

ANORMAL ŞEKİL ve BOYUTLARDA BİR SUBMANDİBULER TÜKRÜK BEZİ TAŞI

Nimetullah Esmer*

Istemihan Akın**

Tükrük bezi taşlarının büyük bir çoğunluğu Wharton kanalından orijin almaktadır. Thoma, 1965 yılında literatürü tarayarak, tükrük bezi taşlarının % 92'sinin Wharton kanalında bulunduğunu bildirmiştir (1,2). Stenon kanalından orijin almış tükrük bezi taşlarının oranı % 6, sublingual ve minör tükrük bezlerinde bulunan taşların oranı ise, aynı araştırmacı tarafından % 2 olarak bildirilmiştir. Levy ve arkadaşları 180 vakalık bir çalışmada, Wharton kanalında % 80, Stenon kanalında % 18 ve sublingual bez ile minör tükrük bezlerinde % 2 oranında taş ensidansına rastlamışlardır (1).

1926 yılında Harrison'un 375 vakalık bir tükrük bezi taşları serisi yayınlamasından sonra, değişik zamanlarda çeşitli boyutlarda taşlar rapor edilmiştir (3,4,5). Guersney 65 yaşındaki bir bayan hastada, senelerce farkedilmemiş 3 cm. boyunda bir tükrük bezi taşından bahsetmektedir (4). Literatürde bugüne kadar yayınlanmış diğer vakalar, intermitten ağrı ve şişlik yapmış olan tükrük bezi taşlarıdır (3,4,5,6). Bu tükrük bezi taşlarının boyları 30 - 64 mm. arasında değişmektedir.

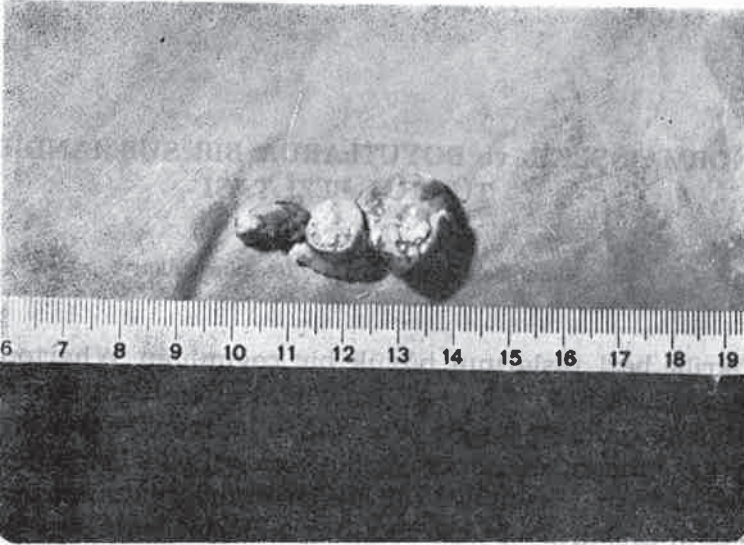
Bizim bu yazımızda bahsettiğimiz submandibuler tükrük bezi taşı, şimdiye kadar rastlanılmış olanlar içinde en büyük boyutlu olanlardan biridir (Resim 1).

VAKA TAKDİMİ

E.A. 1944 Rize doğumlu, evli ve yüksek okul mezunudur. Yaklaşık on yıldır sağ çenesinin altındaki şişlikten şikayetçiymiş. Giderek büyüme gösteren bu şişlik, yemek yeme sırasında ağrılı olmaya başlamış. Daha sonraları bu ağrılar sürekli bir hal almış.

* A.Ü. Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Başkanı

** A.Ü. Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi



Resim 1 : Submandibuler tükürük bezi taşının operasyondan sonraki görünümü

Hastanın öz ve soy geçmişinde bir özellik bulunmamaktaydı.

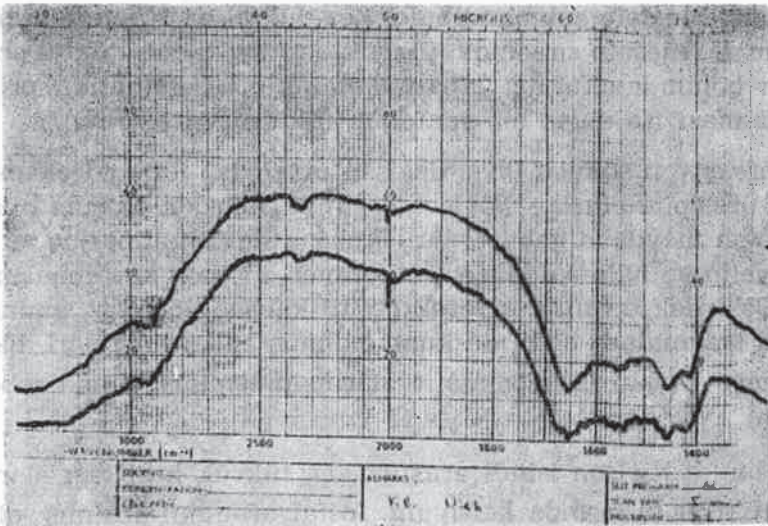
Hastaya detaylı sistemik ve kulak-burun-boğaz muayeneleri yapıldı. Sağ submandibuler bölgede 5x4 cm. boyutlarında sert, hareketli ve palpasyonla ağrılı kitle ele geliyordu. Hastanın vital bulguları ve sistemik muayene bulguları normaldi. TA : 120/70 mmHg, nabız : 80/dk., solunum : 16/dk., idi. PA Akciğer grafisi normal görünümdeydi ve EKG'de patolojik bulgu yoktu. Rutin kan ve idrar tetkikleri normal sınırlar içindeydi. AKŞ, total lipid, kolesterol ve üre sonuçları normal olarak bulundu. Hastaya bilateral submandibuler sialografi ve ultrasonografi yapıldı. Sialografide, bez içinde düzgün konturlu ve düşük dansitede izlenen kalsifiye kitlenin glanduler yapıyı perifere ittiği görülüyordu. İki saat sonra alınan geç radyografilerde opak maddenin bezde retansiyona uğradığı görüldü (Resim 2). Ultrasonografide sağ submandibuler bez içinde taş ekosu alındı.

Hasta genel anestezi altında opere edilerek, sağ submandibuler bez ve Wharton kanalının 1/3 proksimal bölümü ekstra-oral olarak ekstirpe edildi. Operasyon materyelinin histopatolojik incelemesinde «sialolitiasis ve buna bağlı tükürük bezinde kronik iltihabi olay, malign olay görülmemiştir» sonucu alındı. Hastada post-operatif komplikasyon olmadı ve sütürlerin alınmasını takiben şifa ile taburcu edildi.



Resim 2 : Taşın sialografik görünümü

Hastanın sağ submandibuler bezinden ekstirpe edilmiş olan tükürük bezi taşı 42x20 mm. boyutlarındaydı. İnfrared spektrofotometre ile yapılan kimyasal analiz sonucunda kalsiyum oksalat, kalsiyum fosfat ve çok az miktarda kalsiyum urat kristallerine rastlandı (Resim 3).



Resim 3 : Taşın infrared spektrofotometri yöntemi ile yapılmış kimyasal analiz trasesi

TARTIŞMA

Tükrük bezi taşlarının oluşumunda üç tane patolojinin rol oynaması gerekmektedir. Bu patolojiler tükrük salgısında staz, organik çekirdek oluşumu ve salgıdaki tuzların presipitasyonudur.

Tükrük bezlerinde olayların zincirleme bir şekilde başlaması, tükrük salgısında staza bağlı olarak gelişir. Stazın sonucunda daha yoğun bir şekilde birikerek statik sellüler duktal debris oluşumuna neden olur. Bu olay da duktal metaplazi gelişimine yol açar. Stazın oluşmasında azalmış tükrük salgısı, submandibuler kanalın özellik gösteren anatomik yapısı ve rekürren sialadenitlerin rolü vardır. Azalmış tükrük salgısı konjenital nedenlerden olabildiği gibi kabakulağa, dehidratasyona, debilitateye, cerrahi sonrası yetersiz oral bakıma, ilaçlara, allerjiye ve nöral orijine bağlı olarak gelişmektedir (7,8,9). Stazın oluşması ile asendan bakteriyel enfeksiyon riski artmaktadır. Enfeksiyonun etkisi ile daha ileri derecede duktal metaplazi ve staz oluşmakta, böylece olaylar bir kısır döngü halinde tekrar etmektedir (7). Tükrük bezindeki deformasyon sonucu sialektazi, duktazi ve asiner destrüksiyon meydana gelerek diğer etkenlerin de yardımı ile tükrük bezi taşları oluşmaktadır. Taşlar parsiyel obstrüksiyona sebep oldukları zaman, rekürren sialadenitler meydana gelmekte ve bez dokusu giderek atrofiye uğramaktadır (7,8).

Submandibuler bezin anatomik konumu taş oluşumu için çok elverişlidir. Bir defa submandibuler bez duktal orifisten belli bir uzaklıktadır. Bu mesafe sırasında, tükrük bezinin kanalı duktal orifise yakın bir bölümde akut açı yapar. Kanalın ana bölümünün, orifisinden geniş olması ise diğer bir anatomik faktördür (7,8,9).

Enfeksiyon sonucu Ph'sı değişen ortamda mukoid elemanlar ve tuzlar presipite olurlar. Böylece organik çekirdek oluşumu başlamıştır. Stazın meydana gelmesi bu olayların devam etmesine ve mukoid materyelin jel haline dönüşerek, laminer bir yapı kazanmasına sebep olur. Çekirdek etrafına giderek çeşitli karbonhidratlar, aminoasitler, fiziksel travmalara bağlı deskuame olmuş epitel hücreleri, bakteriler birikmeye başlar ve kalsiyum tuzlarını presipitasyonuna sebep olurlar (8,9).

Schmidt-Nielson isimli araştırmacı, tükrük bezi taşı olan hastalarda tükrük salgısında kalsiyum fosfat oranının azalmış olduğunu göstermiştir (1).

Küçük taşlar tükrük salgısının geçişine izin verdikleri için, tamamen semptomsuz olabilirler. Taşın boyu büyüdükçe tükrük akımı zorlaşacağı için, hastada yemeklerden önce başlayıp bir kaç saat süren intermittan ağrı ve şişlik meydana gelir. Taş tükrük bezi kanalını tam olarak tıkiyabilecek bir boyuta eriştiği zaman, tükrük salgısı durur. Salgının ve taşın asinilere ve bez dokuzlarına olan etkileri ile bu yapılarda destrüksiyon meydana gelir. Sonuçta bez fibrozise giderek fonksiyonunu kaybeder. Bakterilerin de olaya karışması sonucu enfeksiyon ve abse oluşumu görülür. Klinik muayenede bezin olduğu taraf şiş ve ağrılıdır. Abse meydana gelmişse bezin üzerini örten deride kızarıklık bulunur. Bezin üzerine elle tazyik edildiği zaman, duktal orifisden pürülan mayi gelir. Sublingual bezlerin enfeksiyonlarında, ağız tabanında şişlik ve dilin elevasyonu görülür.

Literatüre bakıldığında, tükrük bezi taşlarının büyük bir bölümünün Wharton kanalında yerleşmiş olduğu dikkati çekmektedir. Bu taşların boyutları hakkında çeşitli yazılar bulunmaktadır. Guersney 3 cm. boyundaki bir tükrük bezi taşından «dev tükrük bezi taşı» diye bahsetmektedir (4). Bugüne kadar değişik yazarlar çeşitli büyüklüklerde tükrük bezi taşlarından bahsetmişlerdir (4,5,6). Fiamminghi ve arkadaşları 3 cm. boyundaki bir taşı, şimdiye kadar rastladıkları en büyük boyutlu taş olarak sunmuşlardır (6).

Bizim bu makalede sunmuş olduğumuz tükrük bezi taşı büyük boyutlu olduğu kadar, submandibuler bezin içine tam olarak yerleşmesi açısından da ilgi çekici bulunmuştur. Taşın submandibuler bez içinde kalan bölümü masif bir kitle şeklini almış ve bezin parenkimasına bası yaparak büyük ölçüde destrüksiyona sebep olmuştur.

Teşhiste anamnez, fizik muayene ve radyografik tetkikler önemlidir. tükrük bezi taşlarının % 50'si opakdır. Geriye kalanın % 20'sinde henüz yeterli kalsifikasyon gelişmemiştir. % 30 ise çevredeki radyopak yapılar ile süperpoze olduğu için belli olmamaktadır. Bu yüzden sialografik ve ultrasonografik tetkikler, taşın teşhisine gitmede çok değerlidirler (8,9).

Submandibuler tükrük bezine ait taşlar intra-oral veya ekstra-oral tekniklerle ekstirpe cerrahi girişim tercih edilir. Bezde fonksiyon bozukluğu meydana gelmişse ve tükrük bezi taşı bezin içinde yerleşim gösteriyorsa, ekstra-oral cerrahi girişim ile taş ve beze müdahale edilir (7,8).

ÖZET

Submandibuler bezin disfonksiyonuna yol açan etkenler içinde taş oluşumu sanıldığından daha sık rastlanan bir patolojidir. Tükrük bezi taşları klinik semptomatolojileri, etyo-patolojileri ve tedavileri açısından yıllardan beri ilgi çeken konulardan olmuştur. Biz bu yazımızda, anormal şekil ve boyutlarda rastladığımız bir submandibuler tükrük bezi taşından, literatürün de ışığı altında bahsetmekteyiz.

SUMMARY

A Submandibular Gland Calculus Of Abnormal Shape And Size

Among the causes of dysfunction of the submandibular gland, sialolith formation is more than it has been considered. Sialoliths, along with their clinical symptomatology, etio-patogenesis and treatment have been the point of interest for many years. In this article, we report one of the largest sialoliths of the submandibular gland, that has abnormal size and shape, with review of the literature.

LİTERATÜR

1. Raksin Sanley Z., Steven Gould M., Williams Arthur C. : Submandibular duct sialolith of unusual size and shape. J. Oral Surgery. 33 : 142-145. 1975.
2. Thoma K.H. : Thoma's Oral Pathology. C.V. Mosby Co., 6th edition. pp : 997-1002, 1970.
3. Allen N.E. : A Sialolith Within the Submaxillary Duct and Gland; Report of case. Oral Surg. 14 : 65, 1965.
4. Guersney L.H. : Giant sialolith; Report of a case. Oral Surg. 6 : 1230, 1953.
5. Knight W.O. : Sialolithiasis and Sialadenitis of a Minor Salivary Gland. Report of case. J. Oral Surg. 30 : 370-372, 1972.
6. Fiamminghi L., Brusati R. : Large Calculus of the Submandibular Gland; Report of case. J. Oral Surg. 31 : 710, 1962.
7. Travis L.W., Hect D.W. : Acute and Chronic Inflammatory Diseases of the Salivary Glands. Otolaryn. Clin. North Amer. Vol. : 10, No. : 2, (329-338), 1972.
8. Kruger G.O. : Sialolithotomy. American Family Physician. 5 : 3 (116-121), 1972.
9. Grünebaum M., Ziv N., Mankuta D.J. : Submaxillary Sialadenitis with a Calculus in Infancy Diagnosed by Ultrasonography. Pediatr. Radiol. 15 : 191-192, 1985.