyunda fistülizasyona neden olduğu durumlara rastlanmıştır.^{13,14} Tükürük bezi taşının kanalı perfore etmesi enfeksiyonun ilerlemesi açısından avantajlıdır. Tükürük sekresyonunun drene olması nedeniyle hastanın ağrı hissetmemesi, hastanın doktora başvurma süresini uzatarak sunulan vakada olduğu gibi, taşın daha büyük boyutlara ulaşmasına neden olmaktadır.

Çok büyük siyalolitlerin tedavisi de, olağan boyutlardaki olduğu gibi normal tükürük akışını sağlamaya yöneliktir. Tükürük akışının normal düzeyde olması hem tükürüğün koruyucu etkisi açısından hem de tükürüğün bezde birikerek ağrı yapmasının önlenmesi açısından önemlidir. Tükürük taşını tedavi etmenin üç temel yolu vardır. Bunlar, intraoral yaklaşım ile ağız tabanından uzaklaştırmak, girişimsel siyalendoskopi ve bezin eksizyonudur. Cerrahi tercih, taşın bulunduğu bölgeye, boyutuna, şekline ve yapısına bağlı olarak değişir. Çok büyük siyalolitler, transoral bölge yaklaşımıyla, tükürük bezinin bütün olarak alınmasına gerek kalmadan minimal invaziv şekilde uzaklaştırılabilir.⁵ Ciddi enfeksiyon ile birlikte görülen siyalolitlerin tedavisinde, submandibular bezin de çıkarılması gerekebilir. Bu vakada, mevcut intraoral perforasyon ve siyalolite buradan rahat ulaşılacağı-

nın düşünülmesi nedeniyle cerrahide intraoral girişim tercih edilmiştir.

Siyalolit intraoral olarak palpe edilebiliyorsa intraoral yaklaşımla taşı uzaklaştırmak en iyi yoldur çünkü, intraoral yaklaşımda operasyon süresi diğer yöntemlere göre daha kısadır. Hastada ağrı ve postoperatif dönemde oluşabilecek komplikasyonlar daha azdır. Ayrıca hastalar için daha kabul edilebilir bir tedavi şeklidir.¹⁴⁻¹⁶

İntraoral olarak yaklaşımın mümkün olamadığı, 12 mm ya da daha büyük boyutta olan ya da hilus veya parankim içinde olup izole edip çıkarmanın zor olduğu küçük boyuttaki siyalolitlerde submandibular bezin de eksizyonu gereklidir.¹³

Kalsiyum metabolizma bozukluklarında, hiperparatiroidi gibi durumlarda ve enfeksiyonlarda taş oluşma riski artar.² Bu tip hastaların sistemik açıdan değerlendirilmesi saptanamamış rahatsızlıkların ortaya ko-

ulması açısından önemlidir. Sunulan vakada hasta, sistemik bir sıkıntısının olmadığını belirtmiş olmasına rağmen, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalına gerekli taramanın yapılması amacıyla yönlendirilmiştir.

Bu vakada siyalolit, perfore olmuş kanal ağızından yapılan minimal cerrahi yaklaşımla uzaklaştırılmıştır. Tükürük bezi kanalının perforasyonu, oral sağlığın korunması üzerinde minimal negatif etkiye yol açabilecek tükürük akışını sağlayan yeni bir nokta oluşumuna neden olmuştur.

Dişhekimleri tükürük bezi taşını rutin radyografalarda ilk olarak fark eden hekim olabilir. Bu durumlarda hastanın tükürük bezi fonksiyonları değerlendirilir. Tıkama oluşturuyorsa ve hastanın şikayeti yoksa takip edilebilir. Diğer hallerde mümkünse intraoral yaklaşım ile taş çıkarılmalıdır. Tükürük bezi sağlığı ve tükürük akışı yakın takip ile uzun dönem kontrol edilmelidir.

Kaynaklar

- Hong KH, Yang YS. Sialolithiasis in the sublingual gland. *J Laryngol Otol.* 2003;117:905-7.
- Seifert G, Miehle A, Haubrich J, Chilla R. *Diseases of the Salivary Glands: Pathology, Diagnosis, Treatment, Facial Nerve Surgery.* 1st ed. New York: Georg Thieme Verlag; 1986. p.63-108,171-281.
- Cummings CW. *Cummings Otolaringoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi.* (Koç C., Çev.), Bölüm 56, Tükürük Bezlerinin Fizyolojisi. 4. baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007. s.1307.
- Capaccio P, Torretta S, Ottavian F, Sambataro G, Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27:161-72.
- Bodner L. Giant salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94:320-3.
- Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999;32:819-34.
- Siddiqui SJ. Sialolithiasis: An unusually large submandibular salivary stone. *Br Dent J.* 2002;193:89-91.
- Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. *J Emerg Med.* 2004;26:221-3.
- Drage NA, Brown JE, Makdissi J, Townend J. Migrating salivary stones: Report of three cases. *Br J Oral and Maxillofac Surg.* 2005;43:180-2.
- Steiner M, Gould AR, Kushner GM, Weber R, Pesto A. Sialolithiasis of the submandibular gland in an 8-year-old child. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:188.
- Azaz B, Regev E, Casap N, Chicin R. Sialolithectomy done with a CO2 laser: Clinical and scintigraphic results. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54:685-8.
- Paul D, Chauhan SR. Salivary megalith with a sialo-cutaneous and sialo-oral fistula: A case report. *J Laryngol Otol.* 1995;109:767-9.
- Iqbal A, Gupta AK, Natu SS, Gupta AK. Unusually large sialolith of Wharton's duct. *Ann Maxillofac Surg.* 2012;2:70-3.
- 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;87:331-3.
- Eun GY, Chung DH, Kwon KH. Advantages of intraoral removal over submandibular gland resection for proximal submandibular stones: A prospective randomized study. *Laryngoscope.* 2010;120:2189-92.
- Yaman F, Ünlü G, Atılğan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: (Olgu sunumu). *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg.* 2006;16:70-3.

Yazışma Adresi:

Dr. Alper AKTAŞ
Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene ve Cerrahisi AD 06100 Sıhhiye/ANKARA
Tel: 0312 305 22 20 • Faks: 0312 310 44 40 • e-posta: alperaktas@gmail.com

