

# Stenon Kanalında Büyük Tükürük Bezi Taşı

## A Major Salivary Gland Calculi in Stenon Duct: Case Report

Adnan KILINÇ,<sup>a</sup>  
Nesrin SARUHAN,<sup>a</sup>  
Mehmet Zahit BAŞ,<sup>a</sup>  
Ümit ERTAŞ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD,  
Atatürk Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 03.09.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 15.01.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mehmet Zahit BAŞ  
Atatürk Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD, Erzurum  
TÜRKİYE/TURKEY  
mehmet\_bass@windowslive.com

**ÖZET** Sialolitiaz, tükürük bezinin veya boşaltıcı kanalının taş ile tıkanmasıdır. Etkilenen bezde şişlik, ağrı ve enfeksiyon, bazen de trismus görülmektedir. Sialolitler; en sık submandibuler bezde (%80-90) ortaya çıkmakta, parotis bezinde ise daha az sıklıkla görülmektedir. Sialolitiaz olguları genellikle 30-60 yaşları arasındadır. İlk tanılarda genellikle direkt radyografi ve ultrasonografidir. Sialolitler genellikle radyopaktır ve direkt radyografide görülebilmektedir. Altmış yaşındaki erkek olgu bir aydır devam eden, yüzünün sol yanak bölgesinde gıda alımı sırasında artan ağrı ve şişlik şikâyetleriyle başvurdu. Panoramik röntgende sol parotis bezi kanalında sialolit gözlemlendi. Bu çalışmada, Stenon kanal ağzında lokalize, panoramik radyografide radyopak yuvarlak alan şeklinde görülen sialolitinin minimal invaziv olarak çıkartılması sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Parotid bez; tükürük bezi taşı; tükürük kanalları

**ABSTRACT** Sialolithiasis is the obstruction of a salivary gland or excretory duct by a calculus. Swelling, pain and infection, sometimes trismus are seen in affected gland. Sialoliths are seen most commonly in the submandibular gland (%80-90), but they are seen less frequently in the parotid gland. Sialolithiasis cases are usually seen between 30-60 years. In sialoliths cases, initial diagnostic techniques are the direct radiographs and ultrasonography. Sialoliths usually are radiopaque and are seen on direct radiographs. A 60-year-old male patient came with a chief complaint of increasing pain and swelling in the left buccal region of the face that has been continuing for a month while intaking food. Panoramic radiograph shows that there is a sialolith in the left parotid duct. In this case report, minimally invasive treatment of sialolith which is localize mouth of the Stenon was seen the round-haped radiopaque in panoramic radiography is presented.

**Key Words:** Parotid gland; salivary gland calculi; salivary ducts

**Türkiye Klinikleri J Dental Sci Cases 2015;1(4):272-5**

Sialolitiaz, tükürük bezinin veya boşaltıcı kanalının taş ile tıkanmasıdır. Enfeksiyon, bezde inflamasyon, bezin kanalına ya da ağzına fiziksel travma predispozan faktörler olabilmektedir.<sup>1</sup> Etkilenen bezde şişlik, ağrı ve enfeksiyon görülmektedir.<sup>2</sup> Sialolitler, kronik sialodentitli olguların yaklaşık %65’inde yaygın olarak görülen bir bulgudur ve tükürük bezi disfonksiyonunun ana nedenlerinden biridir.<sup>3</sup> Erişkin popülasyonunda her 1000 kişinin 12’sinde görülmektedir.<sup>4</sup> Sialolitler en sık submandibuler bezde (%80-90), ikinci sıklıkta parotis bezinde (%5-20), en az sıklıkta ise sublingual bezde görülmektedir.<sup>5</sup> Sialolitler erkeklerde daha sık görül-

doi: 10.5336/dentalcase.2015-47835

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

mektedir.<sup>6</sup> Duktal stenoz, parotis bezinde diğer bezlere oranla daha sık görülmektedir.<sup>7</sup> Semptomatik olgularda antibiyoterapi ve antiinflamatuvar tedavi uygulanarak taşın spontan pasajı beklenebilmektedir. Tedaviye yanıtız ya da tekrarlayan olgularda cerrahi tedavi uygulanmaktadır.<sup>8,9</sup>

Bu çalışma, 60 yaşındaki erkek olguda sol Stenon kanal ağzında lokalize siyalolitın eksizyonla tedavisi sunulmuştur.

Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak oluşturulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Yemek yeme sırasında sol yanak bölgesinde ağrı ve şişlik şikâyetleriyle Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana-Bilim Dalı'na başvuran 60 yaşındaki erkek olgunun intraoral muayenesinde, sol Stenon kanal ağzında siyalolit teşhis edildi. Sistemik olarak olguda hipertansiyon, diyabet ve prostat kanseri ve buna bağlı bifosfonat kullanım hikâyesi bulunmaktadı. Sol üst ikinci molar diş hizasında, 3x2 cm ebatında, açık sarı renkli siyalolit olduğu saptandı (Resim 1). Stenon ağzından masaj ile sero-pürülan akıntı izlendi. Radyolojik muayenesinde; panoramik radyografide siyalolit; üst sol ikinci molar hizasında, sınırları belirgin, oval radyopak alan şeklinde izlenmekteydi (Resim 2). Akut semptomları bulunan



RESİM 1: Siyalolitın intraoral görüntüsü.



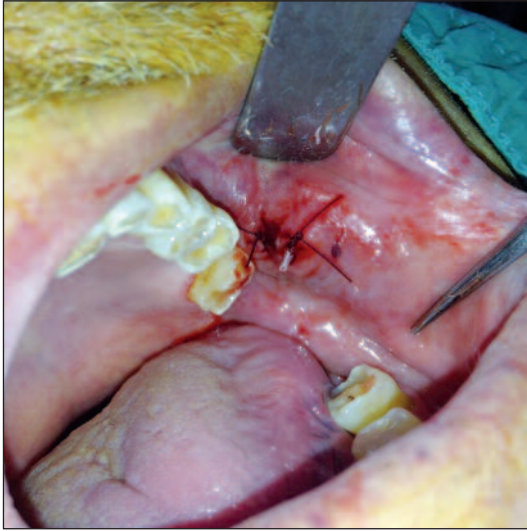
RESİM 2: Panoramik radyografide siyalolit üst sol ikinci molar hizasında, sınırları belirgin, oval radyopak alan şeklinde izlenmektedir.



RESİM 3: Minimal insizyon yapılarak penset ve küret yardımıyla çıkartılan siyalolit.

olguya medikal tedavi olarak Rovamycine (Spiramisin) MIU 2x1 olarak başlandı. Olgu yedi gün sonra kontrole çağrıldı. Olgunun yapılan klinik muayenesinde; akut semptomların geçtiği gözlemlendi. Olgudan bilgilendirilmiş olur onamı alındı. Lokal anestezi altında, siyalolit kanal içine kaçmasını önlemek için ön ve arkadan suture edilerek siyalolit askıya alındı ve insizyon yapılarak penset ve küret yardımıyla siyalolit çıkartıldı (Resim 3). Tükürük akışını sağlamak için üç gün süreyle kateter uygulandı (Resim 4). Kanal ağzı kapatılmayacak şekilde yara yerleri 4.0 Vicryl (polyglactin 910) suturelerle kapatıldı. Çıkartılan siyalolit biyokimyasal incelemeye gönderildi (Resim 5).

Olgunun postoperatif altı ay süre ile düzenli olarak izlemi yapıldı. Tekrarlayan muayenelerde si-



RESİM 4: Tükürük akışını sağlamak için 3 gün süreyle kateter uygulandı.



RESİM 5: 3x2 cm ebadındaki siyalolit biyokimyasal incelemeye gönderildi.



RESİM 6: Postoperatif kontrollerde, kanal ağzından tükürük akışının sağlandığı görüldü.

yalolitin çıkarıldığı alandan tükürük drenajı olduğu görüldü. Olgunun postoperatif yapılan kontrollerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı (Resim 6).

## TARTIŞMA

Siyalolitler ;parotis bezinde daha çok distal duk-tusta yerleşmiş olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>10</sup> Siyalolitiyaz vakalarının yaklaşık %5-20'si parotis bezinde görülmektedir.<sup>2</sup> Tüm siyalolitiyaz olgularının %20'si parotis glandında lokalize olarak bulunmaktadır.<sup>11</sup> Sunulan bu olguda ise Stenon kanal ağzında yerleşimli 3x2 cm ebadında siyalolit bulunmaktadır.

Parotis bezi siyalolitleri klinik olarak, Stenon kanal ağzı çevresinde dikkatli palpasyonla genellikle muayene edilebilmektedir. Derin olarak yerleşim gösteren siyalolitlerin muayenesi ise mümkün olmamaktadır.<sup>2</sup> Sunulan bu olguda; Stenon kanalının çıkışında kanal ağzında siyalolit palpe edilebilir ve gözle görülebilir şekilde yerleşim göstermekteydi. Glandın ekstraoral masajı ile kanal ağzından pü gelmesi ise obstrüktif parotis hastalığını düşündürmektedir.

Siyalolitiyaz olguları genellikle 30-60 yaşları arasında görülürken, çocuklarda daha az sıklıkla rastlanmaktadır.<sup>12</sup> Siyalolitiyaz olgularına erkeklerde özellikle parotis bezinde daha sık rastlanmaktadır.<sup>4</sup> Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde 60 yaşındaki erkek olgunun sol parotis bezinde siyalolit mevcudiyeti vardı.

Siyalolitiyaz olgularında ilk tanısal tetkikler genellikle direkt radyografi ve ultrasonografidir. Siyalolitler genellikle radyoopaktır ve direkt radyografide görülebilmektedir (submandibuler siyalolitlerin %80-94'ü, parotis bezi siyalolitlerin %60'ı radyo-opaktır). Erken safhalarında mineralizasyonları yetersiz olduğundan radyografide görülmezler. Bunun nedeni, bu siyalolitlerin kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfat içermesidir. Özellikle büyük siyalolitler radyoopaktır ve kolayca panoramik röntgen ve bilgisayarlı tomografilerde görülebilmektedirler. Bunun aksine küçük boyutlu radyolüsent taşların radyografilerde belirlenmesi ise oldukça zordur.<sup>13,14</sup>



Ayrıca parotis bezinde yerleşim gösteren siyalolitlerin yaklaşık %40'ının, submandibuler bezde yerleşim gösterenlerin ise yaklaşık %20'sinin radyolüsent olması nedeni ile, siyalolitlerin yerinin tam olarak belirlenmesinde siyalografi kullanılabilmektedir.<sup>15</sup> Ultrasonografi ise submandibular siyalolitlerin tanısında; noninvaziv olması nedeni ile daha yaygın kullanılan bir görüntüleme yöntemidir.<sup>16</sup> Bu yöntem %99 doğruluk oranı ile mineral içerikli siyalolitleri teşhis etmek için iyi bir tanı aracıdır.<sup>2</sup> Bununla birlikte; kontrastlı bilgisayarlı tomografi inflamatuvar patogeneze şüphesinde, manyetik rezonans görüntüleme tekniği ise daha çok palpe edilebilir tükürük bezi taşlarının teşhisinde kullanılmaktadır.<sup>17</sup>

Sunulan bu olgu, alınan panoramik radyografide sol maksiller ikinci molar diş hizasında radyopak yuvarlak alan şeklinde siyalolit izlenmektedir. Çıkartılan siyalolit biyokimyasal incelemeye gönderilmiştir. İncelemenin sonucunda siyalolit kalsiyum, amonyum ve fosfat içerikli olduğu saptanmıştır.

Beze yapılacak cerrahi müdahale siyalolit bez içindeki konumuna bağlıdır. Parotis bezinde,

Stenon kanal ağzı çevresinde dikkatli bir intraoral palpasyonla siyalolit ortaya çıkartılabilmektedir.<sup>18</sup> Cerrahi tedavi, litotripsi, transoral siyalodoktomi ve siyaloendoskopi ile doğrudan ulaşım gibi minimal invaziv cerrahi müdahalelerden oluşmaktadır.<sup>19,20</sup>

Standart boylardaki büyük siyalolitlerin tedavisindeki amaç, normal tükürük salgısının sağlanmasıdır. Siyalolitler siyaloadenektominin morbiditesinden kaçınmak için minimal invaziv bir yöntem olan transoral bir siyalolitotomi aracılığı ile çıkartılmalıdır. Kanal ağzından transoral olarak yaklaşımlarda Stenon kanalının küçük bir kısmına ulaşılabilirdiği için, intraglandüler siyalolitlerde siyaloadenektomi gerekmektedir. Sonuç olarak, parotidektomi intraglandüler siyalolitlerde tedavi seçeneğidir.<sup>21,22</sup>

Sunulan olguda Stenon kanal ağzında yerleşim gösteren ve ağız içine kendiliğinden açılmış olan siyalolit transoral yaklaşımla sorunsuz bir şekilde çıkartılmıştır. Postoperatif yapılan kontrollerde herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır.

## KAYNAKLAR

- Hubar JS, Guggenheimer J, Evan M. "Megalith". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70(2):245-45.
- Oteri G, Procopio RM, Cicciù M. Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): report of two cases. *Open Dent J* 2011;5:90-5.
- Ellies M, Gottstein U, Rohrbach-Volland S, Arglebe C, Laskawi R. Reduction of salivary flow with botulinum toxin: extended report on 33 patients with drooling, salivary fistulas, and sialadenitis. *Laryngoscope* 2004;114(10):1856-60.
- Prabhat MPV. Parotid sialolithiasis-review and report of a case. *Annals and Essences of Dentistry* 2011;3(1):65-9.
- Taher AA. The incidence and composition of salivary stones (sialolithiasis) in Iran: analysis of 95 cases--a short report. *Singapore Dent J* 1989;14(1):33-5.
- Zenk J, Hosemann WG, Iro H. Diameters of the main excretory ducts of the adult human submandibular and parotid gland: a histologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;85(5):576-80.
- Marchal F. A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands. *Laryngoscope* 2007;117(2):373-7.
- Bates D, O'Brien CJ, Tikaram K, Painter DM. Parotid and submandibular sialadenitis treated by salivary gland excision. *Aust N Z J Surg* 1998;68(2):120-4.
- Nahlieli O, London D, Zagury A, Eliav E. Combined approach to impacted parotid stones. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60(12):1418-23.
- Miloro M, Ghali GE, Larsen P, Waite P. Salivary gland disorders. In: Miloro M, ed. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2nded. Hamilton: BC Decker Inc; 2004. p.674.
- 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.
- 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.
- Isacsson G, Isberg A, Haverling M, Lundquist PG. Salivary calculi and chronic sialadenitis of the submandibular gland: a radiographic and histologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;58(5):622-7.
- Solbiati L, Candiani F, Martinoli C, Derchi L. Salivary glands. In: Solbiati L, Rizzatto G, eds. *Ultrasound of Superficial Structures*. 1sted. Edinburg: Churchill Livingstone; 1950. p.134-5.
- Cawson RA, Odell EW. Neoplastic and non-neoplastic diseases of salivary glands. *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. 8thed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1998. p.291.
- van den Akker HP. Diagnostic imaging in salivary gland disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;66(5):625-37.
- Bag AK, Curé JK, Chapman PR, Pettibon KD, Gaddamanugu S. Practical imaging of the parotid gland. *Curr Probl Diagn Radiol* 2015;44(2):169-92.
- Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32(5):819-34.
- Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129(9):951-6.
- Nahlieli O, Shacham R, Bar T, Eliav E. Endoscopic mechanical retrieval of sialoliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95(4):396-402.
- Iro H, Schneider HT, Födra C, Waitz G, Nitsche N, Heinritz HH, et al. Shockwave lithotripsy of salivary duct stones. *Lancet* 1992;339(8805): 1333-6.
- Beriniaytes L, Gay-Escoda C. Morbidity associated with removal of the submandibular-gland. *J Craniomaxillofac Surg* 1992;20(5):216-9.