

POSTERİOR AĞIZ TABANINA FİSTÜLİZE OLAN BÜYÜK SUBMANDİBULAR SİALOLİT

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 29.11.2015

Kabul: 21.12.2015

Yayın: 21.12.2015

Zerrin Özergin Coşkun¹, Özlem Çelebi Erdivanlı¹, Suat Terzi¹, Münir Demirci¹, Engin Dursun¹¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

POSTERİOR AĞIZ TABANINA FİSTÜLİZE OLAN BÜYÜK SUBMANDİBULAR SİALOLİT

Sialolitiazis , tükürük bezlerinin sık görülen patolojilerdendir ve en sık submandibular tükürük bezinde görülür. Bunların da büyük bir kısmı bez duktusunun distal 1/3 kısmında , daha az bir kısmı ise posterior submandibular bez hilumunda ve bezin içinde yerleşirler. Posterior ağız tabanını perfor eden submandibular sialolitlere literatürde nadir rastlanmaktadır. Makalemizde ; oldukça büyük boyuta ulaşarak posterior ağız tabanına fistülize olmuş ve kısmen ağız içine atılmış submandibular sialolitiazis olgusu literatür eşliğinde tartışılarak sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Tükürük bezi taşı, Submandibular bez, Ağız tabanı

Abstract

LARGE SUBMANDIBULAR GLAND SIALOLITH FISTULATING TO THE POSTERIOR FLOOR OF THE MOUTH

Sialolithiasis is the most common diseases of salivary glands and the majority of the sialoliths occur in the submandibular gland. A large extend of the these calculi occur in the 1/3 distal part of the duct and minority of sialoliths are located in the gland or in the hilum. Submandibular gland sialolith which perforated the posterior part of the mouth floor is very rare in the literature . In this case report we present a giant submandibular gland sialolith which fistulated and discarded to the posterior floor of mouth and reviewed the literature .

Keywords: Salivary gland calculi, Submandibular gland , Mouth floor

Giriş

Sialolitiazis, obstruktif tükürük bezi hastalıkları içinde ise en sık nedeni oluşturur [1]. Sıklık sırasına göre %80-90 oranında submandibular bez veya kanalında , %5-10 oranında parotis bez veya kanalında , %(0-5) sublingual ve minör tükürük bezlerinde görülür [2,3]. Postmortem çalışmalarda genel populasyonda %1.2 oranında tükürük bezi taşı saptanmışken klinik olarak bulgu veren sialolitiazis prevalansı %0.45 olarak bildirilmiştir[3].Erkeklerde görülme sıklığı biraz daha fazladır ve en sık 30-60 yaşları arasında görülür [4].

Sialolitlerin boyutları ortalama 1 mmden 10 mm'e kadar değişmekte ve literatürde boyu 15 mm'den fazla veya ağırlığı 1gr dan fazla olan tükürük bezleri taşları "Dev sialolit veya Megalith" olarak adlandırılmıştır [5].

Submandibular taşlar, mandibular birinci molar dişin transvers yöndeki ilişkisine göre ; bu hattın önünde kalanlar anterior ve bu hattın arkasında kalanlar posterior yerleşimli olarak iki grupta sınıflandırılır. Posterior yerleşimli taşlar bezin hilumunda veya içinde yerleşim gösterirler.Submandibular bez sialolitiazislerinde taşların büyük bir çoğunluğu bez duktusunun distal 1/3 kısmında , daha az bir kısmı ise bez hilumunda veya bez içinde yerleşir [6].

Büyük submandibular taşların özellikle posterior ağız tabanını perfor ederek oral kavite içine atılması çok nadir görülmektedir. Bu çalışmamızda; posterior ağız tabanına fistülize olmuş, kısmen ağız içine atılmış ve oldukça büyük boyuta ulaşmış nadir bir submandibular sialolitiazis olgusu sunulmuştur.

Sorumlu Yazar: Zerrin Özergin Coşkun, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Şehitler Cad. İslampasha mah. RTE Ü Tıp Fak. KBB Anabilim dalı
zerrinozergin@hotmail.com

Özergin Coşkun Z ve ark . Posterior ağız tabanına fistülize olan büyük submandibular sialolit. ENTcase. 2015;1(3):195-199

Olgu Sunumu

66 yaşındaki erkek hasta KBB kliniğimize çene ve dil altında yemek yerken son 1 ayda daha da belirginleşen ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde solda submandibular bölgede dönem dönem olan ağrı ve şişlik şikayeti dışında bir özellik mevcut değildi.

Hastanın KBB muayenesinde yaklaşık sağ ikinci molar diş hizasında posterior ağız tabanından ağız içine doğru uzanan , bir kısmı mukoza altında gömülü sarı renkli taş ile uyumlu olabilecek sert kitle gözlemlendi ve palpe edildi. (Şekil 1)



Şekil 1 : Posterior ağız tabanına fistülize olan submandibular sialolit

Hastanın diğer KBB ve fizik muayene bulguları doğal olarak saptandı. Lokal anestezi altında hasta tekrar muayene edilerek kitle değerlendirildi. Kitlenin sağ submandibular bez taşı olduğuna karar verildi. 2 x 1,2 cm büyüklükteki taş mukoza altından ağız içine doğurtularak çıkarıldı (Şekil 2,3).



Şekil 2 : İntrooral çıkartılan submandibular taşın operasyon sırasındaki görüntüsü



Şekil 3 : Ağız tabanından çıkartılan taşın görüntüsü

Taşın çıkarılması sonrasında tükürük akışını sağlamak için kateter veya rekonstrüksiyon için suture kullanılmadı. Operasyondan hemen sonra yapılan kontrol boyun ultrasonografik görüntülemesinde sağ submandibular bez geçirilmiş sialoadenite sekonder heterojen görünümde ve ekojinetesi azalmış olarak gözlemlendi. Bez içinde veya kanalda ikinci bir taş saptanmadı.

Hastanın operasyon sonrası ilk 1. ayındaki kontrolünde wharton kanal ağzından sağlıklı tükürük akışının olduğu gözlemlendi ve hastanın herhangi bir şikayeti mevcut değildi. Birinci yıla kadar yapılan diğer kontrollerinde de

herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

Tartışma

Sialolit oluşumunun etyolojisi günümüzde tam olarak bilinmemektedir, Tükürükteki epitel artıkları, bakteri ve müsinde oluşan bir çekirdek etrafında mineral tuzlarının birikmesi ile oluştuğu düşünülmektedir [7,8].

Sialolitlerin submandibular bez ve duktusunda daha sık oluşma nedenleri olarak; submandibular bezden salgılanan tükürüğün daha alkalin olması, kalsiyum ve fosfat içeriğinin ve mukus içeriğinin daha fazla olması, anatomik nedenler olarak da submandibular bez kanalının daha uzun ve akımının yer çekimine ters yönde olması sayılmaktadır [9].

Submandibular taşların %80'i radyopaktır. Tanı için farklı radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Submandibular duktal sisitemdeki radyopak taşlar konvansiyonel grafilerden okluzal grafiler ile, gland içinde veya hilusundaki taşlar ise lateral oblik mandibular veya panoramik grafilerle görüntülenebilir [10]. Radyolüsen sialolitiazis olgularında ise taşların yeri sialografi ile gösterilebilir. Ultrasonografi (USG) etkili ve ucuz bir görüntüleme yöntemlerinden bir tanesidir. Birden fazla sayıda olan taşların tanısında bilgisayarlı tomografi ile daha detaylı bilgi edinilmesi mümkündür [11,12].

Olgumuzda, taşın ağız içerisine kısmen açılmış olması nedeniyle tanı için herhangi bir radyolojik incelemeye ihtiyaç duyulmamıştır. Fakat operasyon sonrası gland içinde veya kanalda ikinci bir taş ve patolojinin olup olmadığını saptamak için ve takiplerinde USG kullanılmıştır.

Submandibular taşların tedavisi taşın yerleşim yerine göre taşın büyüklüğüne göre planlanır. Wharton kanalının ağıza yakın, distal yerleşimli ve özellikle palpe edilen submandibular taşlarda, basit anterior marsupiyalizasyon veya transoral sialodokotomi ve/veya sialodokoplasti gibi yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemlerde temel olarak tükürük kanalı uzunlamasına kesilerek açılır ve taşa ulaşılmaya çalışılır.

Günümüzde kullanılan yöntemlerden bir tanesi de sialendoskopi ile kanaldan taşların çıkarılmasıdır. Fakat kanal içine sıkışmış büyük taşların sialoendoskopi ile çıkartılmasında zaman zaman güçlük yaşanabilmektedir. Büyük submandibular bez kanal taşlarının, böbrek taşlarında kullanılan ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) yöntemi ile kırılarak çıkarılabilmesi fikri ilk 1989'da Iro ve ark. tarafından gündeme getirilmiştir. Bu yöntemle sialoendoskopi sırasında büyük gland kanal taşlarının küçültülerek çıkarılması bazı KBB uzmanları tarafından tercih edilmektedir [13].

Kronik submandibular bez sialoadeniti ile seyreden sialolitiazis vakalarında taşların transoral çıkarılması sonrasında gland fonksiyonlarının normale döndüğü gösterilmiştir [14]. Aynı zamanda submandibular bez taşlarının Wharton kanalının proksimalinden veya hilumundan transoral çıkarılması sonrasında sialodokoplasti yapılmadan da kanalda etkilili ve sağlıklı anatomik restorasyonun olduğunu belirten ve gösteren yayınlar mevcuttur [14,15]. Bizim olgumuzda da taşın çıkarılması sonrasında tükürük akışını sağlamak için kateter uygulaması veya rekonstrüksiyon için sialodokoplasti yapılmamış olup bir yıllık takipte herhangi bir problemle karşılaşılmamıştır.

Sonuç olarak, büyük boyutlara ulaşmış submandibular bez hilum sialolitleri, çok nadir de olsa ağız içine spontan fistülize olabilmekte ve posterior ağız tabanı patolojileri olarak karşımıza çıkabilmektedirler. Submandibular bez taşlarında hastadan alınan iyi bir anamnez ve özellikle ağız tabanının arkadan öne doğru bimanual muayenesini de içeren dikkatli bir KBB muayenesi bazen tek başına tanıya yeterli olabilmektedir. Submandibular bez sialolitiazislerinin tedavisi ise taşın yerleşim yerine ve taşın büyüklüğüne göre planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Capaccio P, et al . Modern management of obstructive salivary diseases Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;27:161-72
2. Bodner L. Salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management. Compendium 1993;14:572-86.
3. McGurk M, Escudier M.P, Brown J. E. Modern management of salivary calculi. British Journal of Surgery . 2005;92(1):107–12
4. Lustmann T, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis; a survey of 245 patients and review of the literature. Int J Oromaxillofac Surg 1990;19:135-8.
5. Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;94:320.
6. Capaccio P, et al . Conservative transoral removal of hilar submandibular salivary calculi. Laryngoscope 2005;115:750-2.
7. Escudier MP. The current status and possible future for lithotripsy of salivary calculi. In: Pregrel M, editor. Atlas of oral and maxillofacial surgery clinics of North America. Philadelphia Pa: Saunders; 1998. p. 117-32.
8. Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. J Emerg Med 2004;26:221–3.
9. Sutay S, et al. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 128: 587-8.
10. Parkar MI., Vora MM., Bhanushali DH. A Large Sialolith Perforating the Wharton's Duct: Review of Literature and a Case Report J. Maxillofac. Oral Surg. 2012; 11(4):477–82
11. Kurtoğlu G, Durmuşoğlu M, Ecevit M. C . Ağız Tabanına Taşan Submandibuler Sialolitiazis:Olgu Sunumu Turk Arch Otorhinolaryngol 2015; 53: 35-7
12. Mathew C. N, et al. Wharton's Duct Sialolith of Unusual Size: A Case Report with a Review of the Literature. Case Rep Dent. 2014; 2014:373245. Article ID 373245, 7 pages
13. Zenk J, et al . Extracorporeal shock wave lithotripsy of submandibular stones: evaluation after 10 years. AnnOtol Rhinol Laryngol. 2004 May;113(5):378-83
14. Makdissi J, et al. Glandular function after intraoral removal of salivary gland calculi from the hilum of submandibular gland. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004; 42(6):538–41
15. Woo S H , et al. Anatomical recovery of the duct of the submandibular gland after transoral removal of a hilar stone without sialodochoplasty: evaluation of a phase II clinical trial. Journal of Oral British and Maxillofacial surgery 2014; 52: 951-6.

Sunum

37. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.