

PARAFARENGEAL BÖLGEYİ DARALTAN DEV SUBMANDİBULER SİYALOLİTHİAZİS

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 12.01.2019

Kabul: 25.03.2019

Yayın: 25.03.2019

Abdulhalim Aysel¹, Abdullah Dalgıç¹, Ali Murat Koç¹, Görkem Atsal¹, Togay Müderris¹¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

PARAFARENGEAL BÖLGEYİ DARALTAN DEV SUBMANDİBULER SİYALOLİTHİAZİS

Sialolithiazis en sık görülen tükürük bezi hastalığıdır. En sık submandibuler bezde oluşur. Büyüklükleri genelde 1-10 mm arasında olabilir. Nadiren de olsa 15 mm'den daha büyüktür. Literatürde 15 mm'den daha büyük taşlara megasialolithiazis denir. Hastalar sıklıkla çene altında tekrarlayan ağrılı şişliklerle başvurur. Tanı klinik muayene ve konvansiyonel grafi, Ultrason ve Bilgisayarlı Tomografi gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulur. Nadiren bu taşlar ağız içine, cilde açılabilir ya da parafarengeal bölge gibi alanlara uzanabilir. Biz bu yazımızda 47 yaşında erkek olguda 25 yıldır olan sağ parafarengeal bölgeyi daraltan dev submandibuler tükürük bezi taşı saptanan olguya yaklaşımımızı literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar kelimeler: Tükürük bezi, submandibüler bez, dev taş, parafarengeal bölge

Abstract

GIANT SUBMANDIBULAR SIALOLITHIAZIS NARROWING PARAPHARYNGEAL REGION

Sialolithiasis is the most common salivary gland disease. Most commonly occurs in submandibular gland. Sizes of sialolithes usually varies between 1-10 mm. In rare cases, they could be larger than 15 mm. In the literature, sialolithes larger than 15 mm are called as megasialolithiasis. Patients often present with recurrent painful swelling under the chin. Diagnosis is made by clinical examination and radiological imaging methods such as conventional radiography, Ultrasound and Computed Tomography. Rarely, these stones can be opened into the mouth, into the skin, or can extend into the areas such as the parafarengeal region. In this report, we present our approach to 47 year-old male patient with a giant submandibular salivary gland for 25 years that narrowed the right parapharyngeal region.

Keywords: Salivary gland, submandibular gland, giant stone, parafarengeal region

Giriş

Tükürük bezi hastalıkları içinde en sık tükürük taşları (sialolithiazis) bunu viral, bakteriyel siyaloadenitler ve tümörler izler. Tükürük taşları, tükürük kanallarını tıkar ve tükürük bezini şişirir. Hastalar sıklıkla tekrarlayan çene altı ağrılı şişliklerle başvurur [1]. Sialolithiazis her yaşta görülebilir ancak en sık orta yaş grubunda ortaya çıkan bir hastalıktır [1]. Erişkin popülasyonda görülme sıklığı 12/1000'dir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre iki kat fazladır. En sık submandibuler bez veya kanalında (>%80), daha sonra da sıklık sırasına göre; parotis bezi (%6), sublingual bez ya da minör tükürük bezlerinde (%2) görülür. % 3'ten daha azında her iki ya da farklı tükürük bezlerinde görülebilir [2,3].

Submandibular bezde parotise göre daha fazla taş oluşma sebepleri submandibular kanalın daha geniş ve uzun olması, tükürük akışının daha yavaş olması, tükürüğün submandibular bezde yerçekimine karşı akması, submandibular bezde daha alkali bir tükürük olması, submandibular bezde musin ve kalsiyum içeriğinin fazla olması, düşük karbon dioksit seviyesi, ve yüksek fosfataz enzim içeriği olarak sıralanabilir [3]. Taşların çoğu submandibular wharton kanalda yerleşmiş (%75-85) olup, hiluma yakın yerleşmiş taşlar semptomatik olmadan

Sorumlu Yazar: Abdulhalim Aysel, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma hastanesi Karabağlar
ahalimaysel@gmail.com

Aysel A ve ark . Parafarengeal bölgeyi daraltan dev submandibuler sialolithiazis. ENTcase. 2019;5(1):22-26

önce oldukça büyük boyutlara ulaşabilir [4].

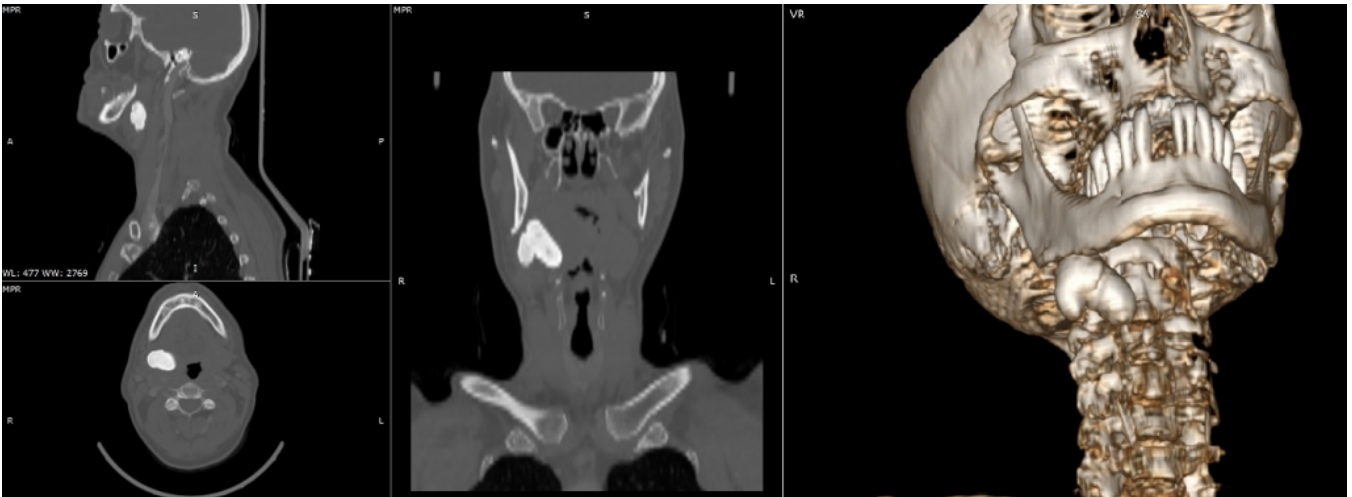
Taşların boyutları sıklıkla 1-10 mm arasında değişebilir. 15 mm'den büyükse dev taş olarak tanımlanmaktadır . Literatürde 30 mm'den büyük taşlar nadir olarak raporlanmıştır [3,4].

Taşlar, çoğunlukla kalsiyum fosfat, hidroksiapatit, magnezyum, potasyum ve amonyaktan oluşan kaba veya pürüzsüz bir yüzeye sahip sarımsı, yuvarlak veya ovaldir [3,4].

Bu yazımızda çene altında tekrarlayan ağrılı şişlik, konuşma zorluğu ve yutma güçlüğü şikayetiyle başvuran submandibuler dev siyalolitiyazis saptanan bir olgu sunduk

Olgu Sunumu

47 yaşında erkek olgu, 25 yıldır sağ çene altında şişlik, yutma zorluğu ve konuşmada zorlanma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın bimanuel muayenesinde sağ çene altında palpabl mobil sert kitle saptandı. Hastanın diğer kulak burun boğaz muayenesi normaldi. Hastanın çekilen Boyun Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) sağ submandibuler bez ve wharton kanalında parafarengeal bölgeyi ve larinks hava pasajını daraltan 35x25 mm boyutlarında tükürük bezi taşı saptandı (Şekil 1)



Şekil 1 : Hastanın ameliyat öncesi BT görüntüleri

Hastaya genel anestezi altında sağ transservikal yaklaşımla Submandibuler Gland Eksizyonu ve taş çıkarılması operasyonu yapıldı (Şekil 2).



Şekil 2 : Sağ Transservikal yaklaşımla Sialoadenektomi ve Taş çıkartılması

Peroperatuar herhangi bir komplikasyonu izlenmedi. Postoperatif marjinal sinir ve hypoglossal sinir fonksiyonları normaldi. patoloji sonucu kronik sialoadenit olarak raporlandı. Hastanın postoperatif 6.aydaki kontrolünde konuşma zorluğu ve yutma güçlüğü şikayetlerinin geçtiği saptandı.

Tartışma

Siyalolithiazis tanısında genellikle hastadan alınan iyi bir anamnez ve dikkatli bir klinik muayene yeterli olmaktadır. Özellikle submandibuler taşlarda, ağız tabanının arkadan öne doğru yapılan bimanuel muayenesinde hastaların çoğunda taş varsa palpe edilebilir [5]. Radyolojik görüntüleme yöntemleri olarak ortopantomograflar ve oklüzal radyografiler, sialografi, ultrasonografi (USG) ve sialoendoskopi, BT yaygın olarak kullanılmaktadır [6,7]. USG yaygın olarak kullanılıp, en az invaziv ve en ucuz yöntemdir ve çapı 2 mm'den büyük olan taşların% 90'ı hiperekojen nokta olarak tespit edilebilir. Kesit kalınlıkları 0.2 ila 0.5 mm arasında olan 3 Boyutlu (3B) BT ile küçük veya yarı kalsifiye taşların başarılı bir şekilde görüntülenmesi mümkündür. 3B-BT ayrıca bezin ve kanalın anatomik detaylarını gösterir. Manyetik Rezonans Grafi (MRG) komplike olgularda veya daha fazla yumuşak doku tanısı gerektiğinde değerli bir ek tanı yöntemidir. Bununla birlikte, genellikle maliyeti nedeniyle kullanılmaz [7,8]. Sialografi, tükürük duktal hastalıkların tanısı için, radyoaktif boyayı tükürük kanalına enjekte ederek minimal invaziv bir girişim olarak ortaya çıkmıştır. Orifis sialografi dolun defektleri olarak radyolusen taşları da gösterebilir. Sialografinin uygulanması akut enfeksiyon durumunda kısıtlıdır ve kontrendikedir [8,9]. Biz olgumuzda öncelikle USG'yi kullandık daha sonra bez, wharton kanalı ve taşın lokalizasyonunu anatomik detaylandırmak için 3B BT kullandık.

Sialoendoskop, lazer intraductal litotripsi, ekstrakorporeal şok dalga litotripsi ve piezoelektrik cerrahi teknikleri kullanılarak sialografik kontrol ile ekstraksiyon gibi konservatif tedavi yöntemleri, özellikle küçük sialolitler için cerrahi eksizyona alternatif olarak düşünülmelidir. Submandibular bez eksizyonu, transoral bir yaklaşımla erişilemeyen intra - glandüler sialolitler durumunda önerilmektedir [5,9,10].

Siyalolithiazis tedavisi, taşın lokalizasyonuna, semptomların süresine, tekrarlama sıklığına ve taşın büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Submandibular bez taşlarında; küçük olanlarda öncelikle konservatif tedavi (bol hidrasyon, sıcak uygulama ve beze masaj yapılması gibi) faydalı olabilir. Eğer tabloya sekonder enfeksiyon eklenmişse penisilinaz dirençli antistafilokokkal antibiyotikler tedaviye eklenebilir [6,9,10].

Kanalın posterior bölgesinde veya bez içinde bulunanlar sialoadenektomi gerektirebilir [9,10,11]. Bizim olgumuzda

da taş bezin ve kanalın içindeydi ve sağ parafarengeal alanı daraltmaktaydı. Biz olgumuza genal anestezi altında sialoadenektomi ve taş çıkarılması operasyonu uyguladık. Taşın pürüzsüz yüzeyli sarımtırak, oval olduğu mineralojik analizinde kasiyum, fosfat ve karbonat içerdiği görüldü.

Bezin çıkarılması sırasında erken ve geç dönemde marjinal mandibular, lingual, hipoglossal sinir yaralanması, estetik sekeller, hematoma, tükürük fistülleri, yara enfeksiyonları, hipertrofik skarlar ve tükürük bezi kanalında rezidiv taşların yol açtığı rekürren enfeksiyonlar gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Submandibular bez cerrahisinin en sık görülen (%9) komplikasyonu marjinal mandibular sinir paralizisidir [12]. Hastamızda erken ve geç dönemde komplikasyon gelişmedi.

Uzun süre tedavi edilmeyen dev submandibular tükürük bezi taşları, akut ve kronik tükürük bezi enfeksiyonlarına yol açabilir, ağız tabanına ya da cilde fistülize olabilir. Nadir olarak larinks hava pasajını ve parafarengeal alanı daraltabilir [12,13]. Olgumuz taşa bağlı tekrarlayan sialoadenit ile başvurdu ve taş sağ parafarengeal alanı ve hava pasajını daraltmaktaydı ancak hastanın nefes darlığı şikayeti yoktu.

Tordai ve arkadaşları [2] 34 mm ve 27 mm çapında 2 adet taş, Ahmed KA ve arkadaşları [4] 30 mm çapında taş ve Lim ve arkadaşları [13] ağız tabanına fistülize olan 5 cm çapında taş tanımlarken bizim hastamızda taşın 35x25x20 mm boyutta olması, parafarengeal alanı ve larinks hava pasajını daraltması literatür tarandığında nadir görülen bir durumdur.

Sonuç

Submandibular bez taşları, tanısı kolay konulabilen ve tedavisi taşın yerleşim yerine göre planlanan, nadirde olsa parafarengeal ve larengeal bölgeyi daraltacak kadar büyüeyebilen en sık karşılaşılan tükürük bezi hastalıklarındandır.

Kaynaklar

1. Andretta M, et al. Current Opinions in Sialolithiasis Diagnosis and Treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005;25(3):145-9. PMID: 16450768
2. Tordai B, et al. Giant sialolithiasis: Diagnosis and management. *Case reports. Orv. Hetil.*, 2016;157(49):1967-1972. PMID: 27917674
3. Sengupta S, Bose S. Sialolithiasis of Right Submandibular Duct of Unusual Size. *Indian J Surg*. 2018; 80(2):190-191. doi: 10.1007/s12262-018-1723-6.
4. Ahmed KA, Alfadhel AK, Mohammed BJ. Untreated submandibular megalith for over 60 years. *Saudi Med J*. 2018;39(7):729-732. doi: 10.15537/smj.2018.7.22265.
5. Wallace E, et al; Management of giant sialoliths: Review of the literature and preliminary experience with interventional sialendoscopy. *Laryngoscope*.2010;120(10):1974-1978. <https://doi.org/10.1002/lary.21082>
6. Kopeć T, et al. Algorithm changes in treatment of submandibular gland sialolithiasis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270(7):2089-93. doi: 10.1007/s00405-013-2463-7.
7. Németh B, et al. Unusual form of sialolithiasis: case report with 3-dimensional imaging. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016;54(1):e17. doi: 10.1016/j.bjoms.2015.10.007.
8. Boynton TT, Lieblich SE. Unusual case of a sialolith: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;117(1):9-10. doi: 10.1016/j.oooo.2012.03.020.
9. Santos TS, et al. Intraoral Approach for Removal of Large Sialolith in Submandibular Gland. *J Craniofac Surg* 2012; 23(6): 1845-1847. doi: 10.1097/SCS.0b013e3182653f42.
10. Jung JH, et al. A Large Sialolith on the Parenchyma of the Submandibular Gland: A case report. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2014;8(2):525-526. doi.org/10.3892/etm.2014.1730.
11. Goh LC, et al. Transcervical approach to the removal of a deep-seated giant submandibular calculus and the

- submandibular gland. *BMJ Case Rep.* 2016;28;2016. doi: 10.1136/bcr-2016-217514.
12. Acikalin RM, et al. Submandibular Gland Excision: Analysis of 43 Cases. *Med Bull Haseki* 2014;52(3):199-201. DOI: 10.4274/haseki.1374.
 13. Lim EH, Nadarajah S, Mohamad I. Giant Submandibular Calculus Eroding Oral Cavity Mucosa. *Oman Med J.* 2017;32(5):432-435. doi: 10.5001/omj.2017.81.