

Sialolitlerin Tanı ve Tedavisi

Diagnosis and Treatment of Sialoliths: Three Case Reports

Hüseyin KOCA,^a
Esin ALPÖZ,^b
Cemal Aydın SARAÇ,^a
Ahmet Yiğit HEPŞENOL,^a
Turgay SEÇKİN^a

^aAğız Diş Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi AD,

^bOral Diağnoz ve Radyoloji AD,
Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 21.10.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 12.01.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:

Esin ALPÖZ
Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi,
Oral Diağnoz ve Radyoloji AD,
İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
esinalpz@yahoo.com

ÖZET Sialolitler majör veya minör tükürük bezlerinin parankimal dokularında veya kanallarında oluşan kalsifiye kitlelerdir. Bu çalışmada amaç, farklı semptomları ve lokalizasyonları olan sialolitlerin tanı ve tedavi planlamasını sunmaktır. Sialolitlerin tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemler üç farklı olgunun ışığı altında tartışılmaktadır. Sonuç olarak sialolitlerin doğru tanı ve tedavi planlamasında diş hekiminin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tükürük bezi taşı; tanı; tükürük kanalı taşı

ABSTRACT Sialoliths are defined as calcified masses which occur in parenchymal tissues or canals of major or minor salivary glands. The aim of this case report was to present the diagnosis and treatment planning of sialoliths with different symptoms and localizations. In the present report different techniques used in the diagnosis and treatment of salivary stones are discussed in light of three cases and important role of dentists in the correct diagnosis and treatment planning of sialoliths is emphasized.

Key Words: Salivary gland calculi; diagnosis; salivary duct calculi

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2009;15(3):228-33

Sialolitler büyük veya küçük tükürük bezlerinin parankim ya da boşaltma kanallarında oluşan kalsifiye birikimler olarak tanımlanmaktadır.¹⁻⁵ Sialolitlerin oluşumu ile ilgili bilgiler yetersiz olmasına rağmen, kalsiyum ve fosfat iyonlarının aşırı sekresyonunun önemli rol oynadığı düşünülmektedir.³⁻⁸ Sialolitler genelde açık sarı renkte olup oval, yuvarlak veya silindirik şekillerde olabilirler. Sialolitlerin yapısında %74.3 kalsiyum fosfat, %11.1 kalsiyum karbonat, %6.2 eriyebilen tuz, %6.2 organik tuz ve %2.2 oranında su bulunmaktadır.^{3,6,8,9}

Sialolitler en fazla submandibüler bezde veya kanalında bulunur. İkincil olarak parotis bezi veya kanalında görülür. Sublingual bez ve kanalında taş oluşumu ise çok sık değildir.⁹⁻¹² Sialolitler, sıklıkla tükürük bezi kanalında bir tıkanma yaratarak özellikle yemek sırasında bezin ve kanalın şişmesine neden olur. Tükürük akışının azalması ise sekonder enfeksiyonu hazırlar. Bezin içindeki basıncın artmasıyla, gittikçe şiddetlenen ağrı patolojik duruma eşlik eder. Boşaltma kanalının ağzı ödemli, kızamık ve hassastır.^{5-7,12-16}

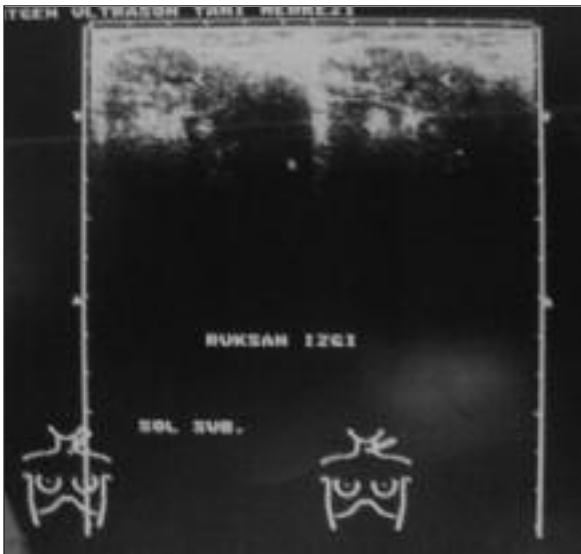
Sialolitler konumlarına göre anterior, posterior ve intraglandüler olarak sınıflandırılır. Anterorda yerleşmiş olan sialolit elle manipüle edilerek dışarı alınabilir. Posteriorda lokalize olanları çıkartmak için kanal boyunca ensizyon yapmak gerekir. Bezin içindeki sialolitler yangısal olaylara ya da parankimde dejenerasyona neden olursa bez tümü ile çıkarılır.^{10,12,15}

Çalışmamızda, Wharton ve Stenon kanallarında taş bulunan üç olgunun ışığı altında sialolitlerin patogenezi ve operatif tedavisi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

Elli altı yaşındaki kadın olgu kliniğimize gelmeden önce çene altında şişlik, ağız kuruluğu ve ağrı şikâyeti ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Polikliniğine başvurmuştur. Olgudan alınan ultrasonografik (USG) görüntüde sialolite benzer yapıya rastlanmamıştır (Resim 1). Bunun üzerine takibe alınan olguya enfeksiyon nedeni ile antibiyoterapi uygulanmaya başlanmıştır. Olgu Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine başvurduğunda daha önceki şikâyetlerine ek olarak ağız tabanının seviyesinin sol tarafta yükseldiği saptanmıştır. Yemek yerken şişliğin arttığını belirten olgudan oklüzal ve lateral grafi alınmıştır (Resim 2, 3). Olgunun lateral ve oklüzal radyografileri değerlendirildiğin-



RESİM 1: Olgunun kalsifiye kitlesini göstermeyen ultrasonografi görüntüsü.



RESİM 2: Sialolit molar dişlerin köklerine süperpoze olmuş radyografik görüntüsü.

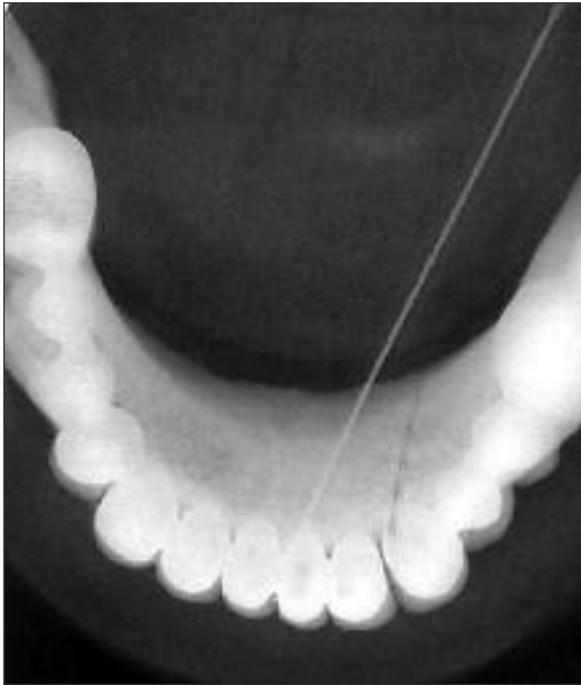


RESİM 3: Sialolit oklüzal grafi.

de sağ alt 1. ve 2. molar dişler hizasında, Wharton kanalında kanin diş büyüklüğünde sialolit saptanmıştır. Olgu, cerrahi kliniğinde operasyona alınmıştır (Resim 4). Kanal üzerinden geçecek şekilde 1 cm uzunluğunda ensizyon yapılarak sialolit kanal içinden çıkartılmıştır. Kanala 1 mm çaplı kateter yer-



RESİM 4: Cerrahi olarak çıkartılmış sialolit.



RESİM 5: Operasyon sonrası alınan oklüzal grafi.

leştirilerek yara primer kapatılmıştır (Resim 5). Bir hafta sonra dikişler alınıp ve tükürük akımının normal olduğu gözlenmiştir.

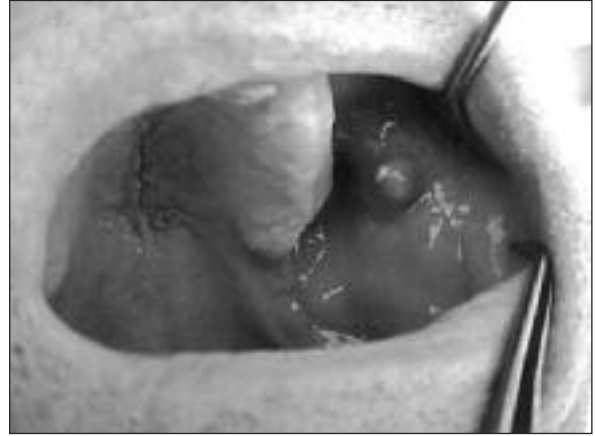
OLGU 2

Sol yanak bölgesinde zaman zaman oluşan şişlik nedeniyle kliniğimize başvuran 60 yaşındaki total dişsiz olgunun klinik bakışında Stenon kanalının trajesine uyan bölgede yanak içerisinde sert bir kitle saptanmıştır (Resim 6). Sol lateral grafi alınarak taşın lokalizasyonu radyografik olarak belirlenmiş-

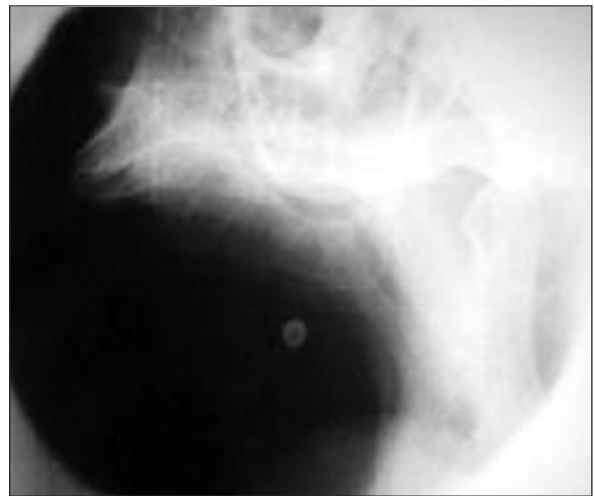
tir (Resim 7). Daha sonra Cerrahi kliniğinde sialolit bimanüel olarak kanal ağzına getirilerek noninvaziv yöntemle dışarı alınmıştır (Resim 8). Olgunun 15 gün sonraki kontrolünde hiçbir şikâyetinin kalmadığı görülmüştür.

OLGU 3

Kırk yedi yaşındaki kadın olgu, Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine ağız tabanındaki şişlik ve ağrı şikâyeti ile başvurmuştur. Olgunun klinik muayenesinde ağız tabanında solid ve diffüz bir kitle saptanmıştır. Oklüzal ve panoramik radyografilerde submandibular tükürük bezinde birbirinden bağımsız üç farklı sialolit saptanmıştır (Resim 9, 10). Lokal anestezi altında sialolitler sialodokoplasti uy-



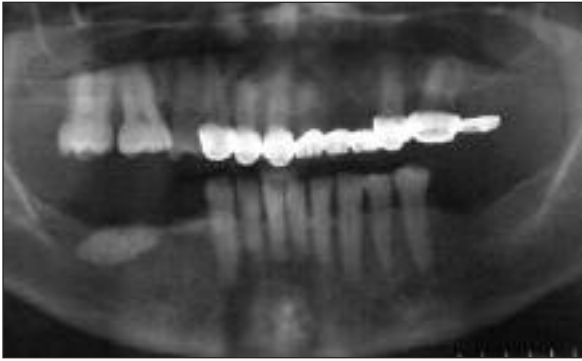
RESİM 6: Olgunun klinik görüntüsü.



RESİM 7: Sialolit radyografik görüntüsü.



RESİM 8: Bimanual palpasyon ile çıkarılan sialolit.



RESİM 9: Sialolitlerin panoramik görüntüsü.

gulanarak operasyonla çıkartılmıştır (Resim 11, 12). Operasyondan bir hafta sonra yapılan kontrollerde olgunun hiçbir şikâyeti olmadığı ve tükürük akışının normal düzeyde olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Organizmada özellikle safra kesesi ve submandibular tükürük bezinde daha sık olmakla birlikte, parotis, küçük tükürük bezleri, pankreas ve akciğerlerde kalsifiye birikimlere rastlanmaktadır.^{3-7,15}

Sialolit, tükürük bezleri hastalığı olup, %80'den fazlası submandibular tükürük bezinde oluşmakta ve sıklıkla erkeklerde görülmektedir.^{6,16-19} Submandibular tükürük bezi diğer tükürük bezlerine oranla daha uzun kanala sahiptir ve bu bezin salgıladığı tükürüğün kalitesi de farklıdır. Tükürüğün daha fazla mukus içermesi, yüksek alkaliteye sahip oluşu, kalsiyum ve fosfat tuzlarının fazlalığı da bu bezde



RESİM 10: Sialolitlerin okluzal görüntüsü.



RESİM 11: Operasyon sonrası çıkarılan sialolitler.



RESİM 12: Sialoduktoplasti uygulanarak yerleştirilmiş olan silikon kateterin görüntüsü.

daha sık sialolit oluşumuna neden olan etkenlerdir.^{1,5} Ayrıca, Wharton kanalının Stenon kanalına oranla daha dar yapıda olması taşların oluşumuna neden olabilmektedir. Submandibular kanalda sialolit oluşumuna yatkın bir alan daha bulunmaktadır. Bu alan miyelohiyoid bezin arka sınırında submandibular bezin hilusu olarak tanımlanmaktadır. Literatürle uyumlu olarak, olgularımızın 2'si submandibular sialolitlerdir.^{3-6,20,21}

Submandibular sialolitler küresel, yuvarlak ya da bizim olgularımızda olduğu gibi kanalın formuna uygun olarak uzamış şekilde oluşmaktadır.¹ Sialolitler genellikle milimetre cinsinden ölçülecek kadar küçük olmalarına rağmen literatürde nadir de olsa birkaç santimetrelik sialolitlerin varlığından söz edilmektedir. Birinci olgumuzda Wharton kanalından çıkarılan taş 23.10 mm'dir

Sialolitlerin en yaygın semptomu, yemek sırasında veya sonrasında tekrarlayan ağrı ve şişliklerdir. Tükürük bezi kanalının sürekli tıkanıklığı akut ya da kronik sialolitiazise neden olmaktadır. Sialolitiazis sialolitlere benzer komplikasyonlara sahiptir.^{3,12,17-20} Tükürük bezi kanalının tamamen tıkalı olduğu nadir olgularda inflamasyon ve fibrozis izlenmekte ve taşın alınmasının ardından bile ilgili bölgenin şişliği devam edebilmektedir.^{1,6}

Literatürde submandibular sialolitlerin görülme sıklığının %80'in üzerinde olduğu belirtilmektedir.^{1-9,18-20} Çalışmamızdaki 3 olgunun 2'sinin de bu bulgulara uygun olarak Wharton kanalında olduğu saptanmıştır.

Majör tükürük bezi hastalıklarının tetkikinde anamnez, inspeksiyon, palpasyon ve tükürük akış miktarının ölçümü önem taşımaktadır. Ancak tüm bu klinik değerlendirmelere ek olarak radyografi, sialografi, USG ve sintigrafi yöntemlerinden de yararlanılmaktadır.^{1,9-11,14} Sunulan olgularda da sialolitlerin lokalizasyonu konvansiyonel radyografik yöntemlerle (oklüzal, lateral grafi) saptanmıştır. Ancak Olgu 1'de sunulan submandibular kanalda

lokalize tükürük taşı daha önceden yapılan USG'de saptanamamış ve şikâyetlerinin artması nedeni ile diş hekimliği fakültesine yönlendirilen olgunun klinik ve radyografik tetkiklerinde sialolit saptanmıştır. Bu olgu tükürük bezi taşlarının teşhis, tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımın önemini sergilemesi nedeni ile önem taşımaktadır.

Sialolitlerin tedavisinde farklı yöntemler bulunmaktadır.^{1,3,10,12,16} Bu yöntemler taşın lokalizasyonuna bağlı olarak uygulanmaktadır. Sialolit kanal ağzının önüne yakın olması ve enfeksiyon olmaması durumunda sialolit el manipulasyonu ile çıkartılabilir. Ancak posteriora lokalize olmuş taşlarda submandibular eksizyon önerilmektedir. Sunulan olgularımızda submandibular sialolit operasyon ile parotis bezinin sialoliti ise kompresyon yöntemi kullanılarak çıkartılmıştır. Büyük olan ve submandibular kanalda posterior yerleşim gösteren diğer sialolitler ise operatif olarak çıkartılmıştır. Kanala 1 mm çaplı lastik kateter yerleştirerek 1 haftada komplikasyonsuz iyileşme sağlanmıştır.

Literatürde sialolitlerin semptomatik olmasa bile mutlaka alınması önerilmektedir.^{3,17-20}

Panoramik radyografi, USG, sintigrafi, sialografi ve videoendoskopi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme sialolitlerin tanısında kullanılan yöntemlerdir.^{8,10-12,14} Sunulan olgularda panoramik radyografi kullanılmıştır. Birinci olgumuzda opere edilen sialolit diş hekimine başvurmadan önce alınan USG görüntülerinde saptanamamıştır. Bu durum, doğru tanı için radyografik görüntüleme tekniklerinin yanı sıra olguların semptomlarının da gerekli olduğunu göstermektedir.

Odontojen enfeksiyonlara benzer bulgular gösterebilen sialolitler, farklı radyografik yöntemlerle, eksiksiz anamnez ve klinik muayene ile kolayca teşhis edilebilmekte ve uygun yöntemlerle yapılan tedavisi olumlu sonuçlar vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Baumash HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(3):369-78.
2. Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin AM. Pediatric sialolithiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90(6):709-12.
3. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19(3):135-8.
4. Enver Ö. 3Sialolithiasis. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(36): 42-4.
5. Cawson RA, Odell EW. *Essentials of Oral Pathology and Medicine*. 6th ed. London: Churchill Livingstone; 1998. p. 239-40.
6. Sutay S, Erdag TK, İkiz AO, Guneri EA. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(4):587-8.
7. Mandel ID. Histochemical and biochemical aspects of calculus formation. *J Am Soc Periodontol* 1963;1:43-52.
8. Tandler B. Electron microscopical observations on early sialoliths in a human submaxillary gland. *Arch Oral Biol* 1965;10(3): 509-22.
9. Bruneton JN, Mourou MY. Ultrasound in salivary gland disease. *J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1993;55(5):284-9.
10. Gundlach P, Hopf J, Linnarz M. Introduction of a new diagnostic procedure: salivary duct endoscopy (sialendoscopy) clinical evaluation of sialendoscopy, sialography, and X-ray imaging. *Endosc Surg Allied Technol* 1994;2(6):294-6.
11. Haug RH, Bradrick JP, Indresano AT. Xeroradiography in the diagnosis of nonradiopaque sialoliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67(2):146-8.
12. Ziegler CM, Steveling H, Seubert M, Mühling J. Endoscopy: a minimally invasive procedure for diagnosis and treatment of diseases of the salivary glands. Six years of practical experience. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42(1):1-7.
13. Weber AL. Imaging of the salivary glands. *Curr Opin Radiol* 1992;4(1):117-22.
14. Carter BL, Karmody CS, Blickman JR, Panders AK. Computed tomography and sialography: 2. Pathology. *J Comput Assist Tomogr* 1981;5(1):46-53.
15. Leung AK, Choi MC, Wagner GA. Multiple sialoliths and a sialolith of unusual size in the submandibular duct: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87(3):331-3.
16. McGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg* 2005;92(1):107-12.
17. Korkut N. 3Surgery of the salivary gland. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(36): 49-56.
18. Laskawi R, Schaffranietz F, Arglebe C, Ellies M. Inflammatory diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70(1):129-36.
19. Mimura M, Tanaka N, Ichinose S, Kimijima Y, Amagasa T. Possible etiology of calculi formation in salivary glands: biophysical analysis of calculus. *Med Mol Morphol* 2005;38(3):189-95.
20. Teymoortash A, Buck P, Jepsen H, Werner JA. Sialolith crystals localized intraglandularly and in the Wharton's duct of the human submandibular gland: an X-ray diffraction analysis. *Arch Oral Biol* 2003;48(3):233-6.