

# Dev Wharton kanalı taşının ağız içi yaklaşımla tedavisi: Bir olgu sunumu

## Transoral removal of giant Wharton's duct sialolith: A case report

### Arş. Gör. Dt. Cansu Görürgöz

Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ankara  
Orcid ID: 0000-0002-3083-1660

### Arş. Gör. Dt. Murad Osmanlı

Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ankara  
Orcid ID: 0000-0001-5608-1338

### Doç. Dr. Mehmet Hakan Kurt

Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ankara  
Orcid ID: 0000-0001-8312-5674

### Uzm. Dr. Orkhan İsmayilov

Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ankara  
Orcid ID: 0000-0003-2896-8817

### Prof. Dr. Hakan Alpay Karasu

Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ankara  
Orcid ID: 0000-0003-1867-0347

Geliş tarihi: 9 Nisan 2018

Kabul tarihi: 5 Haziran 2018

doi: 10.5505/yeditepe.2019.55376

### Yazışma adresi:

Dt. Cansu Görürgöz  
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, 06500  
Ankara, Türkiye.  
Tel: +905454162381  
E-posta: cansu92009@hotmail.com

### ÖZET

Sialolitiazis, tükürük bezlerinin parankim ya da kanallarında sialolit varlığı ile karakterize bir hastalıktır. Tükürük bezlerinin en yaygın hastalığı olan sialolitiazis en çok submandibular bezde görülmektedir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte herhangi bir tükürük bezinde ve her yaşta oluşabilmektedir.

Rutin dental muayene için kliniğimize başvuran 21 yaşındaki erkek hastadan alınan panoramik radyografide sol alt çene kanin-premolar bölgede gömülü dişe benzeyen radyoopak oluşum izlendi. Alınan okluzal radyografide ise, bu oluşumun lingualde yerleşimli ve homojen yapıları olduğu tespit edildi. Tanı, Wharton kanalında sialolit olarak yapıldı ve hasta cerrahi kliniğine yönlendirildi. Sialolit tedavisi için lokal anestezi altında intraoral cerrahi eksizyon planlandı. Ağız tabanından, kanal içerisindeki yaklaşık 26 mm boyutlarında dev sialolit çıkartıldı ve sadece mukozal tabaka kapatılarak cerrahi işlem tamamlandı. Hastanın cerrahi operasyondan 6 ay sonraki kontrolünde tükürük akışının normal olduğu gözlemlendi ve herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Ağız tabanında kitle etkisi yaparak palpe edilebilen sialolitlerin; submandibuler bezin tamamı alınmaksızın, intraoral yaklaşımla çıkarılması ve marsupializasyonu iyi bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar kelimeler:** Cerrahi, radyoloji, sialolit submandibuler tükürük bezi.

### SUMMARY

Sialolithiasis is a disease characterized by the presence of sialolith in the parenchyma or ducts of the salivary glands. Sialolithiasis, the most common disease of salivary glands. It is most commonly seen in the submandibular gland. Pathogenesis is not exactly known, but it can occur in any salivary gland and at any age.

A 21-year-old male patient was applied to our clinic for routine dental examination. Panoramic radiography revealed a radiopaque mass superimposed on the left mandibular canine-premolar region. On the occlusal radiograph, it was determined that this formation was in the lingual region and homogeneous. The diagnosis was made as sialolith of the Wharton duct and the patient was directed to the surgical clinic. Intraoral surgical excision under local anesthesia was planned for sialolith treatment. An elongated giant sialolith of 26 mm length was removed from the floor of the mouth and surgical procedure was completed. At 6 months after surgery, no complication was observed.

When the stone can be palpated intraorally, it is best treatment method to remove it through an intraoral approach.

**Keywords:** Radiology, sialolith, submandibular salivary gland, surgery.

### GİRİŞ

Sialolitiazis, tükürük bezlerinin parankim ya da kanallarında sialolit varlığı ile karakterize bir hastalıktır.<sup>1</sup> Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte sialolitlerin; deskuame epitel hücreler, bakteri kümeleri, hücresel artıklar, mukus veya yabancı

cisimden oluşan bir kaynak (nidus) çevresinde kalsiyumdan zengin tuzların çökmesiyle oluştuğu düşünülmektedir.<sup>1,2</sup> Sialolitlerin inorganik içerikleri; kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonattır.<sup>2</sup>

Sialolitiazis, tükürük bezlerinin en yaygın hastalığıdır. Erişkin popülasyonda görülme sıklığı %0,012 olup erkeklerde kadınlardan 2 kat daha fazla görülmektedir. Sialolit sıklığı 30-60 yaş aralığında artış göstermekle birlikte her yaş aralığında oluşumu izlenebilmektedir. Sialolitlerin %80'ninden fazlası submandibular tükürük bezinde, %5-20'si ise parotis bezinde görülmektedir. Nadiren etkilenen sublingual tükürük bezi ve minör tükürük bezlerinde sialolit görülme oranı %1-2'dir.<sup>3</sup>

Klinik olarak sialolitler; yuvarlak ya da ovoid, pürüzlü ya da pürüzsüz yapıda ve sarımsı renktedirler.<sup>4</sup> Boyutları genellikle 1 cm'den azdır; ancak 1.5 cm'den fazla olursa dev sialolit olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Fakat dev sialolitler literatürde nadiren rapor edilmiştir.

Bu vaka raporunun amacı, submandibular tükürük bezi kanalı kaynaklı büyük sialolit olgusunun transoral cerrahi yöntem ile tedavisinin sunulmasıdır.

#### OLGU

21 yaşındaki erkek hasta rutin dental muayene için kliniğimize başvurdu. Hastanın dental anamnezinde ortodontik tedavi gördüğü öğrenildi ve tıbbi anamnezinde anormal bir durum saptanmadı. Panoramik radyografide (Planmeca Proline XC, Helsinki, Finland), sol mandibular kanin-premolar bölgede radyopak kitle izlendi (Resim 1).



Resim 1. Panoramik radyografi sol mandibular premolar bölgede sialoliti göstermektedir

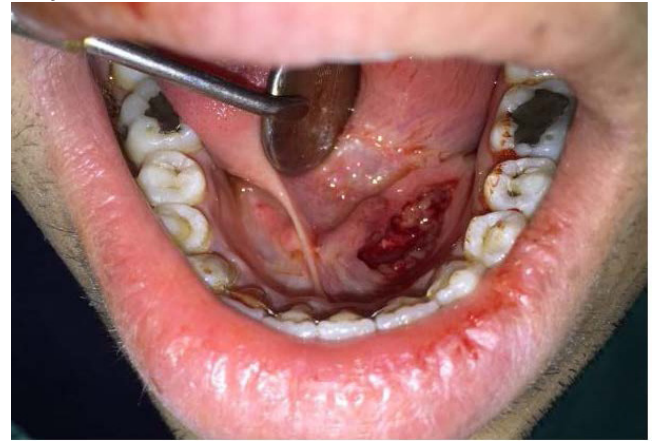
Hastadan alınan anamnezde daha önce submandibular tükürük bezi taşıını düşündürecek herhangi bir semptom olmadığı (ağrı, şişlik gibi) not edildi. Ekstraoral muayenede şişlik ya da palpasyonda ağrı saptanmadı. İntraoral muayenede yapılan inspeksiyonda mukozaya normal görünümünde olup, palpasyonda sert ve hassas olmayan kitle tespit edildi. Sialolit ön tanısıyla alınan okluzal radyografide (Size 4 E/F Kodak Insight Film; Eastman Kodak Co, Rochester, NY), kalsifiye yapının kanin dişine benzediği; ancak homojen bir yapısı olduğu gözlemlendi (Resim 2).



Resim 2. Dev sialoliti gösteren mandibular okluzal radyografi.

Hasta, Wharton kanalında sialolit tanısıyla cerrahi bölüme sevk edildi.

Sialolit cerrahi eksizyon ile çıkartılması planlandı. Hastaya, yapılacak cerrahi operasyon, operasyon sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar ile olası bir acil durum halinde yapılacak müdahaleler hakkında açıklamalar yapılarak "bilgilendirilmiş onam" formu imzalatıldı. Sialolit, lokal anestezi altında intraoral cerrahi yaklaşım ile eksize edildi. Ekstraoral olarak ağız tabanına baskı yapılarak sialolit yeri belirginleştirildi, intraoral mukozal insizyon doğrudan taş üzerinden yapıldı. Dikkatli mukozal diseksiyonun ardından submandibular kanal tespit edildi ve sialolit üzerinden kesiye devam edildi. Kanal içerisindeki sialolit dikkatli bir şekilde forseps yardımıyla ağız tabanından çıkartıldı (Resim 3)



Resim 3: Sialolit transoral yaklaşımla Wharton kanalından çıkartıldıktan sonra ağız içi görüntüsü.

ve kanal salin solüsyon ile irrije edildi. İnsize edilen kanal dikiş atılmadan kapatıldı ve ağız tabanının mukozası gevşek bir şekilde dikildi (Her dikiş arası yaklaşık 1 cm olacak şekilde). Eksize edilen sialolit yaklaşık 26 mm boyutunda, sert, sarımsı, ince uzun yapıda olduğu gözlemlendi

(Resim 4)



**Resim 4.** Sialolit eksizyon sonraki görüntüsü.

Antibiyotik ve nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (Amoksisilin 1g 1x2 ve ibuprofen 600mg x3) postoperatif yedinci güne kadar kullanıldı. Ameliyattan sonraki gün başlayarak, hasta günde iki kez 10 gün boyunca %0,20 klorheksidin gargara kullandı. Hastanın postoperatif 6. ay takibinde herhangi bir komplikasyon görülmedi ve tükürük akışının normal olduğu tespit edildi.

#### TARTIŞMA

Sialolitiazis en yaygın tükürük bezi patolojisi olup sialolitlerin %80'ninden fazlası submandibular tükürük bezi ya da bezin kanalında oluşmaktadır.<sup>4</sup> Bu durumun sebepleri arasında; bezin daha yoğun ve mukoid tükürük içeriği, kanalının daha yatık, kıvrımlı, uzun ve ağız ortamına açıldığı yerin dar olması, parotis bezi ile karşılaştırıldığında yerçekimine karşı olan tükürük akışı yer almaktadır. Bu sebeple staz ve kalsiyum tuzlarının çökme ve taş oluşturma ihtimali bu bezde daha yüksektir.<sup>2,4</sup>

Sialolitlerin çoğu hastaların ağrı ya da şişlik şikayetleri ile tespit edilebilir. Ancak bu vakada olduğu gibi asemptomatik olabilir ve hasta tarafından fark edilmeyebilir. Bu vakada kalkulus çok geniş olmasına rağmen muhtemelen kanalın tükürük akışını engellemiyordu. Ancak sialolit tam obstrüksiyon gösterip kanal lümeni tikanırca ağrı ve şişlik olabilir. Sekonder enfeksiyon eklenmesi durumunda; ateş, kızarıklık ve kanaldan pürülan akıntı görülebilir.<sup>6,7</sup>

Sialolit tanısında hastadan alınan iyi bir anamnez ve dikkatli klinik muayene oldukça önemlidir. Ayrıca görüntüleme yöntemleri sialolit teşhisinde oldukça faydalıdır. Submandibular sialolitlerin %80-94'ü radyopak görüntü vermektedir. Bunun nedeni sialolitlerin inorganik içerikleridir.<sup>8</sup> Standart mandibular okluzal radyografiler submandibular kanaldaki radyopak kalkulusları saptamada en iyi diagnostik seçenektir. Ancak mylohyoid kas altında veya bezin hilumunda yer alan sialolitler için okluzal radyografiler yeterli olmamaktadır. Ayrıca sialolitler radyolüsent özellikte olabilir. Bu durumda sialografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans sialografi sialolit lokalizasyonunu saptamada kullanılabilen diğer

görüntüleme yöntemleridir.<sup>9</sup>

Sialolitlerin boyut ve lokalizasyonuna göre tedavi seçenekleri değişmektedir. Tedavide minimal invaziv yöntem seçilmelidir.<sup>3</sup> Submandibular bezdeki küçük kalkuluslarda konservatif tedavi seçeneklerinden bol hidrasyon, sıcak uygulama ve beze masaj yapma faydalı olabilir.<sup>10</sup> Sialolit eksizyonu için mevcut tedavi seçenekleri; transoral sialitotomi, girişimsel sialoendoskopi, ekstrakorporeal şok dalga litotripsi ve bezin rezeksiyonudur.<sup>12</sup> Submandibular bez kanalının distal 1/3'lük kısmında yerleşim gösteren ve palpe edilebilen sialolitlerin tedavisinde intraoral yaklaşım en iyi seçenektir.<sup>10</sup> Transoral yaklaşımla submandibular bez taşlarının çıkarılmasında en büyük avantaj eksternal skar oluşmaması ve fasiyal sinirin marjinal dalı ile hipoglossal sinir yaralanmalarının önlenmesidir. Ayrıca açık tekniğe göre daha az komplikasyonlar görülür.<sup>11</sup> Ancak transoral yaklaşımla erişilemeyen bez içindeki sialolitlerde bezin eksizyonu önerilmektedir.<sup>10</sup>

Cerrahi operasyon sonrasında yaranın kapatılması ile ilgili farklı yaklaşımlar bulunmaktadır: Kanal dikilmeden sadece mukoza dikilir, kanal ve mukoza ayrı ayrı dikilir ve kanal, içerisindeki kanüle dikilir ve sonra mukoza dikilir. İlk durumda, dikişlerin yol açabileceği fistül oluşma ihtimali vardır. İkinci durum, stenoz ve fibroze yol açacaktır. Üçüncü yöntem, kanalın sağlamlığını ve açıklığını koruyarak, iki tabakanın kapatıldığı ideal bir durum olabilir. Kanalın anatomik devamlılığı, kanalın distal kısmın doğal açıklığı korunur ve stenozu önlenir.<sup>12</sup> Bizim vakamızda kanal bütünlüğünün bozulmamış olması nedeniyle rekonstrüktif ve tükürük akışını sağlama amaçlı katater uygulaması gerekli görülmedi. Açık olan kanal dikilmeden sadece mukoza kapatıldı ve herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılma. Sialodokoplasti ise Wharton kanalından taşların transoral çıkarılmasından sonra, yeni bir duktal açıklık yaratılmasıdır ve submandibular sialolit tedavisinde popüler hale gelmiştir. Taş çıkarıldıktan sonra duktal kenarlar titiz bir şekilde ağız mukozasına dikilir ve tükürük akışı için yeni geniş bir açıklık yapılır. Sialolit eksizyonundan sonra yapılan sialodokoplastinin, nüksü ve tükürük fonksiyonunun iyileşmesini etkilemediği belirtilmiştir.<sup>13</sup>

Çıkarılmayan dev sialolitler, sialo-oral fistül<sup>14,15,16</sup>, sialo-kutanöz fistül, atrofi ve bezin fibrozu gibi çeşitli komplikasyonlara neden olabilir.<sup>17</sup> Sialolitlerin ayırıcı tanısında; kalsifiye lenf nodu, gömülü diş, yabancı cisim, flebolit ve miyozit ossifikans yer almaktadır.<sup>5</sup> Ayrıca mandibular torus, osteoma gibi kemik lezyonlarından da ayırt edilmelidir.

#### SONUÇ

Sonuç olarak; Sialolitlerin başarılı bir şekilde yönetilmesinde, iyi bir klinik muayene ve anamnez, doğru görüntüleme yönteminin seçilmesi ve yorumlanması, minimal invaziv tedavi seçeneklerinin uygulanması büyük rol oynamaktadır.



## KAYNAKLAR

1. Jardim ECG, Ponzoni D, de Carvalho PSP, Demétrio MR, Aranega AM. Sialolithiasis of the submandibular gland. *J Craniofac Surg* 2011; 22: 1128-1131.
2. Günhan Ö. *Oral ve Maksillofasial Patoloji*, İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2015.
3. Omezli MM, Ayranci F, Sadik E, Polat ME. Case report of giant sialolith (megalith) of the Wharton's duct. *Niger J Clin Pract* 2016; 19: 414-417.
4. Kaur H, Jain S, Kamboj R, Pandav G. Submandibular Salivary Sialolith: A Case Report with Review of Literature. *Oral Health Dent Manag* 2016; 15: 18-21.
5. Kasat VO, Farooqui AA, Ladda R. Giant sialolith in the Wharton's duct. *SRM J Res Dent Sci* 2015; 6: 69-72.
6. Siddiqui SJ. Sialolithiasis An unusually Large submandibular salivary stone. *Br Dent J* 2002; 193: 89-91.
7. Baumash HD. Submandibular salivary Stones: current management modalities. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 369-378.
8. Ayaz ÜY, Dilli A, Hekimoğlu B. Büyük Boyutlarda, Değişik Bir Submandibular Sialolitiazis Olgusu: Direkt Radyografi ve Ultrasonografi Bulguları. *Ankara Üniv Tıp Fak Derg* 2009; 62: 069-072.
9. Bhovi TV, Jaju PP, Ojha S, Bhadouria P. Giant submandibular sialolith in an old female patient: A case report and review of literature. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2016; 28: 437.
10. Bayındır T, Çetinkaya Z, Toplu Y, Akarçay M. Ağız içine spontan açılan büyük submandibular sialolitiazis: Olgu sunumu. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2012; 19: 3.
11. Hong KH, Kim YK. Intraoral removal of the submandibular gland: a new surgical approach. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122: 798-802.
12. Parkar MI, Vora MM, Bhanushali DH. A large sialolith perforating the Wharton's duct: review of literature and a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 11: 477-482.
13. Woo SH, Kwon MS, Park JJ, Kim JP. Anatomical study of the submandibular gland duct after removal of a distal stone without sialodochoplasty: a sialographic evaluation of a clinical phase II trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016; 54: 556-560.
14. Saluja H, Kasat VO, Mahindra U. Giant Sialolith in the Wharton's duct causing sialo-oral fistula: A case report and review of literature. *J Orofac Sci* 2012; 4: 137.
15. Hubar JS, Guggenheimer J, Evan M. Megalith. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70: 245.
16. Akimoto Y, Sakae T, Toyoda C, Ono M, Hasegawa K, et al. An unusually large submandibular salivary calculus: Case report and structural analysis. *Int J Oral Med Sci* 2004; 2: 50-53.
17. Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32: 819-834.