KBB ve BBC Dergisi 18 (1):21-4, 2010

İntraparankimal Yerleşimli Parotis Taşı: Olgu Sunumu

Intraparenchymal Parotid Calculi: A Case Report

Dr. Gökçe ŞİMŞEK, Dr. İstemihan AKIN, Dr. Murad MUTLU

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, 1.Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

ÖZET

Siyalolitiazis, tükrük bezlerinde ya da kanallarnda taş oluşumunu ifade eder. Neden olduğu mekanik obstrüksiyon sonucu, tükrük bezinde gıda alımına eşlik eden şişme ve ağrı ile ortaya çıkar. Tabloya bakteriyel enfeksiyon eklenebilir. Semptomatik sialolitiazis oldukça nadir görülür ve insidansı 2,7-5,9/100.000 olarak bildirilmektedir. Olguların %80-90'ında submandübuler glandda taş izlenir, parotis glandı nadiren tutulur. Parotisteki taşların çoğu Stensen kanalının ekstraglandüler segmentinde yerleşir, intraparankimal taşlar ise daha nadir görülür. Bu yazıda kliniğimize, gıda alımını takiben sol preauriküler alanda şişlik ve ağız içine ani sıvı boşalması sonrası gerileyen aralıklı ağrı yakınmalarıyla başvuran bir olgu sunuldu. Görütüleme yöntemleriyle parankimal silolitiazis ile birlikte Stensen kanalında genişleme saptandı. Parotidektomi uygulanan hastada, operasyon sırasında parankim içinde Stensen kanalı girişine yerleşmiş parotis taşı saptandı. Hastanın postoperatif takibi sorunsuzdu.

Anahtar Sözcükler
Tükrük bezi taşları, parotis bezi

ABSTRACT

Sialolithiasis refers to the formation of stones in salivary glands or duct of the glands. This condition results in a mechanical obstruction that causing repetitive swelling and pain in the glands during meals which can be complicated by bacterial infections. Symptomatic sialolithiasis is a rare condition with an incidence is 2.7-5.9/100.000. Most salivary gland stones occur in the submandibular gland (80-90%), parotid gland involvement is rare. Most of the parotid stones are located within the extraglandular portion of Stensen's duct and intraparenchymal stones are rarely seen. In this paper we report a case who admitted our clinic with the complaints of swelling in the left preauricular area and intermittent pain that relieved after a sudden watery discharge in the mouth. Imaging studies showed enlargement of Stensen's duct with parenchymal sialolithiasis. A parenchymal stone located in the entrance of the Stensen's duct was detected during parotidectomy. Postoperative course was uneventful.

Keywords
Salivary gland calculi, parotid gland

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **14.01.2009** Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **07.04.2009**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Gökçe ŞİMŞEK
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,
1.Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara
Tel: 03125962114
GSM: 0506 241 75 02
Fax: 0312 318 66 90
E-posta: drgokceozelsimsek@yahoo.com

GİRİŞ

Siyalolithiazis tükrük bezlerinde ya da kanallarında taş oluşumunu ifade eder. Literatürde, sialolitiazis insidansı yeteri kadar çalışılmamış görünmekle birlikte, bildirilen insidansı 2.7-5.9/100 000'dir.[1,2] Siyalolitiazis etyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. Tükrük stazı, temizleme mekanizmalarındaki eksiklikler, bakteri etkisi, intraselüler mikrokalkuli ekskresyonu ve glandın enflamasyonu sonucu biriken debrisin mineralizasyonu taş oluşumunda suçlanan faktörlerdir.[5] Genelde asemptomatik seyreden tükrük bezi taşları, sekonder enfeksiyon ile ya da oluşturdukları mekanik obstrüksiyon sonucu, gıda alımına eşlik eden rekürren şişlik ve kolik tarzında ağrı ile ortaya çıkabilir. Ağız içine ani sıvı boşalması sonrası şişlikte gerileme karakteristiktir. Olguların çoğunda taş submandibuler beze lokalizedir, parotis bezinde siyalolitiazis ise %20 olguda görülür.[2-4] Semptomatik olgularda tedavide antibiyoterapi ve anti-enflamatuvar tedavi uygulanarak taşın spontan pasajı beklenir. Tedaviye yanıtsız ya da tekrarlayan olgularda cerrahi tedavi uygulanır. Stensen kanalına lokalize taşlarda endoskopik çıkarım, gland parankimine lokalize taşlarda ise parotidektomi standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir.[6-8]

OLGU

Kırk altı yaşında erkek hasta, sol parotis bölgesinde beş yıldır ağrı ve şişlik atakları ile 27.09.2007 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Atakların yemek ile ortaya çıktığını ve birkaç saat sürdüğünü, sonrasında ise ağız içine kötü tadda sıvı boşalması ile atakların kesildiğini tarifliyordu. Ayda 1-2 kez olan ataklar nedeniyle medikal tedavi alan ancak fayda göremeyen hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenede sol angulus mandibula komşuluğunda, yaklaşık 6x5 cm boyutlarında, sert, semi-mobil, hassasiyet gösteren, fluktuasyonu olmayan kitle mevcuttu. Kitlenin bimanuel palpasyon ile muayenesinde taş saptanmadı. Oral kavite muayenesinde Stensen kanal ağzından masaj ile pürülan akıntı drenajı izlendi. Hastanın fasiyal sinir fonksiyonları normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar testlerinde (serum kalsiyum, fosfor, ürik asit değerleri, SS-A ve SS-B antijenleri) anormallik saptanmadı. Parotis bezi ultrasonografisinde sol parotis bez boyutlarının belirgin şekilde artmış olduğu (46x30x22mm) ve bu mesafede santral yerleşimli biri 11,5x4,5mm, diğeri 5x4 mm boyutlarında iki adet taş olduğu belirtildi. Kanal çapının tüm bez hizasında belirgin şekilde artmış olduğu (maksimal 4 mm), bez parankiminin kaba granüler paternde ve heterojen olarak saptandığı rapor edildi. Hastanın yapılan parotis bezi bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol parotis hizasında santral anterior duvar yerleşimli, bilobe karakterde 11x5 mm boyutlu radyoopak taş varlığı ve bez parankimi içerisinde dilate kanallara ait hipodens odaklar görüldüğü rapor edildi (Resim 1). Hastaya parotis glandında taşa bağlı rekürren supüratif parotidit tanısı koyuldu. Medikal tedavi başlandı. Kanal ağzından pürülan akıntısı gerileyene kadar yakın olarak takip edilen hastaya genel durumu düzeldikten sonra operasyon planlandı. Hastanın aydınlatılmış onamı alındı ve 04.10.2007 tarihinde fasiyal sinir korunarak sol superfisyal parotidektomi yapılan hastanın intraoperatif olarak gland duktusu genişlemiş olarak bulundu. Hastadan intraparankimal yerleşimli, duktus ağzına oturmuş 10x5x3 mm boyutlarında taş çıkartıldı. Süperfisyel parotidektomi materyalinin histopatolojik incelemesi kronik siyaloadenit, lenfoid hiperplazi ve siyalolitiazis olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 11.10.2007 tarihinde taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolünde insizyon yeri ve fasiyal sinir fonksyonları normal saptanan hasta rutin takip programımıza dahil edildi.

Resim 1. Sol parotis gland parankiminde yer alan taşın BT görüntüsü- koronal kesit.

TARTIŞMA

Tüm siyalolitiazis olgularının 1/5'inde taş, parotis glandına lokalizedir.[2,3] Parotis taşlarının büyüklüğü 2 mm'den 2 cm'ye kadar değişebilir, soliter ya da multipl olabilir.[9] Yapısında glikoprotein, mukopolisakkarit ve hücre debrislerinden oluşan organik maddelerle birlikte kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfat başta olmak üzere inorganikler bulunur.[5] Parotis taşlarının patogenezi tam olarak anlaşılamamış, çeşitli teoriler öne sürülmüştür. İntraselüler mikrokalkuli oluşumu ve bu mikrokalkulilerin kanala sekrete edilmesinin taş oluşumu için gerekli çekirdeği oluşturduğu iddia edilmiştir.[5,7] Marchal ve ark.[9,10] oral flora bakterilerinden özellikle Streptokok türlerinin, Stensen kanalına yerleşip taş oluşumunu tetiklediğini öne sürmüşlerdir. Parotis taşları genelde 3. ve 4. dekatta görülmektedir.[1,3] Taşların çoğu Stensen kanalının ekstraglandüler segmentinde yerleşir, daha az olarak gland parankimine de yerleşebilir.[11] Sunduğumuz olguda da kanal ve kanalın intraglandüler segmentinde taş izlenmedi, intraparankimal yerleşimli 10 mm'lik taş mevcuttu. Olgumuzun, definitif tedavi almamış olmasına rağmen beş yıllık bir öyküsünün bulunması, taşın kanalda olmaması ve bu sayede tam obstrüksiyonun gerçekleşmemesi ile açıklanabilir. Kanala yerleşen taşlar genelde daha küçük boyutlardadır. Parotis taşları semptomatik olduğunda, klasik olarak parotidit semptomları ile ya da gıda alımını takiben parotis lokalizasyonunda ağrı ve şişlik yakınmaları ile ortaya çıkar. Semptomatolojinin temelinde, gıda alımı sırasında artan parotis sekresyonunun glandı distande etmesi ve olaya sekonder bakteriyel enfeksiyonun eklenmesi yatar. Yemek sonrası parotis sekresyonunun azalması ile birlikte ya da biriken sekresyonun yüksek basınç ile taşın oluşturduğu obstrüksiyonu aşması ve drene olması sonucu semptomatoloji düzelir. Bu nedenle anamnezde gıda alımı sırasında obstrüktif semptomları olan ve yemek sonrası kliniği düzelen olgularda, nadiren görülse bile parotis taşları düşünülmelidir. Ayrıca özellikle medikal tedaviye dirençli ya da rekürren parotidit atakları geçiren olgularda ayırıcı tanıda parotis taşı düşünülmelidir. Sunduğumuz olgu, anamnezinde tipik olarak yemekle ilişkili obstrüktif semptomları olduğunu ve drenajı takiben semptomların düzeldiğini tarif ediyordu. Öte yandan beş yıl süre ile aralıklı parotidit atakları öyküsü bulunuyordu.

Parotis taşları klinik muayene ile palpe edilebilir. Özellikle Stensen kanalının distalindeki taşlar muayene ile tanınabilir. Ancak kanalın glanda yakın kısmına ya da gland içine yerleşen taşların muayene ile tanınması zordur. Sunduğumuz olguda olduğu şekilde, glandın ekstraoral masajı ile kanaldan pü gelmesi obstrüktif parotis hastalığını düşündürmelidir. Tanıyı doğrulamak için görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Parotis taşlarının genelde küçük olması ve kalsifikasyon oranlarının düşük olması tanıyı zorlaştıran faktörlerdir.[1,9,11] Direk radyografi, ultrasonografi, siyalografi ve BT yardımcı tanı yöntemleri olarak kullanılabilir.[3,5,9,12] Direk radyografi ve ultrasonografi küçük ve semikalsifiye taşların saptanmasında etkisiz kalabilir.[6,7] Radyolüsen taşların saptanmasında siyalografi, ultrasonografi ve direk radyografiye göre daha etkilidir. Ancak akut enfeksiyon varlığında kontrendike olması ve küçük taşların dolma defekti oluşturmaması yöntemin dezavantajlarıdır.[7,13] BT, parotis bezi taşlarında en yüksek duyarlılığa sahip yöntemdir ve standart tanı aracı olarak kabul edilmektedir.[1,7,12,13] BT, kalsifik depozitleri tanımada çok yüksek duyarlılığa sahiptir. Ayrıca taş çevresi alanda hiperdens görünüm saptanması siyaladenit tanısına katkıda bulunan bir BT bulgusudur.[12]

Parotis bezi taşlarında klasik tedavi, varsa eşlik eden enfeksiyonun tedavi edilmesi ve taşın spontan ekskresyonunun takip edilmesidir. Medikal tedaviye rağmen semptomatik olan ya da tekrarlayan olgularda cerrahi tedavi yöntemleri seçilir. Eksternal ya da intraduktal litotripsi 1990'lı yıllardan bu yana kullanılmaktadır ve parotis taşlarında %75 başarı oranları bildirilmektedir.[6,14] Ancak uzun zamana yayılan tedavi ve kırılan taş parçalarının yeni taşların oluşumuna zemin hazırlaması riski, parotis taşlarında litotripsinin yaygın olarak kullanımını sınırlamaktadır. Günümüzde cerrahi tedavide taşın kanal içinde olması durumunda endoskopik olarak çıkartılması, distal kanaliküler ya da intraparankimal taşlarda ise parotidektomi uygulanması standart cerrahi yöntemler olarak kabul edilmektedir.[1-7,13]

Sunduğumuz olguda da ultrasonografi ve BT ile parankim içinde taş saptandığından, fasiyal sinir dikkatlice ortaya konularak superfisyal parotidektomi uygulandı. Hastanın postoperatif takibi sorunsuzdu. Cerrahi tedavi sırasında kronik enflamasyonla ilişkili olarak anatominin distorde olabileceği akılda bulundurulmalı ve fasiyal sinirin korunmasına özellikle dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak medikal tedaviye rağmen tekrarlayan obstrüktif parotidit semptomları olan tüm olgularda parotis bezi taşı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tanıda ultrasonografinin özellikle radyolüsen taşlarda yetersiz kalabileceği düşünülmeli ve BT ile ileri tetkik uygulanmalıdır. Cerrahi tedavi sırasında, taşa bağlı kronik enflamasyonun fasiyal sinir hasarı riskini arttığı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Escudier MP, McGurk M. Symptomatic sialoadenitis and sialolithiasis in the English population: an estimate of the cost of hospital treatment. Br Dent J 1999;186(9): 463–6.
2. Chu DW, Chow TL, Lim BH, Kwok SP. Endoscopic management of submandibular sialolithiasis. Surg Endosc 2003; 17(6):876–9.
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. Akin I, Esmer N. A submandibular sialolith of unusual size: A case report. J Otolaryngol 1991;20(2):123-5.
5. Tanaka N, Ichinose S, Adachi Y, Mimura M, Kimijima Y. Ultrastructural analysis of salivary calculus in combination with X-ray microanalysis. Med Electron Microsc 2003;36(2):120–6.
6. Nahlieli O, Baruchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. J Oral Maxillofac Surg 1999;57(12): 1394–1401.
7. Nahlieli O, London D, Zagury A, Eliav E. Combined approach to impacted parotid stones. J Oral Maxillofac Surg 2002;60(12):1418–23.
8. 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.
9. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specifity of parotid sialendoscopy. Laryngoscope 2001;111(2):264–71.
10. Marchal F, Kurt AM, Dulguerov P, Lehmann W. Retrograde theory in sialolithiasis formation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127(1):66–8.
11. Ottaviani F, Galli A, Lucia MB, Ventura G. Bilateral parotid sialolithiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and immunoglobulin G multiple myeloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83(5):552-4.
12. Zou ZJ, Wang SL, Zhu JR, Wu QG, Yu SF. Chronic obstructive parotitis: report of ninety-two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;73(4):434-40.
13. Bodner L. Salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. Compendium 1993;14(5):572-84.
14. Reimers M, Vavrina J, Schlegel C. Results after shock wave lithotripsy for salivary gland stones. Schweiz Med Wochenschr Suppl 2000;125:122-6.