KBB ve BBC Dergisi 19 (2):66-9, 2011

Submandibular Bez Kitlelerine Yaklaşımımız

Our Approach to Submandibular Gland Masses

Dr. Ayşe İRİZ, Dr. Ali AÇIKALIN, Dr. Aydın ACAR, Dr. Süleyman BOYNUEĞRİ, Dr. Adil ERYILMAZ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Ankara

ÖZET

Ama : Submandibular kitle şikayeti ile kliniğimize gelen ve bez eksizyonu yaptığımız hastaları retrospektif olarak incelemek, uygulanan cerrahi işlemleri, histopatolojik sonuçları, görülme oranlarını ve komplikasyonları değerlendirmektir.

Gere ve Y ntemler: Ocak 2000-Ocak 2010 tarihleri arasında KBB polikliniğimize gelen ve submandibular bez eksizyonu yapılan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cins, şikayet, tanı yöntemleri, ameliyat şekli, histopatolojik tanıları ve postoperatif izlemleri incelendi. Patoloji sonuçlarına göre beş hastada (%12.8) malign, 35 hastada (%77.2) benign patoloji tespit edildi. Bez eksizyonuna ek olarak üç hastaya supraomohyoid, iki hastaya fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı. En sık görülen malign tümör adenokistik karsinoma (%7.5), en sık görülen benign patoloji sialolitiazis (% 67.5) olarak tespit edildi. En sık görülen komplikasyon marjinal mandibular sinir hasarı (%10) olarak tespit edildi.

Sonu : Submandibuler bez eksizyonu yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi ve sonuçlar literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar S zc kler

Submandibular bez tümörleri; biyokitle

ABSTRACT

Objective: We evaluated the patients who were admitted with submandibular gland mass and had surgery in our clinic. We investigated types of surgical operations, histopathologic results and rates of complications in this study.

Material and Methods: Forty patients who were admitted to E.N.T. clinic and had submandibular gland excision surgery were included in our study. Age, gender, symptoms, diagnostic methods, types of operations, histopathological diagnosis and postoperative follow-up results of the patients were examined. Histopathological diagnoses were as follows: Five patients (12.8%) had malignant and 35 patients (77.2%) had benign pathologies. Three patients had a supraomohyoid neck dissection and two patients had a functional neck dissection in addition to gland excision. We found the most common malignant tumor as adenocystic carcinoma (7.5%), the most common benign pathology as sialolitiazis (67.5%).The most commonly encountered complication was marginal mandibular nerve injury (10%).

Results: We investigated the patients who had submandibular gland excision and reviewed the literature.

Keywords

Submandibular gland neoplasms; biomass

Bu çalışma daha önce 9.Uluslararası KBB ve BBC Kongresi (8-10 Nisan 2010, Ankara)'nde e-poster olarak sunulmuştur.

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **13.12.2010** Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **21.04.2011**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Ay e R Z

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

3. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği,

Ankara

E-posta: ayseiriz@gmail.com

GİRİŞ

Son 50 yıl içinde baş boyun cerrahisindeki gelişmelere rağmen submandibular bez cerrahisi hemen hemen aynı kalmıştır. Buna rağmen submandibular bez cerrahisinin yönetimi her zaman bir sorun olmuştur.[1] Bez kanalının lingual sinir ile yakın ilişkisi vardır ve kanal siniri arka dıştan çaprazlar. Bezin çıkarılması sırasında yakın komşuluktan dolayı lingual sinir, hipoglossal sinir ve marjinal mandibuler sinir zedelenebilir.[2]

Submandibuler gland patolojileri arasında sıklıkla sialolitiazis, sialoadenit, benign ve malign tümörler yer alır. Siyalolitiazis tükrük bezi hastalıklarının en sık görülenidir ve tükürük bezi disfonksiyonunun en sık nedenidir. Toplumda görülme sıklığı %1'dir ve erkeklerde daha sık rastlanmaktadır.[3,4] Tükürük taşlarının %80'i submandibüler bezde, %20'si parotiste, %1-2'si ise sublingual bezde ve küçük tükürük bezlerinde meydana gelir. Taş, kanal içinde görülebilmekle birlikte, en sık bezin hilusunda bulunur.[3,5]

Tüm baş boyun tümörlerinin %3'ü tükürük bezlerinde görülür. Bunların %70-80'i parotiste, %10'u submandibuler bezde, %1'i minör tükürük bezlerinde görülür.[1,2] Submandibuler bezde görülenlerin yaklaşık %50'si maligndir. Submandibular bez malign tümörleri içinde en sık adenokistik karsinomaya rastlanmaktadır.[3] Benign tümör olarak ise submandibular bezde aynı parotiste olduğu gibi pleomorfik adenoma rastlanmaktadır.[3,4,6] Pleomorfik adenom cerrahisinde, tümöre enükleasyon uygulandığı ve tamamen çıkarılamadığı durumlarda yüksek oranda nüks ihtimali vardır. Bu yüzden standart yaklaşım olarak bezin total eksizyonu önerilmektedir.[7,8]

Bu çalışmada kliniğimizde yaptığımız submandibuler bez eksizyonlarını retrospektif olarak inceledik ve sonuçlarımızı literatür eşliğinde tartıştık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi kliniğine submandibuler bölgede şişlik şikayeti ile gelen 40 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik.

Hastaların 16'sı kadın (%40), 24'ü (%60) erkekti. Yaş dağılımı 11-80 arasında tespit edildi. Hastaların yakınma süresi bir ay ile iki yıl arasında değişiyordu. Hastalarımızın anamnez ve muayene notları gözden geçirildi. Yardımcı tanı metotları olarak ultrasonografi (USG), ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve siyalografi kullanıldı. Tedavide submandibuler bez eksizyonu, ayrıca İİAB ve "frozen section" ile malign olarak tespit edilmiş olgulara boyun diseksiyonu uygulandı.

BULGULAR

Hastaların en sık başvuru şikayeti submandibuler bezde şişlikti (%100). Ayrıca dört hastada aynı taraf boyun bölgesinde eş zamanlı lenfadenopati şikayeti mevcuttu (%10) ve bu dört hastanın ikisinde submandibuler bölgede palpasyonla hassasiyet tespit edildi. Otuz hastada yemeklerle ilişkili ağrılı şişlik (%75), dört hastada ağrısız şişlik (%10) tespit edildi. Hastalarımızın %50'sinde kitle sağ, %50'sinde sol submandibuler bölgedeydi.

Kırk hastanın 30'unda (%75) USG ile taş tespit edildi. Taş tespit edilmeyen altı hastaya İİAB yapıldı ve bunların üçü malign (adenokistik karsinom), ikisi benign (sialoadenit) olarak raporlandı. Bu iki hastada sialolitiazis zemininde siadenit geliştiği düşünülerek sialolitiazis grubuna dâhil edildi.

Tedavi yöntemi olarak hastalara boyun yaklaşımı ile submandibuler bez eksizyonu yapıldı ve İİAB sonucu malign olan olgulara ek olarak boyun diseksiyonu eklendi. Bir hastadan operasyon sırasında nöral invazyon tespit edilerek "frozen section" çalışıldı ve malign gelmesi üzerine boyun diseksiyonu eklendi. Üç hastada supraomohyoid boyun disseksiyonu, iki hastada fonksiyonel boyun disseksiyonu uygulanmıştır.

USG'de taş görüntüsü olmayan ve malignite tespit edilmemiş beş hastaya rekürren ağrılı şişlik nedeniyle submandibuler bez eksizyonu yapıldı.

Postoperatif histopatolojik tanıda en sık görülen malign tumor adenokistik karsinoma (%7.5), en sık gorulen benign patoloji sialolitiazis (%67.5) olarak tespit edildi. Sekiz hastaya (%20) sialoadenit tanısı konuldu (Tablo 1).

En sık görülen komplikasyon marjinal mandibular sinir hasarı (%10) olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

Semptomatik sialolitiazis halen submandibuler bez eksizyonu için en sık endikasyonu oluşturmaktadır.[9,10] Submandibuler bezde taş görülme sıklığı %80 civarın-

Tablo 1. Postoperatif patoloji sonuçlarına göre vakaların dağılımı.

Histopatoloji	n	%
Siyalolitiazis	27	67.5
Sialoadenit	8	20
Adenokistik karsinom	5	3
*Supraomohyoid Boyun Disseksiyonu	2	12.5
*Fonksiyonel Boyun Disseksiyonu	7.5	5
Toplam	40	100

dadır. Tükürük bezi taşları genellikle tek olup yaklaşık %3-4 hastada iki veya daha fazla sayıda olabilmektedir.[11,12] Submandibuler bez taşları parotisin aksine daha çok kanal içi yerleşim gösterir. Submandibuler bezde tükürük akımının daha yavaş olması, salgı içeriğinin daha müsinöz, kalsiyumdan zengin ve daha alkali yapıda olması, kanalın yerleşimi nedeniyle yer çekimine karşı akım olması ve ağzının dar olması nedeniyle, taşlara daha sık rastlanır.[12]

Submandibuler bezde taşlar her yaşta görülebilmesine karşın en sık 30-60 yaşlar arasında görülür.[13] Hastalarımızda da en küçük görülme yaşı 11, en büyük yaş 80, ortalama yaş ise 40 olarak tespit edilmiştir. Submandibuler bez patolojileri erkeklerde daha sık görülmesine karşın hastalarımızda eşit dağılım belirlenmiştir.

Sialolitiazis belirtilerinin sıklığı literatüre göre ağrılı şişlik, ağrısız şişlik ve sadece ağrı olarak bildirilmektedir.[14] Bizim hastalarımız da literatüre uyumluydu.

Submandibuler taşların yaklaşık %80'ninin radyoopak olması nedeniyle tanıda direkt grafiler yardımcı olabilmektedir. Anteroposterior pozisyonda ağız açık iken çekilen grafilerde taşların görülme ihtimali artmaktadır. Bu grafilerde görülen kalsifikasyonlar her ne kadar taş lehine yorumlansa da, ayrıcı tanıda tüberküloza bağlı kalsifiye lenfadenopati, flebit, lingual arter aterosklerozu düşünülmelidir.[15,16] Kesin tanı için siyalografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir. Siyalografi hala kullanılan en temel yöntemdir. Kontrast madde alerjisi olanlarda ve taşın kanalın ucunda olduğu durumlar dışında kullanılabilir. Bizim hastalarımızda beş hastada siyalografi ile dolma defekti gözlenerek taş tespit edilmiştir. Ama USG non-invaziv olması, maliyetinin az olması ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle taş tanısında kullanılan en yaygın yöntemdir.[10,12]

İki milimetreden büyük olan taşlar USG ile rahatlıkla saptanmaktadır. Bizim hastalarımızın 30'unda (%75) USG ile taş tespit edilmiştir. Tanıda BT ve Teknesyum-99 sintigrafisi de kullanılabilmektedir. Ancak bu tetkiklerin maliyetinin fazla olması ve radyasyona fazla maruz kalınması nedeniyle çok tercih edilmemektedir.[9,13]

Taş tedavisinde duktus ağzına 2 cm'den daha yakın taşlar için intraoral yol, diğer taşlar için ise eksternal boyun yaklaşımı ile eksizyon önerilmektedir.[10,14] Bunun dışında ekstrakorporeal litotropsi (ECL) ve siyaloendoskopi, siyalolitiaziste yeni tanımlanmış yöntemlerdir. Ancak bu yöntemler rutin olarak uygulanamamaktadır.

Baş-boyun kitleleri içinde, İİAB literatürde en düşük sensitiviteyi submandibular bez kitlelerinde göstermiştir.[17] USG ve siyalografi ile taş tespit edilemeyen altı hastada palpasyonla hassasiyet olması ve bunların dördünde eş zamanlı olarak boyunda lenfadenopati palpe edilmesi üzerine, bu hastalara İİAB yapıldı. İİAB malign olarak gelen hastaların dördünün sonucu adenokistik karsinoma, ikisinin sonucu ise kronik sialoadenit şeklinde raporlandı. Adenokistik karsinoma olan hastalarımıza bez eksizyonu ve boyun diseksiyonu yapılırken, diğer iki hasta kronik sialoadenit nedeniyle operasyona alındı ve birinde nöral invazyon olması nedeniyle operasyon sırasında "frozen section" incelemesi yapılarak adenokistik karsinom tanısı konuldu ve operasyona boyun diseksiyonu eklendi.

En sık gördüğümüz komplikasyon olan marjinal mandibuler sinir paralizisine malign olgularda rastladık, bu da literatür ile uyumluydu. Tümör nedeniyle opere ettiğimiz beş hastamızda malign tümör olarak adenokistik karsinoma rastlandı, bu da litaratürle uyumlu olarak submandibuler bezde görülen tümöral lezyonların malign olma olasılığının daha fazla olduğunu doğruladı. Lenfoma da özellikle yaşlı hastalarda submandibuler bezde görülebilen malignitelerdendir. Ancak tanısında İİAB yetersizdir ve yalancı negatiflik oranı yüksektir.[18]

En sık gözlenen benign tümör ise pleomorfik adenomdur. Tedavide nüksü önlemek için tümörün kapsülü ile çıkartılması önemlidir.[18]

SONUÇ

Kliniğimizde submandibuler kitle şikayeti ile gelen ve opere edilen 40 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve sonuçlarımız literatür eşliğinde sunulmuştur. Sonuçta kliniğimizde supmandibular bez kitlelerine yaklaşımın ve tedavi şekillerinin literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Work WP, Hecht DW. Inflammatory diseases of the major salivary glands In: Papparella MM, Shumrick DF, eds. Otolaryngology. Vol 3. Philadelphia: WB Saunders; 1980. p. 2235-43.
3. McKenna JP, Bostock DJ, McMenamin PG. Sialolithiasis. Am Fam Physician 1987;36(5):119-25.
4. Stanley MW, Bardales RH, Beneke J, Korourian S, Stern SJ. Sialolithiasis. Differential diagnostic problems in fine-needle aspiration cytology. Am J Clin Pathol 1996;106(2):229-33.
5. Harrill JA, Kıng JS Jr, Boyce WH. Structure and composition of salivary calculi. Laryngoscope 1959;69(5):481-92.
6. Harrsion JD, Epivatinos A, Bhatia SN. Role of microliths in the aetiology of chronic submandibular sailadentis. A clinicopathological investigation of 154 cases Histopathology 1997;31(3):237-51.
7. Hiraide F, Nomura Y. The fine surface structure and composition of salivary calculi. Laryngoscope 1980;90(1):152-8.
8. Levy DM, Remıne WH, Devıne KD. Salivary gland calculi. Pain, swelling associated with eating. JAMA. 1962;181:1115-9.
9. Bodner L, Azaz B. Submandibular sialolithiasis in children. J Oral Maxillofac Surg 1982;40(9):55l-4.
10. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibuler sialolityazise yaklaşımımız. Yeni Tıp Dergisi 2009;26: 16-19.
11. Perrotta RJ, Williams JR, Selfe RW: Simultaneous bilateral parotid and submandibular gland calculi. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1978;104(8):469-70.
12. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: A survey on 245 patients and a review of the literature Int J Oral Maxillofacial Surg 1990;19 (3):135-8.
13. 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(5): 622-7.
14. Kenefick JS. Some aspects of salivary gland disorders. Proc R Soc Med 1975;68(5):283-5.
15. Paul D, Chaulan SR. Salivary megalith with a sialo-cutaneous and a sialo-oral fistula: A case report. J Laryngol Otol 1995; 109(8):767-9.
16. Rice DH. Diseases of the salivary glands non-neoplastic. In: Bailey BJ, Johnson JT, Kohut RI, eds. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Vol 1. Philadelphia: JB, Lippincott; 1993. p. 475-84.
17. Yılmaz İ, Çağıcı C A, Çaylaklı F, Akdoğan V, Özlüoğlu L N. Baş-Boyun kitlelerinde İnce iğne aspirasyon biyopsisinin Yeri. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2008;18(4):211-15.
18. Weissmann JL. Imaging of the salivary glands. Semin Ultrasound CT MR 1995;16(6):546-68.