

DEV SUBMANDİBULER SİALOLİTİAZİS

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 08.02.2021

Kabul: 26.03.2021

Yayın: 26.03.2021

Uğurtan ERGÜN¹, Mehmet Ekrem Zorlu², Fatih Yılmaz¹¹ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

DEV SUBMANDİBULER SİALOLİTİAZİS

Sialolitiazis(Tükürük bezi taşı) tükürük bezinin en sık görülen hastalığıdır. Tükürük bezi içerisinde kalsifiye kitle olarak izlenir ve sıklıkla submandibuler bez kanalı içerisinde taşa rastlanır. Bu yazıda sağ submandibuler bez içerisinde yerleşmiş ve submandibuler gland eksizyonu ile tedavi edilmiş büyük boyutlu sialolitiazis olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Submandibüler, taş, tükürük bezi

Abstract

GIANT SUBMANDIBULAR SIALOLITHIASIS

Sialolithiasis (Salivary gland stone) is the most common disease of the salivary gland. It is observed as a calcified mass in the salivary gland and often a stone is found in the submandibular gland duct. In this article, a case of large sialolithiasis located in the right submandibular gland and treated by submandibular gland excision is presented.

Keywords: Salivary gland, submandibular, stone

Giriş

Tükürük bezi taşları majör veya minör tükürük bezi veya kanalı içerisindeki taşlardır. Sıklıkla majör tükürük bezlerinde yer alırlar [1]. %80 oranında ağız tabanında submandibuler bez veya duktus içerisinde görülürler [2]. Patogenezleri tam anlayamamış olsa da serum kalsiyum seviyelerindeki yükselmenin taş oluşumuna katkı sağladığı bildirilmiştir [3]. Sıklıkla yemek yemeyi takiben etkilenen bez alanında gelişen ağrılı şişlik olarak semptom verirler. Ağrısız şişlik olarak rutin muayene sırasında veya insidental olarak görüntüleme yöntemleri ile de saptanabilirler [4]. Tükürük bezi taşları genellikle 1-10 mm arasındadır, 15 mm üzeri (dev taşlar) nadir olarak rapor edilirler [5].

Olgu Sunumu

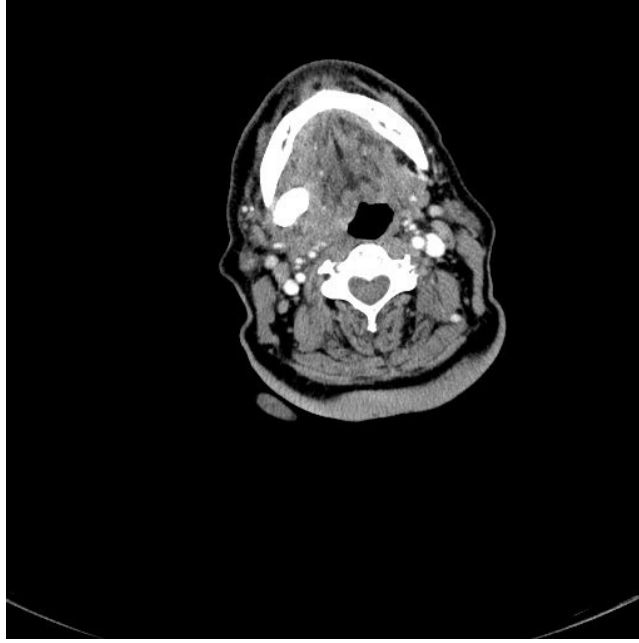
74 yaşında bilinen esansiyel hipertansiyonu bulunan iki yıl önce de kolelitiazis nedeni operasyon öyküsü olan erkek hasta sağ submandibuler bölgede ani gelişen ağrı şişlik ve hassasiyet nedeni hastanemiz acil servisine başvurdu. Sağ submandibuler bölgede hiperemi mevcuttu palpasyon ile submandibuler bez ağrılı ve şiş olarak ele gelmekte, ağız içi bimanual muayenede ise taş palpe edilmekte idi. Başvuru öncesi kullanmakta olduğu geniş spektrumlu antibiyotik tedavisinden fayda görmemesi üzerine kliniğimize yatışı yapılarak intravenöz analjezik ve antibakteriyel tedavisi başlandı. Yapılan submandibuler bez ultrasonunda submandibuler bez simetriğine göre belirgin heterojen izlendi ve taş ile uyumlu olabilecek şüpheli görünüm saptandı. Akut tablo sonrası takibinde çekilen kontrastlı boyun tomografisinde sağ submandibuler gland içerisinde en uzun bölgesinde çapı 23,87 mm ulaşan tükürük bezi taşı izlendi.(Şekil 1,2,3)



Şekil 1 : Koronal Plan Kontrastlı Boyun Tomografisi

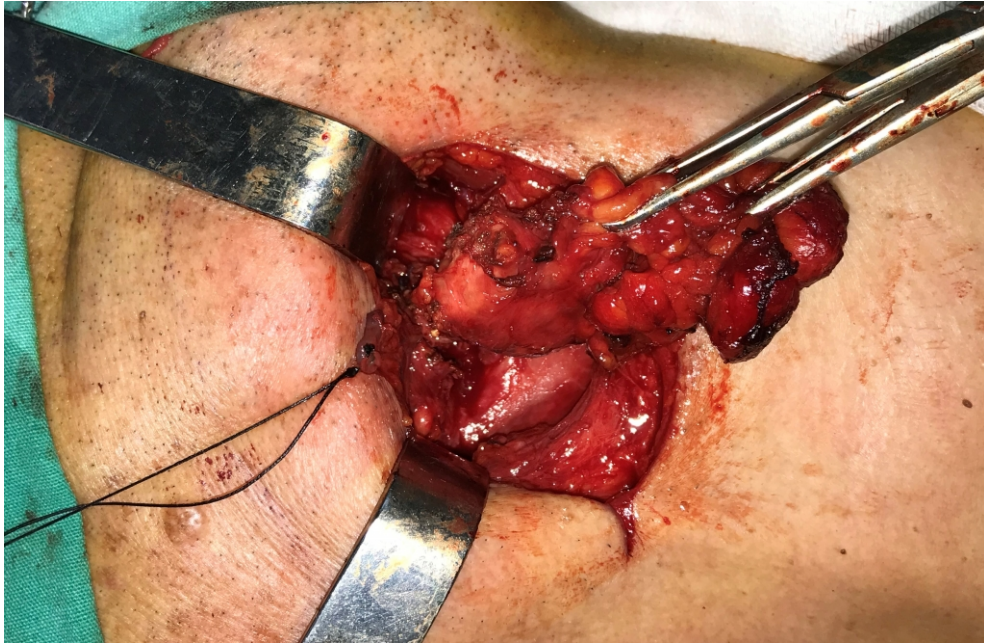


Şekil 2 : Sagittal Plan Kontrastlı Boyun Tomografisi



Şekil 3 : Aksiyal Plan Kontrastlı Boyun Tomografisi

Medikal tedavisi tamamlanan hastaya onamı alındıktan sonra eksternal yaklaşım ile sağ submandibuler gland ve gland içerisinde tükürük bezi taşı eksizyonu yapıldı.(Şekil 3,4,5)



Şekil 4 : Submandibuler Gland Eksizyonu



Şekil 5 : Eksizyon Sonrası Submandibuler Gland ve Taş



Şekil 6 : Submandibuler Gland Taşı

Eksizyon sonrası yedinci gün takiplerinde şikayeti olmayan hasta poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.

Tartışma

Submandibuler gland taşlarında tanı sıklıkla hikaye ve fizik muayene ile konur. Tanıyı doğrulama ve tedavi planı amaçlı ise radyolojik yöntemler kullanılabilir. Opak taşları saptamada düz grafi kullanılabilmesine rağmen, bilgisayarlı tomografi taşın yeri ve boyutu hakkında en doğru bilgiyi veren non-invaziv tekniktir. Ultrasonografi 1,5 mm üzeri yüksek mineral içerikli taşları oldukça yüksek doğrulukla saptayabilir. Sialografi ise tüm kanal

sisteminin değerlendirilebilmesi açısından değerlidir.[6]

Sialolithiazis vakaların %70-80'inde tektir, %20 vakada iki tanedir ve çok daha düşük oranlarda ikiden fazla izlenebilir.[7]Parotis gland içerisindeki taşların %40'ı, submandibuler gland içerisindeki taşların ise %20'si non-opaktır ve saptanmaları için siyalografi yapılması gerekebilir.[2]Submandibuler gland için ortalama taş büyüklüğü 4,9 mm'dir.[8]Boyutu 10 mm'ye kadar olan tükrük bezi taşları yaygın olarak izlenir ancak 1,5 cm üzerinde submandibuler gland taşları nadiren saptanır.Ledesma-montez ve ark. Çalışmasına göre literatürde 3,5 cm üzeri 16 adet vaka bildirilmiştir.[9] Gill ve ark. Yaptığı başka bir çalışmada ise 5,5 cm ve üzeri bildirilen vaka sayısı 13'tür.[10] Bu vakada taş en uzun diametere 23,87 mm'dir, gland içerisinde, tek ve opak olarak izlenmektedir.

Submandibuler gland taşları asemptomatik ise takip edilebilir, ancak semptomatik ise primer olarak lokalizasyona ve boyuta bağlı olarak cerrahi olarak ağız içerisinden veya eksternal olarak çıkartılır.[11]Sialolit eksizyonu için mevcut tedavi seçenekleri; transoral sialitotomi, girişimsel sialoendoskopi, ekstrakorporeal şok dalga litotripsi ve bezin rezeksiyonudur.[12]Küçük taşlar bimanual palpasyon ile ağız içerisinden sağma yöntemi ile çıkartılabilir. Daha büyük boyutlu taşlarda ise litotripsi, veya gland ile taşın eksizyonu gündeme gelir.[13] Glandular ve hiler taşlarda geleneksel yaklaşım glandın eksizyonudur. Uygun ekipmanın bulunduğu merkezlerde çapı 8mm'ye kadar olan taşların endoskop yardımı ile çıkartılması mümkündür.[14]Transoral sialolitotomi ise distal lokalizasyonlu palpabl taşlarda endikedir.[15]

Submandibuler tükrük bezi taşlarının tedavisinde anamnez, fizik muayane ve görüntüleme önemli yer tutar. Erken tanı ve tedavi sayesinde büyük submandibuler gland taşlarına az rastlanılmakta olup, bizim vakamızda olduğu gibi 15 mm üzerinde oldukça nadir görülür. Gland içerisinde yerleşimli bu büyüklükteki taşların tedavisi eksternal yaklaşım ile gland eksizyonunu gerektirebilir.

Kaynaklar

1. Goaz PW, White SC. Oral Radiology, principles and interpretation. In: Goaz PW, White SC. Soft tissue calcifications. Mosby; St. Louis; 1994:626
2. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J 2002;193:89-91
3. Williams MF. Sialolithiasis. Otolaryngol Clin North Am 1999; 32:819.
4. Ellies M, Laskawi R, Arglebe C, Schott A. Surgical management of nonneoplastic diseases of the submandibular gland. A follow-up study. Int J Oral Maxillofac Surg 1996; 25:285.
5. Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;94:320-3.
6. Fowell, C., & MacBean, A. (2012). Giant salivary calculi of the submandibular gland. Journal of surgical case reports, 2012(9), 6. <https://doi.org/10.1093/jscr/2012.9.6>
7. Lustmann J, Regev E, Melamed Y Sialolithiasis. (1990) A survey on 245 patients and a review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 19: 135–138.
8. Marchal F. Sialendoscopy. In: EN M, editor. Salivary gland disorders: Springer; 2007. p. 127-47.
9. Ledesma-Montes C, Garces-Ortiz M, Salcido-Garcia JF, Hernandez-Flores F, Hernandez-Guerrero JC. Giant sialolith: Case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:128-130
10. Gill D, Daniel R, Halpern L, Southerland J. A giant submandibular sialolith in the setting of chronic sialadenitis: A case report and literature review. Ann Otolaryngol Rhinol 2016;3:1128-35
11. Zenk J, Constantinidis J, Al-Kadah B, Iro H. Transoral removal of submandibular stones. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:432-6
12. Parkar MI, Vora MM, Bhanushali DH. A large sialolith perforating the Wharton's duct: review of literature and a case report. J Oral Maxillofac Surg 2012; 11: 477-482.
13. McGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. Br J Surg 2005;92:107-112.
14. Singh, P. P., & Gupta, V. (2014). Sialendoscopy: introduction, indications and technique. Indian journal of

otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India, 66(1), 74–78. <https://doi.org/10.1007/s12070-013-0675-1>

15. Wallace E, Tauzin M, Hagan J, Schaitkin B, Walvekar RR. Management of giant sialoliths: review of the literature and preliminary experience with interventional sialendoscopy. *Laryngoscope*. 2010 Oct;120(10):1974-8. doi: 10.1002/lary.21082. PMID: 20824782.