

PAPER DETAILS

TITLE: AGIZ IÇINE SÜRMÜS SUBMANDIBULAR SIALOLITIAZIS: (OLGU SUNUMU)

AUTHORS: Ferhan YAMAN,Gülten ÜNLÜ,Serhat ATILGAN

PAGES: 70-73

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/27550>

AĞIZ İÇİNE SÜRMÜŞ SUBMANDİBULAR SIALOLİTİAZİS: (OLGU SUNUMU)

ERUPTED SUBMANDIBULAR SIALOLITHIASIS: (CASE REPORT)

Dr. Ferhan YAMAN*

Prof. Dr. Gülten ÜNLÜ*

Dr. Serhat ATILGAN*

ÖZET

Tükürük bezi taşları, tükürük bezi hastalıklarının genel bir sebebi olup herhangi bir tükürük bezinde ve her yaşta oluşabilmektedir. Bununla birlikte sialolitlerin büyük bir kısmı (yaklaşık %85'i) submandibular bezlerde kendini gösterir. Sialolitiazis, tükürük bezi veya kanalını etkileyen ağrılı rekürrent şişlikler ile seyredabilen nispeten yaygın olmayan bir durumdur. Bu çalışmada ağız içine sürmüş submandibular sialolitiazisli olgu ve cerrahi tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sialolitiazis, submandibular tükürük bezi, tükürük bezi hastalıkları

ABSTRACT

Salivary calculi are a common cause of salivary gland disorder and may occur in any of the salivary glands and at almost any age. However the majority of sialoliths (approximately 85%) occur in the submandibular gland. Sialolithiasis, salivary gland calculus, is a relatively uncommon condition, which may present as a painful, recurrent swelling of the affected salivary gland or duct. This study presents and discusses case of erupted submandibular sialolithiasis and its surgical management.

Key Words: Sialolithiasis, submandibular gland, gland disorders

GİRİŞ

Tükürük bezi taşları, tükürük bezi hastalıklarının genel bir sebebi olup herhangi bir tükürük bezinde ve her yaşta oluşabilmektedir. Tükürük taşları sıklıkla 25 yaşından sonra ve kadınlara nazaran erkeklerde iki misli daha fazla görülür. Taşlar küçük olup kanalın içinde olabilir veya çok geniş hale gelip bez yapısı içinde yer alabilir.^{1,2} Tükürük taşı patogenezi kalsiyum ve tuz metabolizmasındaki bir anormallik ile başlayıp organik ve inorganik materyallerin eklendiği kalsifiye kitle şekline dönene kadar devam eder.³ Tükürük bezi taşlarının etiyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen, musin yapımında ve elektrolit konsantrasyonundaki bozuklukların, hiposalivasyonun, tükürük kıvamının artmasının, kanal genişlemelerinin, metabolizma bozukluklarının, iltihapların ve müköz kıvamlı sekresyonların fazlalığının tükürük bezi taşlarının oluşumunda rol oynadığı rapor edilmiştir. Sialolitler düz grafilere radyopak görüntü verirken sialografide radyolusent ve dolgu defektleri şeklinde görülür. Tükürük bezi taşlarının teşhisi için ultrasonografi ilk seçenek olarak düşünülmelidir.⁴

Tükürük taşı oluşumundaki predispozan faktörler staz, enfeksiyon ve kanal şeklindeki değişikliklerdir. Tükürük bezlerindeki PH'daki değişiklik, musin içerik ve iyonik oranlar kalsiyum çökmesine yardım eden bir tablo oluşturabilir.^{2,5}

Çalışmamızda ağız içine sürmüş submandibular bez kaynaklı, sialolitiazisli olgunun intra-oral cerrahi yöntemi ile tedavisini sunmayı amaçladık.

OLGU

22 yaşında erkek hasta, sol mandibular molar dişlerin lingual yüzünde ağrısız kitle ve ağız kokusu şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede submandibular bezden kaynaklı 2x3x3 cm boyutlarındaki sialolit ağız içine sürmüş olduğu görüldü (Resim 1).

Hastadan alınan BT, panoramik ve ultrasonografik görüntülerinde submandibular bölgede, biri 2x2x1 cm boyutlarında diğerleri ise 2x1x1 boyutlarında olan üç adet sialolit tespit edildi (Resim 2).

Wharton kanalının hemen ağza açılan yerinde gözle görülen, kanal ağzını genişleten sialolitler wolkman küretler yardımı ile çıkarıldı (Resim 3). Kanal

*Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı –Diyarbakır

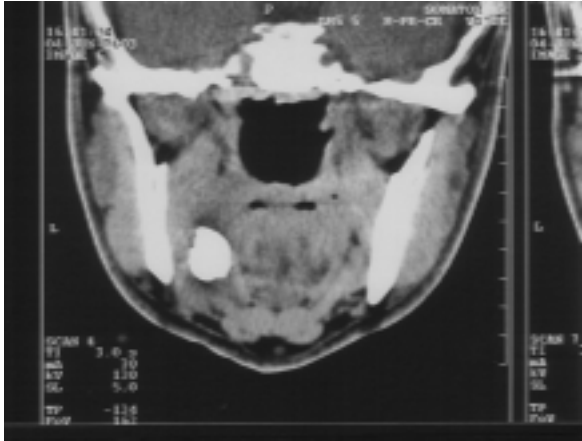
Bu çalışma Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Kış Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.(27 Şubat-4 Mart 2005. Palandöken Erzurum)

orifisinin, ağza sürmüş sialolit nedeniyle normalden fazla genişlemiş olması ve kanal bütünlüğünün bozulmamış olması nedenleriyle rekonstrüktif ve tükürük akışını sağlama amaçlı katater uygulamasına gerek görülmedi.

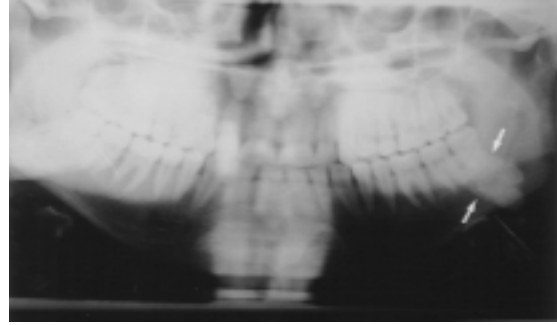
Hastanın postoperatif, 1 yıl sonra alınan BT ve ultrasonografisi değerlendirildiğinde bir patoloji tespit edilmedi (Resim 4). Hastanın herhangi bir yakınmasının olmadığı tükürük akışının normal olduğu görüldü. Bölgenin iyileşmesini takiben yumuşak doku defektinin özel greft materyali ile kapatılması planlandı. Ancak hasta bu önerilerimizi kabul etmediğinden bu planımızı gerçekleştiremedik.



Resim 1. Sürmüş sialolithin intra-oral görünümü.



Resim2 a. Preoperatif BT görünümü.



Resim2 b. Panoramik görünümü



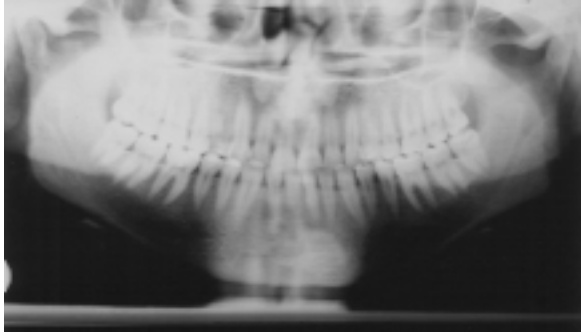
Resim2 c. Ultrasonografik görünümü.



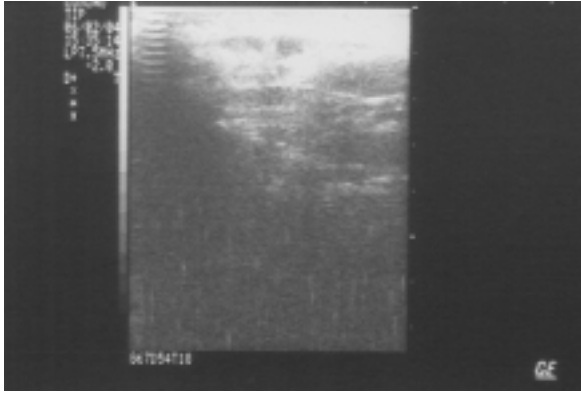
Resim 3. Çıkarılmış olan tükürük taşlarının makroskopik görüntüsü.



Resim 4 a. Postoperatif BT görünümü.



Resim 4 b. Panoramik



Resim 4 c. Ultrasonografik (c) görünümüler.

TARTIŞMA

Sialolitlerin büyük bir kısmı (yaklaşık %85'i) submandibular bezlerde kendini gösterir. Bunun nedenlerinden biri submandibular bez salgısının kalsiyum miktarının diğer bezlere göre daha fazla olmasıdır. Diğer nedenler arasında ise, submandibular bezin kanalının iki dik kavis yapması, kanalın ağza açıldığı yerin dar olması sayılabilir. Bütün bunlar submandibular salgının akış hızının azalmasına kanalın tıkanmasına sebep olur.^{2,6}

Submandibular bezde görülen sialolitiazis daha çok asemptomatiktir, uygun büyüklüğe ulaştıkça kanal lümenini tıkayıp bezin şişmesine ve ağrıya neden olup semptomatik hale geçer. Bu şikâyetler özellikle yemek sırasında oluşur. Sekonder enfeksiyon sıklıkla ateş, kızamık ve kanaldan pürülan akıntı ile birlikte ansızın oluşur.^{2,7}

Submandibular bez taşlarının tedavisi; semptomların süresine, semptomların tekrar etme sayısına, taşın büyüklüğüne ve en önemlisi de taşın lokalizasyonuna bağlıdır.

Submandibular taşlar, mandibular 1. moların transvers yöndeki ilişkisine göre sınıflandırılır. Bu hattın önünde kalanlar **anterior** diye sınıflandırılırken, bu hattın arkasında kalan taşlar **posterior** olarak klasifiye edilir. Bu hattın anteriorunda oluşan taşlar, mandibular okluzal radiografi ile çok iyi şekilde görüntülenir ve ağız içine sürdükleri için çıkarılmaları kolaydır. Anteriora lokalize olmuş küçük taşlar orifisin dilatasyonunu takiben duktal açıklıktan alınabilmektedir. Submandibular taşlar nadiren ağız tabanına yapılan insizyonlar yoluyla alınır. Olguların % 50' sinde taşlar posteriorda yer alır. Posteriordaki taşlar bezin hilumunda ve içinde yer alabilmektedir. Posteriorda taş bulunun vakaların çoğu intraoral olarak palpe edilemez ve taş formu tekrarlar. Bu durumda taş ve submandibular bez ekstraoral yaklaşımla alınır.^{2,8}

Submandibular taşların %85'i radyoopaktır. Oklüzal filmlerde çok iyi izlenebilirler. Taşların %50'si mylohyoid kas kenarında kanalın distal kısmında bulunur ve bunlar okluzal filmde en iyi görünen taşlardır. Lateral oblik ve panoramik radyografilerle de görülebilir. Geriye kalan %50'si mylohyoidin altında veya bezin hilumunda bulunur. Taşlar nadiren radyölüsenttir ve sadece sialografide doldurulmuş defekt olarak gözlemlenebilir. Submandibular bezi tutan taşların genellikle tek taraflı ve özellikle de sol tarafta görüldüğü bildirilmiştir.⁹

Tükürük bezi taşlarının bazıları, migrasyona uğrayarak farklı lokalizasyonlarda görülebilmektedir. Bazılara bezin parankimi içinde kalırken bazıları da vakamızda olduğu gibi tükürük bezi kanalı boyunca ilerleyerek intraoral bölgede kendilerini göstermektedir. Literatürde ekstraoral fistül ile birlikte boyuna doğru migrasyona uğrayan taşlardan da bahsedilmekle beraber bu tür durumlar oldukça nadir olarak rapor edilmektedir.^{10,11}

Tedavi lokalizasyonlara göre değişiklik gösterir. Kanal ağzına yakın küçük taşlar elle manüple edilerek dışarı alınabileceği gibi kanalın arka kısmında bulunan taşlar için insizyon yapmak gerekir. Sialolitiazisin operatif tedavisi bazı ilke ve koşullara uymak şartıyla olumlu sonuçlar vermektedir. Ağız içine kendiliğinden sürmüş olan sialolit olgumuzda operasyonu takiben yapılan 1 ay, 6 ay ve 1 yıl sonraki kontrollerde hiçbir patolojik durumla karşılaşmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis Management: the state of the art. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129:951-6
2. Ord RA. Salivary Gland Disease. In: Fonseca RJ, edit. Oral and Maksillofacial Surgery. Vol. 5, Philadelphia, London, New York, St. Louis, Toronto. W.B. Saunders Company 2000; 273-93.
3. Ellis III E. Surgical reconstruction of defects of jaws. In Peterson LJ, eds. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. St. Louis: CV Mosby, 1998;
4. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikiev, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2005; 25:145-9.
5. Paterson JR, Murphy MJ. Bones, groans, moans... and salivary stones? J Clin Pathol. 2001;54:412.
6. Türker M, Yücetaş Ş. Tükürük Bezi Hastalıkları. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Atlas Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara, 1997; 361-79.
7. Baumash HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62:369-78.
8. Takeda_Y, Oikawa_Y, Satoh_M, Nakamura_S. Sialolith of the submandibular gland with bone formation. Pathology International 2003;53:309.
9. Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. J Emerg Med. 2004;26:221-3.
10. Goudot P, Mondie JM, Champroux T, Jouve C, Peri G. Cutaneous parotid fistula of calculous origin. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1986; **87**: 257-9.
11. Drage NA, Brown JE, Makdissi J, Townend J. Migrating salivary stones: report of three cases British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;43:180-2

Yazışma Adresi:

Dt Serhat ATILGAN
Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş
Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD
21280 Diyarbakır
Tel: 0412 2488101-6 (3496)
GSM: 0505 3982346
Faks: 0412 2488100
E-mail: dtserhat@dicle.edu.tr