

## \*SUBMANDİBULAR BEZDE DEV TÜKRÜK TAŞI: OLGU SUNUMU

### HUGE SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND STONE: A CASE REPORT

<sup>1\*\*</sup>Enes GÜNGÖR, <sup>2</sup>Ceren AKTUNA, <sup>2</sup>Mehmet ÇOLAK, <sup>3</sup>Nejat ASLAN

<sup>1</sup>Zirve Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, GAZİANTEP.

<sup>2</sup>Dicle Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, DİYARBAKIR.

<sup>3</sup>Dicle Üniv. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, DİYARBAKIR.

#### Özet

Tükürük bezi taşları en sık görülen tükürük bezi hastalıklarından biridir. 3,5cm den büyük olan taşlar megalit sınıfına girmektedir. Bu olgu sunumunda nadir görülen bir büyüklükteki submandibular tükürük taşı anlatılmıştır.

Kliniğimize sağ maksillada hassasiyet şikayetiyle başvuran 52 yaşındaki erkek hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik rahatsızlık bulunmamıştır. Yapılan ağız içi muayenesinde sol mandibula lingulinde bimanuel palpasyonda sert, ağrısız bir kitle saptanmıştır.

Alınan panoramik ve KIBT görüntülerinde Wharton kanalında 41.25x15x10 mm boyutlarında büyük bir tükürük taşı tespit edilmiştir. Hasta tedaviyi reddettiği için takip altına alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Konik ışınli bilgisayarlı tomografi, sialolit.

#### Abstract

Sialolithiasis is one of the most common salivary gland diseases. The aim of this case report was to evaluate a rare-size submandibular gland sialolith.

52 -year-old male patient was admitted to our clinic sensitivity to right maxilla. The patient has any systemic disease received in the history. In bimanuel intraoral palpation painless, hard mass in the left mandible was found.

Patient's orthopantomography and CBCT (cone beam computer tomography) revealed that 41.25x 15x 10 mm radioopaque lesion in Wharthon canal that considered be sialolithiasis. The patient refuses the treatment to follow has been taken

**Key words:** Cone-beam computer tomography, tükürük taşı.

#### Giriş

Tükürük bezi taşları, tükürük bezi hastalıklarının genel bir nedeni olup her yaşta ve herhangi bir tükürük bezinde görülebilir. Erişkin popülasyonda görülme sıklığı % 0.12' dir ve erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla gözükür (1,2).

Tükürük bezi taşları genellikle 1-10 mm boyutlarındadır. 3.5 cm'den büyük taşlar ise megalit olarak adlandırılmaktadır (3,4).

Tükürük bezi taşları klinik olarak, yuvarlak veya ovoid, düz veya pürütlü yüzeyli, sarımsı renkli gözlenirler ve sıklıkla yemek yeme öncesi ve sonrasında buldukları bezde şişlik ve ağrı

ile kendini gösterir (5,6).

Tükürük bezi taşlarının etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber musin yapımında ve elektrolit konsantrasyonundaki bozuklukların, tükürük kıvamının artmasının, kanal şeklindeki değişikliklerin, metabolizma bozuklukların, iltihapların, bazik kalsiyum fosfat tuzuna aşırı doymun tükürük sekresyonun tükürük bezi taşı oluşumuna neden olabileceği düşünülmektedir (7).

Tükürük bezi taşları %80 oranında submandibular bezde ya da ona ait kanalda görülmektedir. Submandibular bezi tutan taşların genellikle tek taraflı ve özellikle de sol tarafta görüldüğü bildirilmiştir (8). Bu bezde tükürük taşı oluşumu, tükürük akışının yer çekimine karşı olması ve daha yavaş olması, yüksek musin ve tuz içeriği gibi sebepler nedeniyle diğer tükürük bezlerine göre daha yüksektir (9).

Sunulan bu vakada submandibular kanal içinde büyük boyutta nadir görülen tükürük taşı rapor edilmiştir.

\*Bu çalışma Oral Diagnoz Ve Maksillofasial Radyoloji Derneği 6.Bilimsel Sempozyumunda 17-19 Nisan 2015-İzmir (2015) poster olarak sunulmuştur.

#### \*\*İletişim Adresi

Dr.Enes GÜNGÖR

Zirve Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D. GAZİANTEP

e-mail: dt.enes1453@hotmail.com

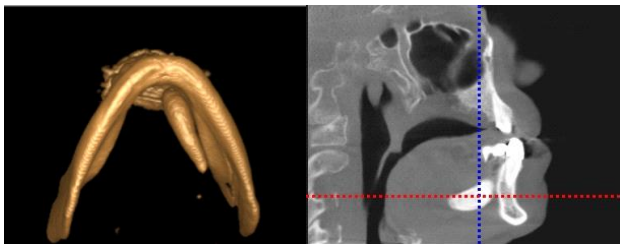
## Olgu Sunumu

52 yaşındaki erkek hasta Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Radyolojisi bölümüne sağ maksilladaki dişlerinde hassasiyet şikayeti ile başvurmuştur. Hasta anamnezinde herhangi bir sistemik hastalık olmadığını, kullandığı bir ilaç bulunmadığını, ağız kuruluğu, tat alma bozukluğu, yemek yeme esnasında ağrı şikayetinin olmadığını belirtmiştir. Yapılan ağız içi muayenesinde sol mandibulada palpasyonda sert bir kitle saptanmıştır. Alınan panoramik radyografda sol mandibular bölgede kanin, premolar, molar bölgenin lingualini kapsayan radyopak, sınırları düzgün bir oluşum belirlendi.

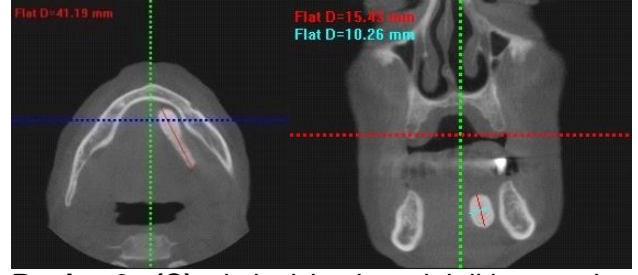


**Resim 1.** Panoramik radyografide sol mandibulada geniş bir radyopak lezyon görülmektedir.

Oluşumun teşhisini ve net konumunu belirlemek için konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (KIBT) alındı. (I-CAT vision TM Imaging Science International, Hatfield, USA, 2008Çekim parametreleri 120 kVp, 18.54 mA, 8.9 saniye, voksel büyüklüğü0.3mm, görüntü alanı 13x10cm genişlikte olacak şekilde ayarlandı.)



**Resim 2.** (A) 3-D rekonstrükt edilmiş görüntüde ve (B) sagittal kesitte sialolitinin Wharton kanalı lokalizasyonu ile aynı şekilde ilerelediği ve okluzale doğru kavis yaptığı görülmektedir.



**Resim 3.** (C) aksiye kesitte sialolitinin anterior-posterior büyüklüğü görülmektedir. (D) koronal kesitte sialolitinin vertikal ve horizontal büyüklüğü görülmektedir.

Hastadan alınan KIBT görüntülerinde sagittal kesitte hiperdens oluşumun okluzal düzleme paralel ilerlediği ve ön kısmının okluzale doğru kavis yaptığı görülmektedir. Aksiyel kesite göre hiperdens oluşumun mandibular arkın lingual tarafında krete yakın bir mesafede krete paralel olarak ilerlediği ve 41mm uzunluğunda olduğu görülmüştür. Koronal kesit değerlendirmesine göre hiperdens oluşumun mandibula alveoler kemiğin alt ve üst sınırlarını aşmadığı yuvarlak olduğu ve 15x10 mm olduğu görülmüştür. Farklı kesitlerde yapılan radyografik değerlendirmeye göre belirlenen hiperdens oluşumun sol submandibular bezde ve Wharton kanalında lokalize olduğu, alveol kretin lingualinde 41x15x10 mm boyutlarında dev bir tükürük taşı olduğu radyografide ön teşhis edilmiştir. Tedavi için hasta bilgilendirilmiş olmasına rağmen cerrahi operasyonu reddetmiştir.

## Tartışma

Submandibular taşlar erkeklerde ve 3.-6. dekatlar arasında daha siktir ve genelde asemptomatiktir. Ancak, kanal lümeninin daralmasına bağlı olarak ağrılı şişlik, ağrısız şişlik veya sadece ağrı görülebilir. Ağrılar tükürük akışının fazla olduğu yemek esnasında barizdir (10,11). Bu olgudaki hastamız da literatüre uygun olarak 52 yaşında erkek ve asemptomatiktir.

Submandibular bez taşları, radyopak veya radyolüsent kitleler şeklinde tespit edilebilirler (12). Submandibular taşların % 80-94 ü radyopaktır. Submandibular taşlar, mandibular 1.moların transvers yöndeki ilişkisine göre sınıflandırılır. Bu hattın önünde kalanlar anterior, bu hattın arkasında kalan taşlar posterior olarak sınıflandırılır. Bu hattın anteriorunda oluşan taşlar, mandibular okluzal

radiografi ile çok iyi şekilde görüntülenir ve ağız içine sürdükleri için çıkarılmaları kolaydır. Olguların % 50' sinde taşlar posteriora yer alır. Posteriora taşlar bezin hilumunda ve içinde yer alabilmektedir. Posteriora taş bulunan vakaların çoğu intraoral olarak palpe edilemez ve taş formu tekrarlar. Bu durumda taş ve submandibular bez ekstraoral yaklaşımla alınır (13,14).

Bilateral multipl taşlar nadir görülür (%3 ten az) ve genellikle sağ veya sol bezde eşit sıklıktadır. Berçin ve ark.10 çalışmalarında sağ mandibular bezde taş oluşumunun daha sık olduğunu ve bilateral taş oluşumuna rastlanmadığını rapor etmiştir (10).

Lustman ve ark 245 sialolithiasisli hastada yaptıkları çalışmada, taşların %79.8'inin çapının 1cm veya daha az olduğunu, sadece %7.6'sının 1.5cm'den büyük olduğunu rapor etmişlerdir (15). Tükürük bezi taşlarının 1cm'den büyük görülmesi nadirdir (16). Bu makalede sunduğumuz olguda da 4 cm uzunluğundaki tükürük taşı megalit sınıfına girmektedir.

Bu boyutlardaki taşlar, tükürük bezi disfonksiyonu yaratabileceği gibi yüzeyinin düzensizliği ile de ilişkili olarak kronik veya akut bakteriyel enfeksiyonları da tetikleyebilecek fokal enfeksiyon odaklarıdır ve çıkarılmaları gereklidir (16).

Panoramik ve oklüzal radyografi gibi konvansiyonel radyografiler radyopak tükürük bezi taşlarının görüntülenmesinde kullanılmaktadır. Fakat iki boyutlu radyografik görüntüler sunduğu için belirlenen radyopak oluşumun net bölgesi belirlenememekte ve bu yüzden diğer radyopak lezyonlarla net ayırım yapılamamaktadır. Non-invaziv, radyasyon riski olmayan, yüksek rezolusyonlu ultrasonlar sayesinde konvansiyonel radyografilerde görülemeyen radyolüsent taşlar görülebilmektedir. Sialografi tükürük bezi kanalına opak madde verilerek görüntülemeye yönelik ve özellikle kronik inflamatuvar hastalıklarda kullanılan bir radyolojik tekniktir. Son yıllarda ise konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tükürük taşlarının görüntülenmesinde sıklıkla kullanılmıştır (9,17). KIBT, BT' ye göre daha az radyasyonla daha az artefak oluşturarak ve daha az maliyetle çalışır (3,4,17). KIBT ile ülkemizde ve yurtdışında tükürük taşı teşhisi yapılan birçok çalışma bulunmaktadır (11,18,19,20). Sunulan vakada panoramik Cilt / Volume 17 · Sayı / Number 1 · 2016

radyografi ve KIBT'in rekonstrükte görüntüsü, aksiyal, koronal ve sagittal görüntüleri teşhis ve lokalizasyon için kullanılmıştır.

Tükürük bezi taşlarının bez dışında diğer kalsifiye yapılardan ve durumlardan ayırıcı teşhisinin yapılması önem teşkil eder. Bu durumlar mandibular torus,osteoma, kalsifiye lenf nodları, flebolitler and diğer vasküler kalsifikasyonlar, lenf nodlarının veya tükürük bezlerinin tüberkülosisi, major kan damarlarındaki kalsifiye aterosklerotik plaklar, çok nadir olarak myositis ossifikans ve uzak kalsifiye neoplazm metastazlardır (16). Tükürük taşlarının ayırıcı teşhisi klinik olarak çok pratiktir. Tükürük taşları ağrı ve şişme gibi semptomatik bulgular verirken diğer kalsifiye yapılar asemptomatiktir. Ayrıca radyografik olarak aksiyel kesitte mandibular torus ve osteoma alveoler krette görülürken submandibular tükürük taşı ise alveol kretinin gerisinde görülebilir. Major kan damarlarındaki kalsifiye plaklar, myositis ossifikans gibi diğer radyopak oluşumlar alveol kretten bağımsız olarak görülmektedir (21).

Çalışmamızda KIBT ile farklı kesitleri değerlendirdiğimizde lezyonun alveol kretinin lingualinde olması ve Wharton kanalı lokalizasyonu ile aynı konumda ilerlemesi lezyonun submandibular tükürük taşı olarak değerlendirilmesine neden olmuştur.

KIBT görüntülemesinin kullanımı diş hekimliği uygulamalarında hızla artmaktadır (18). KIBT radyografılara 3 boyutlu değerlendirme imkanı sunabildiği için tükürük taşının net konumu ve büyüklüğü daha doğru belirlenebilmektedir. Bu da hem yapılacak cerrahi operasyonun başarısını artırmakta hem de hastaya cerrahi operasyondan önce daha doğru bilgi verilebilmektedir.

## Kaynaklar

1. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis Management: the state of the art. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129:951-6
2. Ord RA. Salivary Gland Disease. In: Fonseca RJ, edit. Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 5, Philadelphia, London, New York, St. Louis, Toronto. W.B. Saunders Company 2000; 273-93.
3. Ludlow JB, Davies-Ludlow LE, Brooks SL, Howerton WB. Dosimetry of 3 CBCT devices for oral and maxillofacial radiology: CB Mercuray, NewTom 3G and i-CAT. Dentomaxillofac Radiol 2006; 35 (4): 219-226.
4. Howerton WB Jr, Mora MA. Advancements in digital imaging: what is new and on the horizon? J Am Dent Assoc. 2008 Jun; 139 Suppl: 20S-24S. Hussain AM, Packota G, Major PW, et al. Role of different imaging modalities in assessment of temporomandibular joint erosions and osteophytes: a systematic review. Dentomaxillofac Radiol 2008; 37:63-71.

5. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. *Br Dent J* 2002; 193(2): 89-91.
6. Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin NorthAm* 1999; 32(5): 819-834.
7. Soares LP, Gaião de Melo L, Pozza DH, Pinheiro AL, Gerhardt de Oliveira M. Submandibular Gland Sialolith in a Renal Transplant Recipient: A Case Report. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(3): 127-133.
8. Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. *J Emerg Med*. 2004;26:221-3.
9. Türker M, Yücetaş. Tükürük Bezi Hastalıkları. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Atlas Kitapçılık Ltd. Jti. Ankara, 1997; 361-79.
10. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibuler siyalolithiazise yaklaşımımız. *Yeni tıp dergisi* 2009;26:16-19.
11. Yaman F, Ünlü G, Atılğan S. Ağız içine sürmüş submandibular sialolithiazis: (olgu sunumu). *Atatürk Üniv Dis Hek Fak Derg* 2006;16(2): 70-73.
12. Isacsson G, Isberg A, Haverling M, Lundquist PG. Salivary calculi and chronic sialoadenitis of the submandibular gland: A radiographic and histologic study. *Oral Surg* 1984;58: 622-7.
13. Ord RA. Salivary Gland Disease. In: Fonseca RJ, edit. *Oral and Maksillofacial Surgery*. Vol. 5, Philadelphia, London, New York, St. Louis, Toronto. W.B. Saunders Company 2000; 273-93.
14. Takeda Y, Oikawa Y, Satoh M, Nakamura S. Sialolith of the submandibular gland with bone formation. *Pathology International* 2003;53:309.
15. 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):135-138.
16. Huang TC, Dalton JB, Monsour FN, Savage NW. Multiple, large sialoliths of the submandibular gland duct: a case report. *Aust Dent J* 2009; 54(1): 61-65.
17. De Vos, J. Casselman, G. R. J. Swennen: Cone-beam computerized tomography (CBCT) imaging of the oral and maxillofacial region: A systematic review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 38: 609-625.
18. ÇAKUR, Binalı, and Arş Gör Dt Muhammed Akif SÜMBÜLLÜ. "Konik ışınli bilgisayarlı tomografi ile submandibular tükürük bezi taşı görüntülemesi." *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2010;20(3):194-97
19. Kuruvila, Vikas Elias, N. Bilahari, and Biju James Beena Kumari. "Submandibular sialolithiasis: Report of six cases." *Journal of pharmacy & bioallied sciences* 2013; 240-68
20. Capaccio, Pasquale, et al. "Submandibular swelling: Tooth or salivary stone?." *Indian Journal of Dental Research* 2013; 381-98
21. White S, Pharaoh M (2004) Chapter 27. Soft tissue calcification and ossification. *Oral Radiology: Principles and Interpretation*, 5th edn. St Louis, MO: Mosby. 2004