

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Ağız içine spontan olarak düşen dev submandibular tükürük bezi taşı

H. Eyigör, H. Yürekli

Spontaneous passage of a giant submandibular salivary stone

Sialolithiasis is the most common pathology of the salivary gland and it can be seen especially in the submandibular gland. In this study a case about spontaneous passage of a giant salivary gland stone (40x20x17 mm) from a 56 year-old male patient to the mouth by perforation of the floor of the mouth is presented, and the literature is reviewed.

Key Words: Sialolithiasis, submandibular gland.

Özet

Sialolithiasis tükürük bezinin en yaygın hastalıklarından biridir ve sıklıkla submandibular bezde gözlenir. Bu çalışmada, ağız tabanı perforasyonu yaparak ağız içine spontan olarak düşen dev submandibular tükürük bezi taşı (40x20x17 mm) olan 56 yaşında bir erkek olgu tartışılmış ve literatür bilgileriyle gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sialolithiasis, submandibular tükürük bezi.

Türk Arch Otolaryngol, 2006; 44(3): 177-181

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2006; 44(3): 177-181

Giriş

Sialolithiasis tükürük bezlerinin en yaygın rahatsızlıklarından biri olup, %80-92 oranında submandibular bezde gözlenir.¹ Hastalık her yaşta görülmekle birlikte 30-60 yaş arası yaygındır ve erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık rastlanmaktadır.² Submandibular tükürük bezi taşların %80 soliterdir ve taş en sık olarak Wharton kanalı içinde, %20 oranında da intraglandular yerleşir. Olguların yalnızca %5'inde birden fazla sayıda taş olup tükürük bezi içinde farklı pozisyonlarda yerleşebilmektedirler.³ Tükürük bezi taşlarının daha çok submandibular bezde görülmesinin nedeni, pH'nın alkalen, salgısının daha koyu ve musin içeriğinin fazla, kalsiyum ve fosfat tuzlarının yoğun olmasıdır. Ayrıca submandibular bez kanalının uzun olup düzensiz seyretmesi ve duktus orifisinin yer çekiminin aksi yönde olması diğer önemli bir nedendir.⁴ Tükürük bezi taşları

Dr. Hülya Eyigör, Dr. Halil Yürekli

Aydın Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Aydın

nın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, taşın oluşum mekanizmasında nörohumoral bozuklukların rolü olduğu öne sürülmüştür.⁵

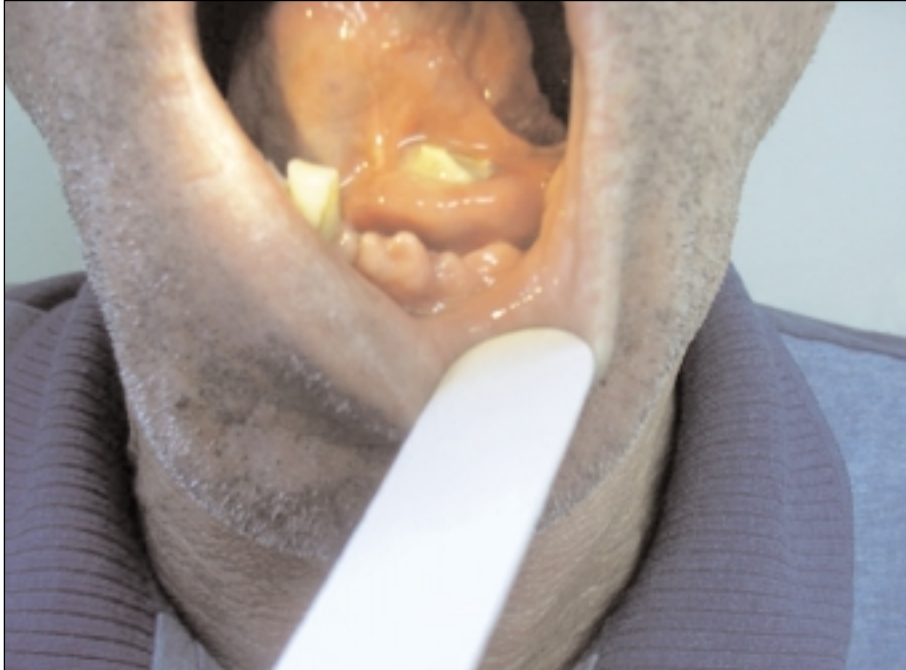
Çekilen direkt grafilerde genellikle taşların %80-94.7'si görülebilmektedir. Ultrasonografide (USG) 2 mm'den büyük taşlar %90 oranında saptanırken, sialogramın özellikle intraglandular ve duktus yerleşimli taşların saptanmasında %100 etkin bir tanı yöntemi olduğu vurgulanmaktadır. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi tükürük bezi taşlarının saptanmasında USG ve direkt grafiden üstün ancak pahalı bir tanı metodudur.²

Olgu Sunumu

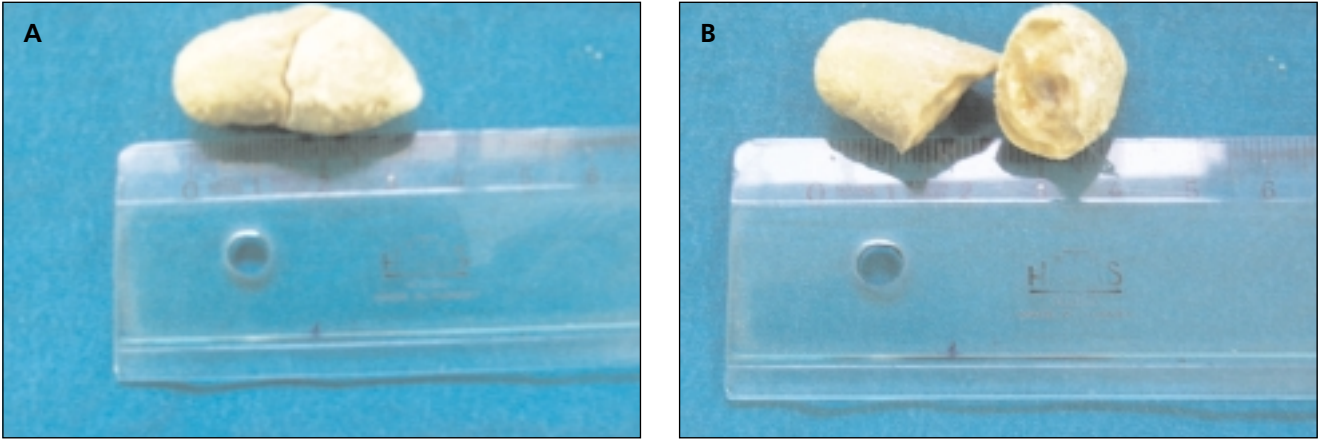
56 yaşında erkek hasta, bir gündür varolan dil altında yabancı cisim hissi ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Hastanın elinde yaklaşık 2 saat öncesine ait ağız içinden çıkardığı taş mevcuttu. Öyküsünden 10 yıldır sol submandibular bölgede şişlik olduğu ve 15 gün öncesi diş ağrısı nedeniyle sol alt 2. ve 3. molar dişlerini çektiği öğrenildi. Yapılan kulak burun boğaz muayenesinde ağız tabanında sol sublingual bölgede

17x7 mm'lik perforasyon ve Wharton kanal ağzında yerleşen taş gözlemlendi (Resim 1). Tükürük bezi transoral yaklaşımla çıkarıldı. Submandibular tükürük bezi taşının wharton kanalı içinde ikiye ayrıldığı ve yarısının kendiliğinden çıktığı anlaşıldı. Her iki taş yan yana konulduğu zaman 40x20x17 mm boyutunda ve 5 gram ağırlığındaydı (Resim 2). Taşın dekalsifikasyonu elde edilen materyalden hazırlanan kesitlerinde kalsiyum fosfat kristalleri üzerinde aktinomiçese benzer bakteriler gözlemlendi.

Transoral yaklaşımla taş çıkarıldıktan sonra yapılan submandibular bezin direkt grafisinde ve USG'da taş gözlemlenmedi. Her iki submandibular bez USG'de normal büyüklükte saptandı. Ek olarak hastada hipertroidi ve multinodüler guatr tespit edildi ve antitroid tedavisine başlandı. Ayrıca amoksisilin-klavulanat tablet 2x1000 mg ve naproksen fort tablet 2x1 p.o. başlandı. Hastanın bir hafta sonraki kontrolünde ağız içindeki perforasyonun 11x3 mm olduğu, 2 ay sonraki kontrolünde perforasyonun neredeyse tamamen kendiliğinden kapandığı ve hastanın şikayetinin olmadığı gözlemlendi. Resim 3'te hastanın ağız tabanındaki perforasyonu ve iki ay sonraki klinik kontrol görüntüsü verilmiştir.



Resim 1. Wharton kanalı ağzında yerleşen dev tükürük bezi taşı.



Resim 2. Submandibular kanal içinden spontan düşen ve transoral yaklaşımla çıkarılan taşın bütün görünümü (A). Submandibular kanal içinden spontan düşen ve transoral yaklaşımla çıkarılan taşın iki ayrı görünümü (B).

Tartışma

Tükürük bezi taşlarının ortalama büyüklüğü 0.1-30 mm arasında değişmekte olup tükürük bezi ve kanalında 3 cm'den büyük rapor edilen tükürük bezi taşı oldukça nadirdir.⁶ Literatürde bildirilen en büyük taş 55

mm boyutundadır.⁶ Akın ve ark.⁷ submandibular intraglandular yerleşimli 45 mm boyutunda, Sütay ve ark.³ 37x7 mm boyutunda ve Yıldırım⁵ 3 cm boyutunda submandibular tükürük bezi taşı bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda Wharton kanal ağzında yerleşmiş her biri



Resim 3. Submandibular tükürük bezi taşı çıkarıldıktan sonra görülen ağız tabanı perforasyonu ve ülserasyonu.



Resim 4. Ağız tabanı perforasyonunun 2 ay sonraki görünümü.

2x1.7 cm boyutlarında ikiye bölünmüş tükürük bezi taşı mevcuttu.

Taşların her yıl 1 ile 1.5 mm büyüdüklerine inanılmaktadır. Tükürük bezinde yerleşen taşın lokalizasyonu ve büyüklüğüne bağlı olarak hastalığın semptomları da değişmektedir.³ Taşların yol açtığı tükürük bezi kanal tıkanıklığı sonucu akut ya da kronik sialadenitis hastalığın en sık rastlanan komplikasyonudur. Buna bağlı olarak submandibular bölgede palpasyonda hassasiyet ve yemek sırasında tükürük koliği denilen şiddetli ağrı en sık ortaya çıkan semptomlarıdır. Bizim hastamızda 10 yıldır var olan sol submandibular bölgede şişlik dışında başka bir şikayeti yoktu. Ancak diş çekimine neden olan ağrının tükürük koliğine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Tükürük bezi taşlarının diğer komplikasyonları ağız tabanı flegmonu, abse, kanal ağzı ülserasyonu sonucu fibrozis ve darlık oluşturmalarıdır. Literatürde çok nadir olarak tükürük bezi taşlarının ağız tabanı perforasyonu ya da kutanöz fistüle neden olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.⁸ Sütay ve ark. olgularında 37x7 mm boyutundaki submandibular tükürük

bezi taşına bağlı olarak ağız tabanında perforasyon bildirmişlerdir.³ Bizim olgumuzda taşın yarısının kendiliğinden düşmesi sonucu ortaya çıkan ağız tabanında büyük bir perforasyon (17x7 mm) ve içerisinde de geri kalan tükürük bezi taşının diğer parçası mevcuttu. Taşın diğer yarısı transoral yaklaşımla çıkarıldıktan sonra, sol submandibular bölgeye masaj ile perforasyon içinden yoğun pürülan sekresyon aspire edildi. Hastanın birinci hafta muayenesinde perforasyonun küçüldüğü ve ikinci ayın sonunda spontan olarak tamamen kapandığı gözlemlendi.

Tükürük bezi taşlarının nedeni ve diğer hastalıklar ile ilişkisi kesin olarak bilinmemektedir. Yalnızca ürik asidin eşlik ettiği gut hastalığı ile ilişkisi literatürde bildirilmiştir.¹ Bizim hastamızda submandibular tükürük bezi taşına eşlik eden hipertroidili multinoduler guatr saptadık, ancak biz iki hastalık arasındaki ilişkiyi irdelleyen literatür bilgisine rastlayamadık.

Tükürük salgısını artırarak yapılan konservatif tedavi submandibular taşların spontan çıkmasına yardımcı olabilir. Bu amaçla hidrasyon, lokal ısı uygulaması, sub-

mandibular beze masaj ve tükürük salgısını artıran maddeler kullanılabilir. Cerrahi yaklaşım taşın büyüklüğüne ve lokalizasyonuna göre değişebilmektedir. Tükürük bezinin perihiler bölgesinde ya da ağız tabanı içinde yerleşen submandibular taşların tedavisinde transoral yaklaşım tercih edilmektedir ve oldukça düşük morbiditeye sahiptir.^{9,10} Proksimal kanal ya da parenkim içindeki taşlarda ise tüm risklerine rağmen sialoadenektomi cerrahisi uygulanmaktadır.¹¹ Bizim olgumuzda taşın yarısı spontan olarak çıkarken diğer yarısı da transoral yaklaşımla çıkarıldı.

Submandibular tükürük bezi taşları yaygın olmakla birlikte 3 cm üzerindeki taşlar oldukça seyrek olarak gözlenmektedir. Küçük taşlar konservatif yöntemler ile spontan olarak çıkarken, dev submandibular taşların spontan olarak çıkması sık gözlenen bir durum değildir. Büyük submandibular taşlarda, taşın lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre seçilen cerrahi yöntem başarılı bir tedavi sağlanmaktadır.

Kaynaklar

1. **Rice DH.** Noninflammatory, non-neoplastic disorder of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32: 835-43.
2. **Austin T, Davis J, Chan T.** Sialolithiasis of submandibular gland. *J Emerg Med* 2004; 26: 221-3.
3. **Sütay S, Erdağ TK, İkiz AÖ, Güneri EA.** Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 87-8.
4. **Williams MF.** Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32: 819-34.
5. **Yıldırım A.** A case of giant sialolith of submandibular salivary gland. *Ear Nose Throat J* 2004; 83: 360-1
6. **Paul D, Chauhan SR.** Salivary megalith with a sialo-cutaneous and a sialo-oral fistula: a case report. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 767-9.
7. **Akın I, Esmer N.** A Submandibular sialolith of unusual size: a case report. *J Otolaryngol* 1991; 20: 123-5.
8. **Karengera D, Yousefpour A, Reychler H.** Unusual elimination of a salivary calculus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27: 224-5.
9. **Zenk J, Constantinidis J, Al-Kadah B, Iro H.** Transoral removal of submandibular stones. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 432-6.
10. **McGurk M, Makdissi J, Brown JE.** Intra-oral removal of stones from the hilum of the submandibular gland: report of technique and morbidity. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 683-6.
11. **Norman JED.** The natural history of lithogenesis and sialolithiasis, acute sialosepsis and sialadenitis. In: Norman JEB, McGurk M, editors. Color atlas and text of the salivary glands. London: Mosby-Wolfe; 1995. p. 252-62.

İletişim Adresi: Dr. Hülya Eyigör
 Aydın Devlet Hastanesi
 Kulak Burun Boğaz Kliniği - AYDIN
 Tel: (0256) 213 90 00 / 261
 Faks: (0256) 214 83 95
 e-posta: bulinar@yahoo.com