

PAROTİS PATOLOJİSİNDE SİYALOGRAFİNİN ÖNEMİ

Cihat Borçbakan*

Serdar Gültan**

Nedim Savacı**

Parotis'in akut iltihapları dışında; taş, kronik iltihapları ve tümörlerinin tanımında siyalografi, tümörün ve taşın lokalizasyonunu ve büyüklüğünü saptamak bakımından oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Akut iltihaplarda siyalografi kullanılmamalıdır. Parotisin homojen şişliklerinde (Kronik parotitis) palpasyonda ele ayrıca bir tümör kitlesi gelmemektedir. Buna karşın bezin iyi huylu tümörleri ile kötü huylu tümörlerinde normalde palpabl olmayan parotiste bir kit- le ele gelmektedir. İyi huylu tümörlerde ki % 85 mixt tümör % 10 ka- darı whartin tümörü (Papillary Cystadenoma Lymphomatosun) kalan % 5 de diğer tümörler (Adenoma, adenit kist v.s) dir. İyi huylu tü- mörler ne kadar büyürlerse büyüsünler facial paraliziye neden ol- mazlar. Halbuki kötü huylu tümörler veya kötü huylu tümöre dön- müş mixt tümörler az çok bir facial paraliziye neden olurlar. Burada başlangıçta diğer belirtiler yanında facial paralizi belirli olmayabilir. Bu gibi olgularda parotis üzerine parmakla basılınca yüzde bir spazm hasıl olabilir. Parotis patolojisinde basit radyografinin pek yararlı ol- mamasından dolayı tükrük bezi kanalına radyopak bir madde (Lipio- dol) verildikten sonra radyografi edilmesi tekniğine siyalografi ismi verilir.

Aşağı yukarı 60 yıllık bir mazisi olan siyalografi bilhassa irritan olmayan kontrast maddelerin bulunmasıyla daha geniş kullanım ola- nağı bulmuştur. Burada iyi sonuç alınabilmesi için kanal ve kanali- küllerde yoğunlaşmanın yeterli olması ve bunların travmatize edilme- mesi icabeder. Teknikte kullanılan yoğun maddenin irritan olmaması nedeniyle bu metod klinikte sık olarak kullanılmaktadır. Bazılarına göre bu yardımcı tanım metodunun tanımda değeri münakaşalı ise de yine buna rağmen birçok klinikte kullanılmaktadır. Bizde kliniği- mizde 40 yıla yakın bir zamandır parotis patolojisinde tanım aracı ola-

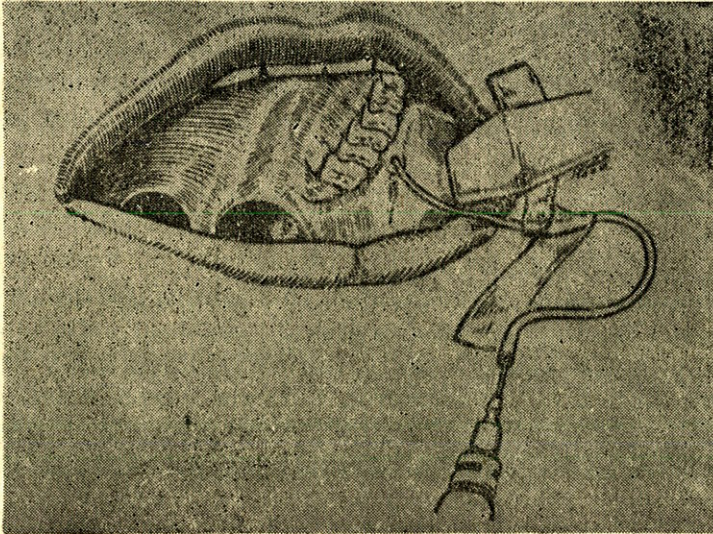
* Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Profesörü

** Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Araştırma Görevlisi

arak kullanılmaktadır. Burada önemli olan diğer klinik bilgilerle karşılaştırarak radyografinin değerlendirilebilmesidir. Bunun içinde cerrahın radyografi değerlendirmede tekniğinin iyi bilmesi icabettiğini vurgulamak lazımdır.

MATERYAL VE METOD

Stenon kanalının kateterize edilmeden bazıları % 2 novakain solüsyonu ile kanalın ağza açıldığı papillanın anestezi edilmesini sağlarlar. Çok duyarlı kişiler dışında ekseriya buna lüzum yoktur. Ağız içinde 1.-2. üst molar diş hizası yanak mukozasına açılmış olan stenon kanalı ağzını örten papilla hasta yatar vaziyette ve bol ışık altında irrite etmeden itilerek kanal ağzı bulunur. Ucu yuvarlak ince bir sonda veya ucu sonda başı gibi yuvarlak özel siyalografi iğnesi kanala sokulur bu sokuş kanal istikameti düşünülerek evvela içerden dışarı doğru sonra maseter ön kenar dış yüzüne gelince sonda veya iğnenin sapı karşı dudak birleşimi hizasına getirilerek ucu önden arkaya parotise doğru sürülür. Eğer özel iğne yoksa böylece sonra ile kanal dilate edilmiş olur. Bundan sonra sonda çıkarılarak genişlemiş olan kanala ucu kalemvari kesilmiş steril 2 mm çapında polietilen bir tüp sokulur ve hastayı rahatsız etmeyecek şekilde kabil olduğu kadar ileri sürülür. Bundan sonra kateterin diğer ucu ağız köşesinden döndürülerek yanak cildine bir flasterle tesbit edilir (Şekil : 1). Bir enjektöre



Şekil 1 : Parotis kanalına sokulan kateter ve radyopak madde şırıngası (Anderson'dan)

çekilen 3 cc lipiodol kateterin ucundan verilmeye başlanır. Ve hasta o taraf parotisinde bir gerginlik hissedinceye kadar ilaç boşaltılmaya devam edilir. Normalde 1,5 - 2,5 cc ilaç bu iş için yeterlidir. Bazı anormal kanalın dilate olduğu vakalarda daha fazla lipiodola ihtiyaç duyulabilir. Buna karşın cerahat dolu kanaliküllü olgularda daha az radyopak madde şırınga edilebilir.

Bundan sonra hemen önden ve yandan olmak üzere iki film çekilir ve okunur. Eğer radyopak madde az gelmiş ise biraz daha verilerek durum kontrol edilir. İstenirse saatte bir film çekilerek parotisteki boşalmada kontrol edilebilir. Bu halde kateterin dış ucuna bir tüp tutularak gelen tükürüğün miktarı ölçülür. Normalde 15 dakikada 1 cc tükürüğün boşalması lazımdır. Eğer bu akış daha yavaş ise o zaman dile bir kaç damla limon damlatılarak bu akış stimüle edilir.

Sonda veya kateterin kanala sokulması esnasında kanalın normal olup olmadığı hakkında bir fikir edinilebilir. Daralma ve genişleme halleri kolayca anlaşılabilir. Diğer taraftan kontrast maddenin kolayca enjekte edilebildiği miktarla bezin kapasitesi hakkında bilgi edinilmiş olur. Bizzat bez içinde kanal daralmasının kontrolü yapılarak parankima hakkında bilgi sahibi olunur. Nihayet verilen ilacın boşalma zamanı tayin edilebilir (Tablo - I,II,III, IV).

Tablo I : 60 vakalık serimizde Parotis bezi şişliklerindeki bulgularımız.

Bulgular	Hasta Sayısı	%
İyi huylu tümörler	33	55
İltihabi tümörler	15	25
Kötü huylu tümörler	12	20

Tablo II : 33 iyi huylu tümörün dökümü.

Bulgular	E	K	Sağ	Sol	Toplam
Mixt tümör	14	8	12	10	22
Whartin tümörü	4	—	2	2	4
Kist	1	1	1	1	2
Hemanjiom	3	2	3	2	5

Tablo III : 15 iltihabi tümörün dökümü.

Bulgular	E	K	Sağ	Sol	Toplam
Akut	1	1	1	1	2
Kronik	2	2	4	—	4
Tbc	1	4	5	—	5
Miculitz	1	1	Bilateral		2
Sjögren	1	1	1	1	2

Tablo IV : 12 kötü huylu tümörün dökümü.

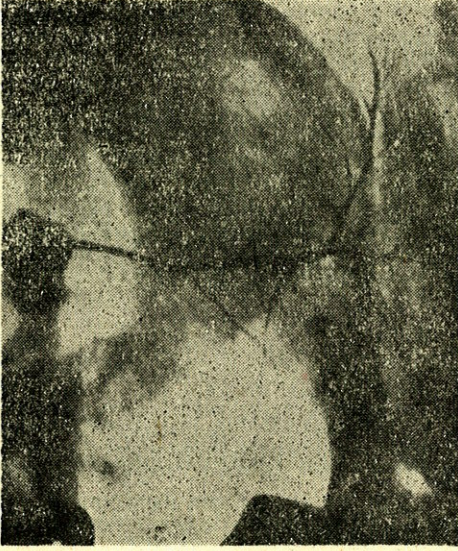
Bulgular	E	K	Sağ	Sol	Toplam
Malign Mixt Tümör	3	1	2	2	4
Yassı Epitel Ca.	3	2	2	3	5
Lenfoma	—	2	2	—	2
Metastatik Ca.	1	—	1	—	1

TARTIŞMA

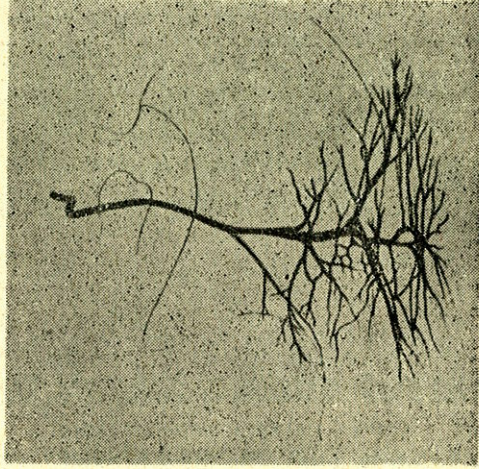
Alınan radyogramda normalde stemon kanalı homojen iyi sınırlı 1 mm genişliğinde radyopak madde ile dolmuş üst ikinci molar dişten ramusun arka kenarına kadar düz olarak uzanır. Yalnız yanağın ön kısmından kanalın dönüşünü gösteren bir çentik yapar. Bazen glandın maseteriyen aksesuar lobunun bulunduğu nadir hallerde ramus ortasında lingula mandibula hizasında kanalın bu lob kanalında bir dal verdiği görülebilir. Nihayet ramus arka kenarına bez içine giren kanal gittikçe daralır ve ramifikasyonlar gösterir (Şekil - 2). Bu radyografilerde normalde asinilerin görülmesi kabil değildir.

PATOLOJİK GÖRÜNÜMLER

Siyalodoşit vakalarında stemon kanalı hafifçe genişlemiş olarak görülür. Kanal ve kanalcık sisteminin anormal gelişimi genel nedenlere bağlı distrofik bozukluklarda görülür ve major tükrük bezlerinin hepsini birden alakadar eder. Özellikle parotiste bilateral bir şişme şeklinde kendisini gösterir. Alkoliklerle oburlarda bazen diyabetiklerde görülen parotidomegalide kanaliküller tipte hipertrofi katagorisine girer.

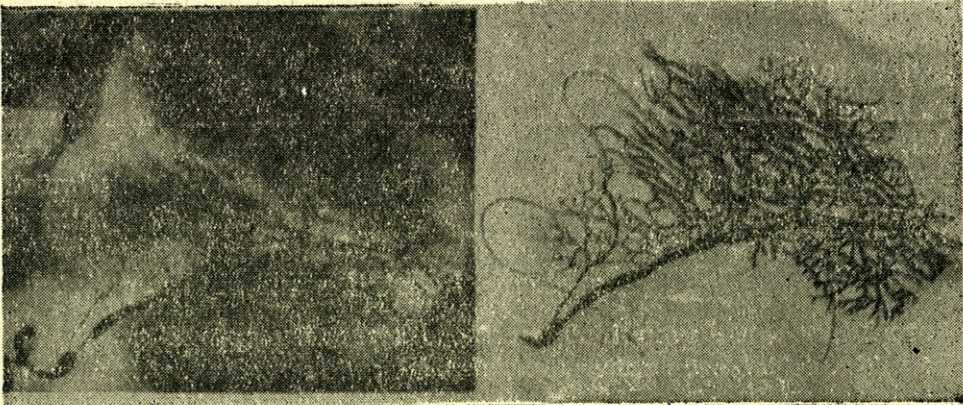


Şekil 2 : a) Normal siyalografik görünüm

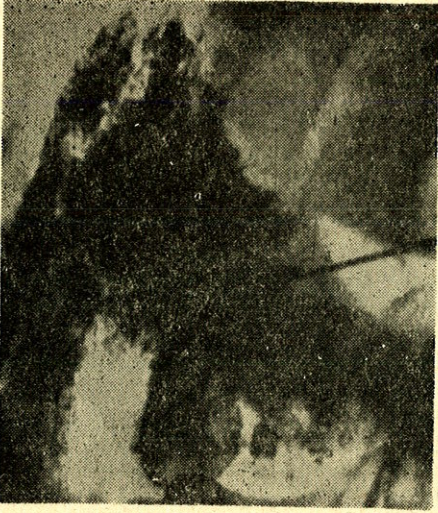


Şekil 2 : b) Şeması (Lavden Bach'dan)

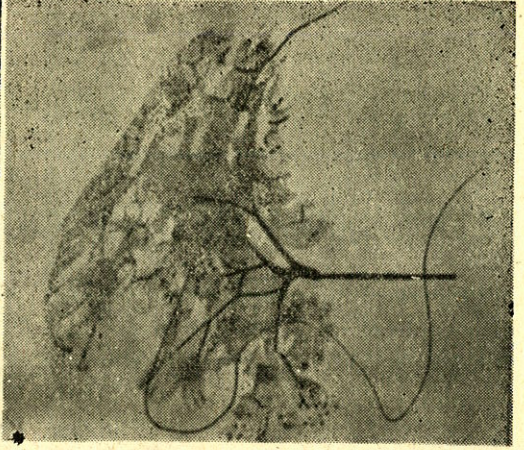
Keza yaşlılarda kanaliküller tipte değişmeler görülür (Şekil - 3). Bunlarda kanal ve kanaliküllerde özellikle 3. derecedeki kanalcıklar- da genişleme görülebilir. Esas ana kanalların ve 1. derecede ayrılan ka- nalların dilatasyonu bazen gayrimuntazam olur ve yer yer kesilmiş gibi daralmalar gösterebilir. Bu yüzden asini kanaliküller parankim sistemi de iyi dolmadığından iyi seçilemez. Böyle bir gölge karşısında tanım koymak oldukça zordur (Şekil - 4). Bünyevi distrofi nöromus-



Şekil 3 : Yaşlılarda kanal genişlemesi (Lavden Bach'dan)



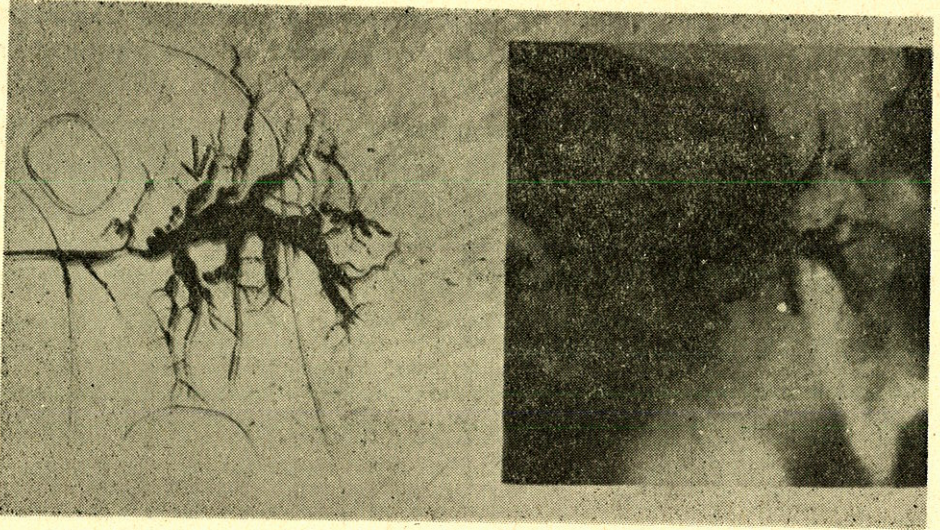
Şekil 4 : a) Parankimde nizamsız yoğunlaşma (subegü lezyonlarda)



Şekil 4 : b) (Lavden Bach'dan)

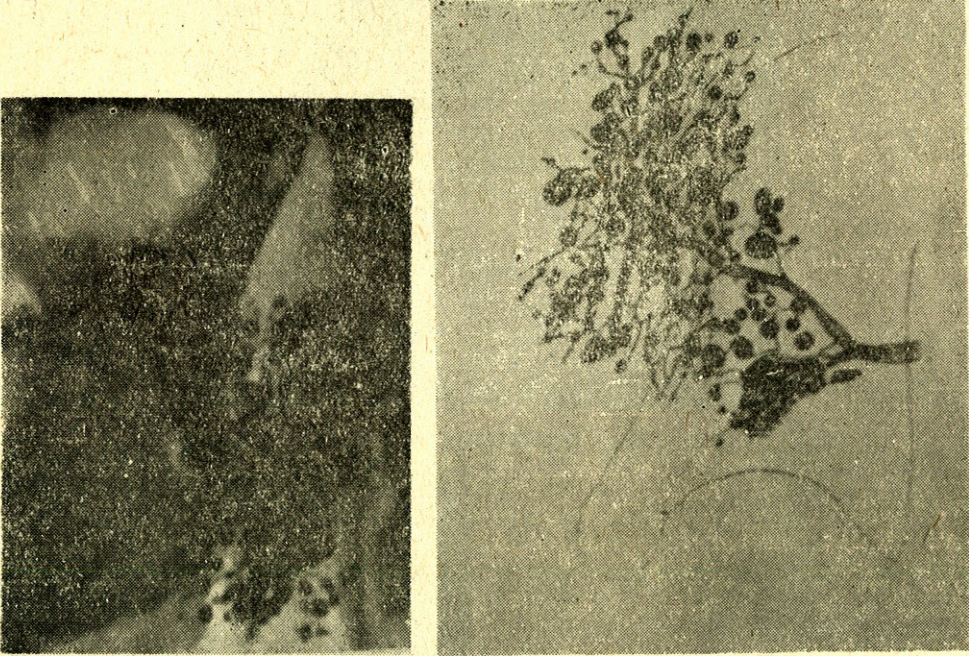
kuler refleks, dilatasyon, kronik kanaliküler infeksiyonu (Taş veya travma sonucu) iltihabi stenoz skatrisyel vakasına göre sonuçlanır.

Azda olsa bütün kanal genişlemelerinde taşın şüphe edilmelidir. Burada dilatasyon şekilde görüldüğü gibi taşın üst tarafındadır ve karakteristikdir (Şekil : 5).



Şekil 5 : Taşın üst kısmında kanal genişlemesi (Lavdan Bach'dan)

Parotis bezi kronik iltihaplarında bazen bütün bezi kaplayan bir yoğunluk bazen de üzüm salkımı gibi bir görünüm alınır ki kanaatimize göre bu olguların eskiliğine ve yeniliğine göre değişmektedir. Yeni vakalarda daha ziyade üzüm salkımı (Şekil : 6). Eski vakalarda koyu bir yoğunluk görülmektedir (Şekil : 7).



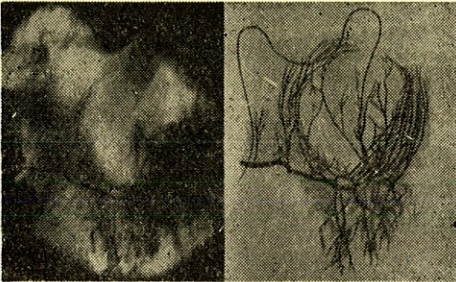
Şekil 6 : Kronik parotiditte üzüm salkımı görünümü (Lavden Bach'dan)

Tümörlerde bilhassa mixt tümörlerde kanallar itilmiş bir vaziyette ayrı bir kitle halinde görülür. Burada kistlerde, adenomlarda ve intraglandüler adenomlarda görünüm aynıdır. (Şekil : 8). Kötü huylu tümörlerde ise lezyon iyi sınırlanmamış lakünler ve lipiyodolün dağılmasında düzensizlik vardır.

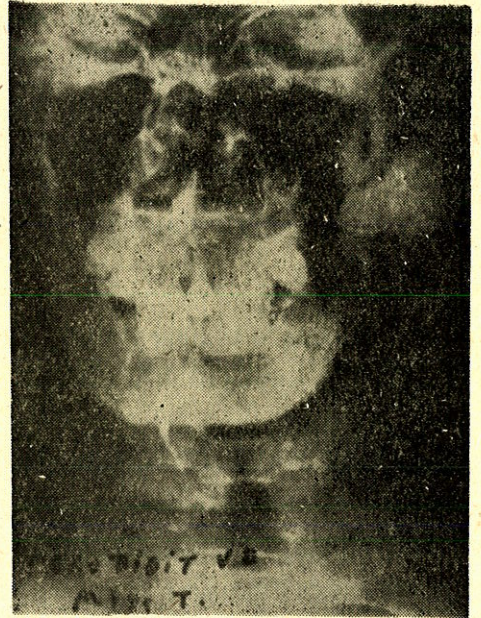
Mikuliç hastalığı ve sjogren sendromunda biz bir özellik göremedik. Görünüm tamamıyla kronik parotidit görünümüydü. Oysa P. LAUDEN BACH ve arkadaşları burada bazı özellikler gördüklerini söylemektedirler



Şekil 7 : Kronik parotiditte yoğunluğun artması (Lavden Bach'dan)



Şekil 8 : a) İy huylu tümörlerde görünüm
(Lavden Bach'dan)



Şekil 8 : b) İy huylu tümörlerde görünüm
(C. Borçbakan'dan)

ÖZET

Parotis patolojisinde basit radyografinin pek yararlı olmamasından dolayı tükrük bezi kanalına radyopak madde (Lipidol) verildikten sonra radyografi çekilmesi tekniğine sialografi denir. Parotisin akut iltihapları dışında, taş kronik iltihapları ve tümörlerinin tanınmasında sialografi; kitlenin lokalizasyonunu ve büyüklüğünü saptamak bakımından oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Burda önemli olan diğer klinik bilgilerle karşılaştırarak radyografinin değerlendirilebilmesidir.

SUMMARY

The Validity of Sialographic Examination in Parotis Pathology

Simple direct radiological examination does not contribute too much. For the identification of pathological processes of parotis gland. In this paper the authors have emphasized the validity of radiological examination of the parotis gland after injection of radiopaque substance (lipiodal) through the salivary duct. This method has the advantage for the identification of stones, chronic inflammation and tumors but hazardous for the acute inflammation of the gland.

KAYNAKLAR

1. Anderson R, Byars LT : Surgery of the parotid gland. Saint Louis 1965 Mosby Comp 1. baskı.
2. Bely J, Authier P : Sialografik et scintigraphic, rev. de st. 74 : 671-676, 1973.
3. Borçbakan C : Kronik parotiditler, Gülhane ask. tıp akd. bülten 4 : 8-15, 1959.
4. Esmer N : Tükrük bezi hastalıklarında sialografinin tanı yönünden değeri, A.Ü. Tıp Fak. Mec. 6 : supplement, 1974.
5. Hendrick J, Grande W, Marvin LM : Salivary tissue neoplasm, 81 : 375-586, 1951.
6. Lachard J ve ark. : Contribution a l'etude d'une technique nouvelle d'exploration des gland salivaires, la scintigraphic, rev. stom., 70 : 54-63, 1969.

7. Lavdan BP. ve ark. : Essai de semiologie sialographique, rev. stom., 70 : 19-63, 1969.
8. Lavdan BP. ve ark. : Aspects sialographique des cystadenolympho-papillaries de parotide, Rev. Stom., 70 : 352-358, 1969.
9. Popescu V, Radulescu M : La valeur semiologique de la sialographie pour la diagnostic des gland sallivaries, Acta stom. internationale 5 : 13-37, 1984.