

## Dev Wharton Kanalı Taşının Ağız İçi Yaklaşım ile Tedavisi

Treatment of Giant Wharton Channel's Stone with Oral Approach  
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları

Başvuru: 22.05.2015  
Kabul: 08.07.2015  
Yayın: 06.08.2015

Erkan Soylu<sup>1</sup>, Ahmet Keleş<sup>1</sup>, Ömer Faruk Çalım<sup>1</sup>, Celal Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Sialolitiasis, orta yaşların tükürük bezi hastalıklarının en sık görülen formudur. Bu tükürük bezi taşlarının büyük çoğunluğu 1 cm'nin altında ve submandibuler bezde yerleşmiştir. Wharton kanalında dev taşlar literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Fizik muayenesinde sol submandibuler bölgede şişlik, ağız tabanında sert bir kitle tespit edilen ve ağız tabanından yaklaşılarak cerrahi olarak tedavi edilen 35 yaşında bir erkek hastayı sunmaktayız.

**Anahtar kelimeler:** Wharton kanalı taşı, Tükürük kanalı taşları

### Abstract

Sialolithiasis is the most frequent form of salivary gland diseases in middle-aged individuals. A great majority of these salivary gland stones are smaller than 1cm and are located in the submandibular gland. The literature has rarely reported giant stones in the Wharton duct. We present a male patient aged 35, who was determined to have a swelling in the left submandibular region and a firm mass in the floor of mouth during the physical examination and was surgically treated by being approached from the mouth .

**Keywords:** Wharton's duct, Salivary duct stones

### Giriş

Sialolitiasis, orta yaşların tükürük bezi hastalıklarının en sık formudur. Kanal taşları, tükürük bezi tıkanıklıklarının yaygın bir şeklidir. Erişkin popülasyonda görülme sıklığı 12/1000'dir <sup>1</sup>. Fakat, dev taşlar literatürde nadiren rapor edilmiştir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre iki kat fazladır. Herhangi bir tükürük bezinde ve her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla 25 yaşından sonra ortaya çıkar <sup>2</sup>. Taş oluşumu tükürük akımında staz varlığında artış gösterir. Tükürük taşlarının %92'si submandibuler bezde, %6'sı parotiste ve %2'si sublingual ve minör tükürük bezlerinde oluşur <sup>3</sup>.

Lustman ve ark 245 sialolitiasisli hastada yaptıkları çalışmada, taşların %79,8'inin çapının 1 cm veya daha az olduğunu, sadece %7,6'sının 1,5 cm'den büyük olduğunu rapor etmişlerdir <sup>4</sup>.

Bir yıldır yemek yeme sırasında sol çene altında tekrarlayan ağrılı şişlik şikayeti olan bir hastada saptanan dev Wharton kanalı taşının teşhis ve tedavisini literatür verileri ışığında sunduk.

### Olgu Sunumu

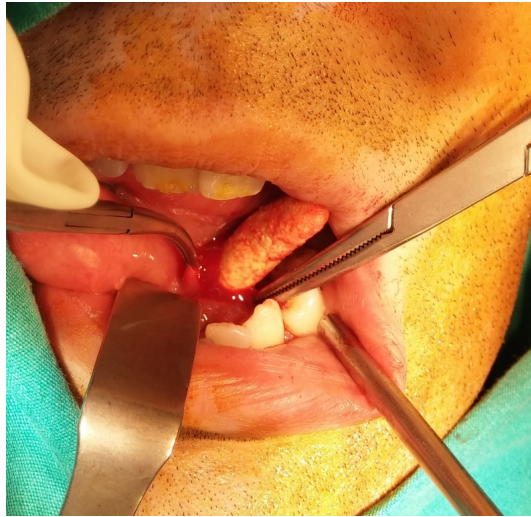
Otuz beş yaşında erkek hasta, bir yıldır yemek yeme sırasında sol çene altında tekrarlayan ağrılı şişlik şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde son 1 yıldan beri yemek yeme sırasında çene altında şişlik oluştuğunu fakat son 3-4 aydan beri şişliklerin ağrılı olduğunu ve uzun süre geçmediğini ifade etti. Fizik muayenesinde sol submandibuler bölgede şişlik ve dilin sol tarafında ağız tabanında ve Wharton kanalının ağız tabanına açılış yerine uyan bölgede sert bir kitle palpe edildi (Şekil 1).



**Şekil 1** : Sol submandibuler bölgede şişlik ve hiperemi görülmektedir

Ultrasonografide, sağ submandibuler bez 42x18 mm, sol submandibuler bez 58x21 mm boyutlarında ölçülmüştür. Sol bezin boyutunun sağa göre hafif büyük olduğu, parankimin belirgin heterojen olduğu, solda bez kanlanması ayrıca solda submandibuler bez duktus kalibrasyonunun artmış olduğu, duktus distal kesimde submental alanın hemen solunda kanal içerisinde 25 mm boyutlu kalkül izlendiği rapor edilmiştir.

Hastaya sol tükürük bezi kanalında taş bulunduğu ve öncelikli olarak ağız içinden yaklaşımla çıkarılmaya çalışılacağı, eğer mümkün olmazsa sol tükürük bezinin tamamının alınabileceği söylenerek onamı alındı. Genel anestezi altında intraoral yaklaşımla ağız tabanına duktus boyunca yapılan insizyonla taş çıkarıldı (Şekil 2 ve 3).



**Şekil 2** : Ağız tabanından yaklaşımla taşın çıkarıldığı görülmektedir.



**Şekil 3** : Uzun eksenini yaklaşık 25 mm olan taş çıkarılmış durumda görülmektedir.

Marsupiyalize edilen kanal açıklığı, 4.0 vikril ile ağız tabanına sütüre edilerek sağlandı. Postoperatif duktal açıklık düzenli olarak irriye edildi. Taburcu sonrasında bol hidrasyon ve ekşi diyet önerildi. Postoperatif 8. ayda herhangi bir problem veya şikayet saptanmadı.

## Tartışma ve Sonuç

Taş oluşumu, tükürük akımında staz varlığında artış gösterir. Tükürük taşı oluşumunun en çok izlendiği tükürük bezi, ana duktusunun anatomik yerleşimi ve salgılarının fizikokimyasal özellikleri nedeniyle submandibuler bezdir. Submandibuler bezden üretilen tükürük, uyarılmamış durumda, parotistekine göre daha yüksek PH'lıdır, daha çok müsin içerir ve kalsiyum oranı yaklaşık iki kat daha çoktur. Tükürük taşlarının %92'si submandibuler bezde, %6'sı parotiste ve %2'si sublingual ve minör tükürük bezlerinde oluşur ve 2 cm'den büyük tükürük bezi taşları dev taşlar olarak adlandırılır<sup>3</sup>.

Ultrasonografi, tanı koymada en çok tercih edilen noninvaziv bir görüntüleme yöntemidir. Solit kitleyi, bezin büyüklüğünü ve kanal genişliğini gösterir. Görüntülemeye ilk tercihtir<sup>5</sup>. Özellikle submandibular taşların yaklaşık %80'inin radyopak olması, oklüzal filmlerde değerlendirilebilmesine imkan sağlar. Milohiyoid kas kenarında kanalın distal kısmında yerleşenler, oklüzal filmde en iyi görünen taşlardır. Çok sık olmamakla birlikte bazı hastalarda radyopak ve radyolüsen taşlar bir arada görülebilir<sup>6</sup>. Digital/kesitsel siyalografi, konvansiyonel siyalografiye göre daha hassas ve spesifiktir ve tanıda "altın standart" olarak kabul edilen tanı yöntemidir. Diğer anatomik yapıların üst üste binmesini engellemesi bu yöntemin avantajıdır, fakat kontrast kullanımını gerektirmesi konvansiyonel yöntemlere göre en önemli dezavantajıdır.

Submandibular taşlar, mandibular birinci molar dişin transvers yöndeki ilişkisine göre anterior (bu hattın önünde kalanlar) ve posterior (bu hattın arkasında kalanlar) olarak iki grupta sınıflandırılır. Anterior taşlar, mandibular oklüzal radiografi ile kolaylıkla görüntülenebilir ve genellikle ağız içine açıldıkları için kolaylıkla eksizye edilebilirler. Ağız içine açılmamış olan küçük taşlar ise, orifisin dilatasyonunu takiben duktal açıklıktan alınabilir. Posterior taşlar ise, bezin hilusunda veya içinde yerleşim gösterir. Bu nedenle vakaların çoğunda taş intraoral palpasyonla fark edilemeyebilir. Bu hastalarda siyalo endoskopi ile çıkarılması mümkün olmazsa taşın ve submandibular bezin ekstraoral yaklaşımla eksizyonu gerekebilir<sup>7</sup>. Bizim vakamızda taş, bu sınıflamaya göre anteriyordan kaynaklanıp posteriyora kadar uzanmakta idi.

Submandibuler bezin Wharton kanalındaki taşlar, ağız içinden sialodokoplasti, submandibuler bezin total eksizyonu, sialoendoskopi, CO2 lazerle sialolitotomi, lazerle sialolitotripsi veya ekstrakorperal elektromanyetik şok dalga litotripsi ile tedavi edilebilir<sup>8,9</sup>. Intraoral sialolitotomi ağız tabanına yakın ve büyük taşlar için uygun bir yöntemdir. Teknik olarak ağız tabanı mukozasına insizyon yapılır, taş alınır, duktus sekonder iyileşir veya sütür konur. Genellikle orifisten 2 cm uzaklığa kadar olan taşlar mukoza insizyonu ile çıkarılabilir. Bizim vakamızda submandibuler bölgede tükürük stazı ve enfeksiyona bağlı olarak şişlik, hiperemi ve hassasiyet vardı. İntraoral palpasyonla taş ele gelmekte idi. Tanı için boyun ultrasonografi tetkiki dışında herhangi bir tetkik gerekmedi. Hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak intraoral olarak orifisin üzerine yapılan yarım santimlik insizyonla disseke edildi ve yaklaşık 2,5 cm' lik taş ağız içinden alındı. Kesi kenarları ağız tabanına sütüre edildi. Hilus veya parankim içindeki taşlarda, taşı izole edip çıkarmak zorlaştığı için genellikle bezin tamamının çıkarılması gerekebilmektedir.

Sonuç olarak, ağız tabanında kitle etkisi yaparak palpe edilebilen taşların submandibuler bezin tamamı alınmaksızın, intraoral yaklaşımla orifisten çıkarılması ve marsipyalizasyonun iyi bir tedavi seçeneği olduğu ve bu hastalarda bezin tamamının alınmasının gerekli olmadığı söylenebilir.

## Kaynaklar

1. Pagare SS, et al. Submandibular sialolithiasis-A case report. Scientific Journal. 2008; 2: 11-4.
2. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: An unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002; 193:89-91.
3. Cummings C W. Cummings Otolaryngology-Baş ve Boyun Cerrahisi. Çeviri Editörü Prof. Dr Can Koç, Bölüm 56, Tükürük Bezlerinin Fizyolojisi. 4. Baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007. Sayfa 1307,
4. Takeda Y, et al. Sialolith of the submandibular gland with bone formation. Pathol Int. 2003; 53: 309-12.
5. Andretta M, et al. Currentopinion in sialolithiasis diagnosis and treatment. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2005;25:145-9.
6. Lustmann J, et al. Sialolithiasis: a survey on 245 patients and a review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 1990; 19(3):135-8.
7. Azaz B, et al. Sialolithectomy done with a CO2 laser. J Oral Maxillofac Surg. 1996;54:685-8.
8. Leung AK, et al. 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: 331-3.
9. Ottaviani F, et al. Extra corporeal electromagnetic shocks. Laryngoscope. 1996;106:761-4.

## Sunum Bilgisi

Bu çalışma 36.Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.