



Submandibular Bez Eksizyonu: 43 Olgunun Analizi

Submandibular Gland Excision: Analysis of 43 Cases

Reşit Murat Açıkalın, İsa Özbay*, Bayram Veyseller**, Burak Dikmen, Gülşah Acar, Ahmet Alp***, Mehmet Toptaş****

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

**Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

***Eyüp Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

****Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Submandibuler bez eksizyonu endikasyonlarını, histopatolojik sonuçlarını komplikasyonlarını retrospektif olarak değerlendirmek.

Yöntemler: Hastanemizde 2008-2012 yılları arasında submandibular bez eksizyonu yapılan 43 olgu çalışmaya dahil edildi. Hastaların endikasyonları, yaş ve cinsiyet dağılımı, histopatolojik sonuçları ve cerrahinin komplikasyonları değerlendirildi.

Bulgular: 2008-2012 yılları arasında cerrahi sonrasında minimum altı ay takipli 43 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşları 11 yıl ile 86 yıl (ortalama 42,4) arasında değişen 30'u (%69,7) erkek, 13'ü (%30,2) kadın 43 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 30'unda (%69,7) ağrısız şişlik, 10'unda (%23,2) yemek sonrası ağrılı şişlik, üçünde ise (%6,9) sık enfeksiyon ve ağız içine akıntı şikayetleri mevcuttu. Histopatolojik olarak 39'u benign, dördü malign idi. Olgularda en sık rastlanan benign patoloji sialoadenit idi. Cerrahinin komplikasyonları bir olguda kalıcı, üç olguda geçici olmak üzere dört olguda marjinal mandibular sinir hasarı ve iki olguda hematoma görüldü.

Sonuç: Submandibuler bez histopatolojik sonuçlarımızın yüzdelik dağılımının literatür ile uyumlu olduğunu gördük. Marjinal mandibuler sinir hasarı, submandibuler bez eksizyonunun en sık görülen komplikasyonlarından biri olsa da, bizim olgularımızda bir hastada kalıcı olarak gelişmiştir, dolayısıyla submandibular bez eksizyonu güvenilir bir operasyondur. (*Haseki Tıp Bülteni 2014; 52: 199-201*)

Anahtar Sözcükler: Submandibuler bez, eksizyon, patoloji, komplikasyon

Abstract

Aim: To retrospectively evaluate indications for surgery, histopathological results and surgery complications in patients who underwent submandibular gland excision.

Methods: We retrospectively analyzed indications for surgery, age, sex, histopathological results, and surgery complications in 43 patients who underwent submandibular gland excision in our hospital between 2008 and 2012.

Results: A total of 43 patients [30 male (69.7%), 13 female (30.2%)] were included in the study. The minimum postoperative follow-up period was 6 months. The mean age of the patients was 42.4 years, ranging from 11 to 86 years. 30 (69.7%) had painless swelling, 10 (23.2%) had painful swelling after eating, and three (6.9%) patients had infections frequently with pus spilling into the mouth. According to the histopathological results, 39 benign and four malignant materials were excised and, sialadenitis was the most frequent benign pathology. As complications of the surgery; marginal mandibular nerve injury was seen in 4 patients (1 patient with persistent and three patients with transient nerve damage) and 2 patients had hematoma after surgery.

Conclusion: The distribution of submandibular gland materials according to the histopathological types was similar to that in the literature. Although marginal facial nerve injury is the most common complication of submandibular gland excision, it was observed in our cases that only one patient experienced permanent nerve damage. Therefore, we assume that submandibular gland excision is a safe surgical procedure. (*The Medical Bulletin of Haseki 2014; 52: 199-201*)

Key Words: Submandibular gland, excision, pathology, complication

Giriş

Submandibular bez eksizyonu, siyalolithiasis, kronik siyaloadenit ve tümör gibi submandibular bezin birçok hastalığının tedavi şeklidir (1). Tükürük bezi taşları en sık görülen patolojidir. Toplumda sıklığı %1,2 olup, erkeklerde daha sık rastlanır (2). En sık submandibular bez veya kanalında (>%80), daha sonra da sıklık sırasına göre; parotis bezi (%6), sublingual bez yada minör tükürük bezlerinde (%2) görülür (3,4). Submandibular bez tümörlerinin %50'si malign olup en sık görülen malign patoloji adenokistik karsinomdur (2). En sık görülen benign tümör ise pleomorfik adenomdur. Hem benign hem de malign tümörlerin tedavisi submandibular bezin eksizyonudur (2). Bezin çıkarılması sırasında yakın komşuluktan dolayı lingual sinir, hipoglossal sinir ve marjinal mandibular sinir zedelenebilir (5).

Bu çalışmada, submandibular bez eksizyonu yapılan olgular retrospektif olarak analiz edildi ve sonuçlar literatürde eşliğinde tartışıldı.

Yöntemler

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne 2008-2012 yılları arasında başvuran ve submandibular bez eksizyonu yapılan 43 olgu retrospektif olarak irdelendi. Hastaların anamnez ve muayene bulguları gözden geçirildi. Ameliyat öncesi değerlendirmede Ultrasonografi (USG) ve ince iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) yapıldı. Tedavide submandibular bez eksizyonu uygulandı. Malign olarak tespit edilmiş hastalara ise boyun diseksiyonu uygulandı.

Bulgular

Hastaların 30'u (%69,7) erkek, 13'ü (%30,2) kadın olup, yaş ortalaması 42,4 (11 yıl ile 86 yıl) bulundu. En sık başvuru şikayeti 30'unda (%69,7) ağrısız şişlik, 10'unda (%23,2) yemek sonrası oluşan ağrılı şişlik, üçünde ise (%6,9) sık enfeksiyon ve ağız içine akıntı şikayetleri mevcuttu. Kırk üç hastanın 32'sinde (%74,4) USG'de taş tespit edildi. USG'de malignite şüphesi olan hastalara İİAB yapıldı ve beş hastada pleomorfik adenom, bir hastada yassı epitelyum hücreli karsinom bir hastada mukoeypidermoid karsinom ve iki hastada ise atipik hücreler şeklinde sonuçlar geldi.

Hastaların tümüne transservikal yöntem ile submandibular bez eksizyonu yapıldı. Olguların 26'sında (%60,4) sağ, 17'sinde (%39,5) sol submandibular bez eksizyonu yapıldı. Malign olan olgulara fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı.

Cerrahi sonrası histopatolojik incelemelerde olgulara göre 39'u benign, dördü malign idi. En sık rastlanan benign patoloji ise 34 olguda görülen kronik siyaloadenitti. En sık benign tümör beş olguda görülen pleomorfik adenomdu. Malign olan dört olguda ise indifferensiye karsinom,

skuamöz hücreli karsinom, mukoeypidermoid karsinom ve malign mezenkimal tümör tanıları konuldu. Histopatolojik değerlendirme sonuçları Tablo 1'de görülmektedir.

Cerrahinin komplikasyonları olarak; bir olguda kalıcı olmak üzere dört olguda marjinal mandibular sinir hasarı ve iki olguda hematoma görüldü.

Tartışma

Klasik olarak çene altı tükürük bezi cerrahisinin en sık nedeni kanal tıkanmaları nedeniyledir (6,7). Submandibular bezde diğer majör tükürük bezlerinden daha fazla sıklıkta taş görülmesinin nedenleri; üretilen tükürük içeriğinin daha alkali yapısı, müsin daha fazla içermesi, bez kanalının daha uzun olması ve kalsiyum, fosfat içeriği bakımından daha zengin olmasından dolayıdır (4). Patogenezinde; dökülen epitelyum hücreleri, bakteriler ve tükürük müsinlerinden oluşan çekirdek etrafında kalsiyum tuzlarının birikimi neticesinde taşın oluştuğu kabul edilmektedir (4). Siyalolithiasisli hastalar genellikle yemekten sonra oluşan şişlik ve ağrıdan şikayetçi olurlar (6). Bizim hastalarda ise ağrısız şişlikle başvuran hasta sayısı daha fazlaydı.

Siyalolithiasis tanısında birçok metod kullanılabilir. Taşların %8'i radyopak olması sebebiyle direkt grafiler tanıda yardımcı olabilir ancak flebolitin ve tüberküloza bağlı lenfadenopatinin de aynı görüntüyü verebilmesi ve her taşın radyopak olmaması dezavantajlarıdır (7). Kesin tanıda siyalografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir. Ancak siyalografinin kontrast madde alerjisi olanlarda kullanılamaması ve BT'nin maliyeti ve hastanın maruz kaldığı radyasyon miktarını fazla olması dezavantajlarıdır. USG noninvaziv, kolay ulaşılabilir, ucuz olması nedeniyle taş tanısında en sık kullanılan yöntemdir. Biz de hastalarımızın tanılarında USG kullanmayı tercih ettik (8). Hastalarımızın 32'sinde USG ile taş tespit ettik.

Siyalolithiasis genellikle erkeklerde daha sıktır (5). Bizim hastalarda ise cinsiyet dağılımı 30'u (%69,7) erkek, 13'ü (%30,2) kadındı.

Siyalolithiasis tedavisi, taşın lokalizasyonuna, semptomların süresine, tekrarlama sıklığına ve taşın

Tablo 1. Histopatolojik değerlendirme sonuçları

Tanı	Hasta sayısı
Kronik siyaloadenit	34
Pleomorfik adenom	5
Mukoeypidermoid karsinom	1
İndifferensiye karsinom	1
Skuamöz hücreli karsinom	1
Malign mezenkimal tümör	1
Toplam	43

büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Taş tedavisinde duktus ağzına 2 cm'den daha yakın taşlar için intraoral yol, diğer taşlar için ise eksternal boyun yaklaşımı ile eksizyon önerilmektedir (8). Bizim vakaların hepsinde taşlar duktus ağzına yakın olmadığı için intraoral yolla çıkarılmadı ve submandibuler bez eksizyonu yapıldı.

Submandibuler bez kitlelerine yönelik yapılan bir çalışmada İİAB'lerin tanı değeri %77 bildirilmiştir (9). USG ile malignite şüphesi olan hastalara İİAB yaptık. İİAB sonuçları bir hastada bazal hücreli adenom, bir hastada pleomorfik adenom ve iki hastada ise atipik hücreler şeklinde geldi.

Submandibular bezde en sık görülen benign tümör pleomorfik adenomdur (10). Bizim hastalarımızda da en sık görülen benign tümörün pleomorfik adenom olması literatür ile uyumluydu. Malign olarak bir olguda karsinosarkom, bir olguda squamöz hücreli karsinom ve bir olguda ise malign mezenkimal tümör tanısı konuldu. İİAB, lenfoma olan hastalarda yanlış negatif sonuçlar vermesine rağmen kitle olan hastalarda rutin uygulanması gereken bir işlemdir (11-13).

Submandibular bez çıkarılması relatif olarak standart bir cerrahi işlem olmasına rağmen cerrahi komplikasyonları hakkında halen farklı gruplar tarafından sık olarak yayımlar mevcuttur. Bu komplikasyonlar; marjinal mandibular sinir yaralanması, estetik sekeller, hematoma, tükürük fistülleri, yara enfeksiyonları, hipertrofik skarlar ve tükürük bezi kanalında rezidiv taşların yol açtığı rekürren enfeksiyonlardır (6,7).

Submandibular bez cerrahisinin en sık görülen komplikasyonu marjinal mandibular sinir paralizisidir (%9) (14). Bizim olgularımızın birinde kalıcı olmak üzere dördünde, marjinal mandibular sinir hasarı görüldü (%9,3). Bir diğer komplikasyon post op hematomdur. Preuss ve ark.'nın yaptığı çalışmada post op hematoma %2 oranında görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise iki hastada post op hematoma görülmüştür (%4,6) (14). Submandibuler bez cerrahisinin diğer nörolojik komplikasyonları olan lingual sinir ve hipoglossal sinir hasarı ise bizim olgularda görülmemiştir.

Güncel literatüre bakıldığında sialoendoskopi ve litotripsi teknikleri submandibular bez eksizyonuna alternatif olarak görülebilsede; obstrüktif ve tümöral olgularda, eksizyonun halen bir rolü vardır (15).

Sonuç

Submandibuler bez eksizyonu yaptığımız hastalar retrospektif olarak incelenmiş, hastaların endikasyonları, demografik bilgileri, histopatolojik tanıları ve komplikasyonları literatür eşliğinde tartışılmıştır. Sialoendoskopi ve litotripsi teknikleri submandibular gland

eksizyonuna alternatif olarak görülebilsede, obstrüktif ve tümöral olgularda eksizyonun halen bir rolü vardır.

Kaynaklar

1. Witt RL, Maygarden SJ. Benign tumors, cyst, and tumor-like condition of the salivary glands. In: Witt R.L, editor. Salivary gland diseases. Surgical and medical management. New York. Thieme Medical Publishers; 2005;114.
2. Stanley MW, Bardales RH, Beneke J, Korourian S, Stern SJ. Stanley MW, Bardales RH, Beneke J, Korourian S, Stern SJ. Sialolithiasis. Differential diagnostic problems in fine-needle aspiration cytology. Am J Clin Pathol 1996;106:229-33.
3. Leung AK, Choi MC, Wagner GA. 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.
4. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J 2002;193:89-91.
5. Work WP, Hecht DW. Inflammatory diseases of the major salivary glands In: Papparella MM, Shumrick DF, editors. Otolaryngology Philadelphia. WB Saunders; 1980; p. 2235-43.
6. Baurmash HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. J Oral Maxillofac Surg 2004;62:369-78.
7. Paul D, Chauhan SR. Salivary megalith with a sialo-cutaneous and a sialo-oral fistula: a case report. J Laryngol Otol 1995;109:767-9.
8. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibuler sialolithiazise yaklaşımımız. Yeni Tıp Dergisi 2009;26:16-9.
9. Cohen EG, Patel SG, Lin O, et al. Fine-needle aspiration biopsy of salivary gland lesions in a selected patient population. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:773-8.
10. Weissmann JL. Imaging of the salivary glands. Semin Ultrasound CT MR 1995;16:546-68.
11. Zbären P, Schär C, Hotz MA, Loosli H. Value of fine-needle aspiration cytology of parotid gland masses. Laryngoscope 2001;111:1989-92.
12. Hughes JH, Volk EE, Wilbur DC; Cytopathology Resource Committee, College of American Pathologists. Hughes JH, Volk EE, Wilbur DC; Cytopathology Resource Committee, College of American Pathologists. Pitfalls in salivary gland fine-needle aspiration cytology: lessons from the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Nongynecologic Cytology. Arch Pathol Lab Med 2005;129:26-31.
13. Postema RJ, van Velthuysen ML, van den Brekel MW, Balm AJ, Peterse JL. Postema RJ, vanVelthuysen ML, van den Brekel MW, Balm AJ, Peterse JL. Accuracy of fine-needle aspiration cytology of salivary gland lesions in the Netherlands Cancer Institute. Head Neck 2004;26:418-24.
14. Preuss SF, Klusmann JP, Wittekindt C, Drebber U, Beutner D, Guntinas-Lichius O. Submandibular gland excision: 15 years of experience. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:953-7.
15. Hernando M, Echarri RM, Taha M, Martin-Fragueiro L, Hernando A, Mayor GP. Surgical complications of submandibular gland excision. Acta Otorrinolaringol Esp 2012;63:42-6.