



Büyük parotis taşlarına siyalendoskopik kombine yaklaşım

Sialendoscopic combined approach to large parotid stones

Çağatay Oysu, Aslı Şahin Yılmaz, Serap Önder

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Siyalendoskopi majör tükürük bezi taşlarının tanı ve tedavisinde gün geçtikçe popülerlik kazanmaktadır. Ancak bu yöntemle altı milimetrenin üzerindeki taşların endoskopik olarak çıkartılması çoğunlukla mümkün değildir. Bu durum açık cerrahisi potansiyel riskler taşıyan parotis bezi taşlarında sorun oluşturmaktadır. Bu çalışmada siyalendoskopik kombine yaklaşımla minimal invaziv olarak parotis taşları çıkartılan üç olgu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Parotis; siyalendoskopi; taş.

ABSTRACT

Sialendoscopy is becoming increasingly popular in the diagnosis and treatment of major salivary gland stones. It is, however, often not possible to endoscopically extract stones that are larger than six millimeters with this technique. This situation poses a problem in parotid gland stones, which have potential risks for open surgery. In this study, we report three patients with parotid gland stones that were extracted with minimally invasive sialendoscopic combined approach.

Keywords: Parotid; sialendoscopy; stone.

Siyalolityazis büyük tükürük bezlerinin enflamatuvar hastalıklarına yol açan en önemli nedendir ve genel nüfusun yaklaşık %1'inde görülür.^[1] En sık submadibüler bezde görülse de parotis bezi taşları tüm siyalolityazis hastalarının %10'unu oluşturur.^[2] Tükürük bezi taşları Stensen kanalında yerleşik olabilecekleri gibi kimi zaman parotis bezi parankimine de yerleşmiş olabilir. Doksanlı yıllarda kullanıma giren siyalendoskopi tekniklerinin giderek yaygınlaşması, deneyim ve birikimin artması ile birlikte bu hastaların önemli bir kısmının minimal invaziv olarak tedavisine olanak tanımıştır. Beş milimetre altındaki taşların çoğunu endoskopik olarak çıkarmak mümkün olsa da daha büyük ve parankim içine sıkışmış taşların endoskopik olarak çıkartılması zordur.

Parotis parankimine yerleşik büyük taşların lazer ile parçalanarak çıkartılması sık kullanılan bir yöntem olsa da cerrahi için çok zaman harcanması ve Stensen kanalında perforasyon ve striktür gelişmesi nedeniyle kullanımı sınırlı kalmıştır.^[3] Rekürren ve enflamatuvar parotis atakları geçiren hastaların önemli bir kısmına sunulacak

tek seçenek olarak açık cerrahi kalmaktadır. Ancak açık cerrahi parotidektomi ile benzer komplikasyonları nedeniyle hastalar ve cerrahlar tarafından genellikle tercih edilmemektedir. Biz bu çalışmada endoskopik olarak çıkartılması mümkün olmayan parotis taşı olgularında siyalendoskopi kılavuzluğunda gerçekleştirilen kombine minimal invaziv cerrahi sonuçlarımızı sunuyoruz.

OLGULAR

Çalışma Şubat 2010 - Temmuz 2016 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen 58 majör tükürük bezi taşı olgusunda gerçekleştirildi. Parotis taşları endoskopik olarak çıkarılmaya uygun olmayan üç hastaya kombine yaklaşım uygulandı. Tüm hastalarda taşın boyutu ve bez içindeki yerleşimi ameliyat öncesinde ultrasonografi ile belirlendi. Hastaların detaylı bilgileri Tablo 1'de yer almaktadır.

Hastaların hepsine genel anestezi ve fasiyal sinir nöromonitörijasyonu uygulandı. Girişimsel siyalendoskopi

Geliş tarihi: 22 Şubat 2017 Kabul tarihi: 23 Şubat 2017

İletişim adresi: Dr. Çağatay Oysu, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, 34899 Pendik, İstanbul, Türkiye. Tel: 0216 - 625 47 93 e-posta: cagatay.oysu@marmara.edu.tr

© 2017 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

Tablo 1

Siyalendoskopik kombine yaklaşım ile tedavi edilen üç olgunun detaylı bilgileri

Olgu no	Yaş/cinsiyet	Yerleşim ve boy	Stent	Rekürren semptom	Takip (ay)
1	E/44	Proksimal kanalda 6 mm taş	+	-	36
2	E/56	Proksimal kanalda 7 mm taş	+	-	14
3	E/48	Parotis bezi parankiminde 11 mm taş	+	-	7

için 1.6 mm çapında yarı-rijit iki kanallı endoskoplar (Karl Storz GmbH & Co. KG, Tuttlingen, Germany) kullanıldı. Olguların hepsine standart parotis endoskopisi yapılarak taşın varlığı teyit edilip yerleşimi transillüminasyon ile cilt üzerinde belirlendi. Modifiye Blair insizyonu yapılarak süperfisiyel parotis dokusu illüminasyon sahasına ulaşılacak şekilde ortaya kondu (Şekil 1). Aydınlatılmış parotis dokusu fasiyal sinir dallarına paralel olacak şekilde bistüri ve bipolar koter kullanılarak diseke edildi, taşa ulaşılarak çıkartıldı (Şekil 2). Daha sonra Stensen kanalı orifisinden 5Fr Double-J stent yerleştirildi ve diseke edilen parotis dokusu 3/0 Vicryl ile stenti örtecek şekilde dikildi (Şekil 3). Mukozaya sütüre edilen stent tüm olgularda 14 gün sonra çıkartıldı.

Yaklaşık altı yıllık dönemde 58 hastaya girişimsel siyalendoskopi uygulandı; bunlardan 50'si (%86) submandibüler bez siyalolityazisi sekizi (%14) parotis bez siyalolityazisi idi. Parotis siyalendoskopisi yapılan

hastalardan beşinde taşların endoskopik olarak çıkarılması planlandı. Bu olguların birinde 7 mm çapında taş holmiyum lazer ile parçalandıktan sonra çıkartıldı. Ancak semptomların tekrar etmesi üzerine yapılan siyalendoskopide kanalda darlık ve darlığın distalinde 4 mm taş tespit edildi. Transfasiyal yaklaşımı kabul etmeyen olguya stent koyularak işlem sonlandırıldı. Bir olguda parotis bezi parankimine sıkışmış 14 mm boyutunda taş holmiyum lazer ile parçalanarak çıkartılmak istendi, ancak işlemin uzaması nedeniyle oluşturacağı termal hasar nedeniyle taş küçültülerek işlem sonlandırıldı. Kombine yaklaşımı kabul etmeyen hastada rezidüel taş çıkartılamadı. Ameliyat öncesi büyüklüğü dolayısıyla endoskopik olarak çıkartılamayacağı düşünülen diğer üç olguya kombine yaklaşım uygulandı.

Olguların üçü de erkekti ve yaş ortalaması 49 (dağılım, 44-56) yıl idi. Olgularda semptomlar ortalama olarak 11 (dağılım, 6-15 yıl) yıldır devam ediyordu.



Şekil 1. Transillüminasyon ile parotis bezi lateral yüzünde taş yerleşimi görülmekte.



Şekil 2. Siyalendoskopi kılavuzluğu ile yeri belirlenen taş ince bir klemp ile çıkartılır. Sağ üst köşede yaklaşık 11 mm çapında birden fazla taşın yaptığı konglomerat görülmekte.



Şekil 3. Yaklaşık 1.6 mm çapında double-J stent kanal orifisinden prosimale ilerlerilerek yerleştiriliyor.

İki olguda Stensen kanalının proksimal kısmında 6 ve 7 mm çapında taş vardı. Üçüncü olguda parotis bezi parankiminde yerleşik konglomere görünümlü 11 mm çapında bir taş bulunuyordu (Şekil 4).

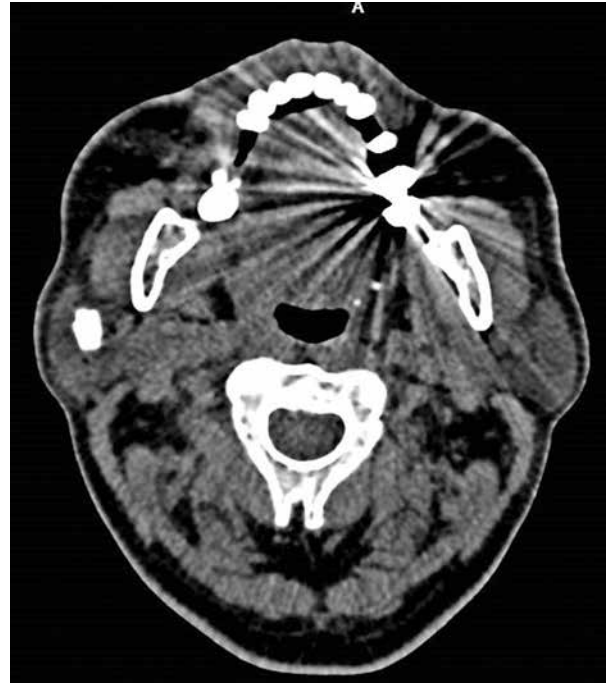
Cerrahi girişim sonrasında olguların hiç birinde fasiyal sinir parezi veya parezisi gelişmedi. Olguların sırasıyla 36, 14 ve 7 aylık (ortalama 19 ay) takiplerinde semptomlarında ve tekrar yapılan kontrol ultrasonografilerinde taş oluşumu gözlenmedi. Üç olgunun hiçbirinde kanal darlığı gelişmedi. Takiplerde tükürük fistülü veya yara yeri sorunu gözlenmedi.

TARTIŞMA

Siyalolityazis oluşum mekanizması tam olarak anlaşılammıştır. Bir görüşe göre mikrokalküller normal sirkülasyonda oluşur ve tükürük ile birlikte kanalda ilerleyip ostiyumdan atılır. Fakat kanalda darlık gelişmesi gibi tükürük atılımının bozulduğu durumlarda, tükürükteki mineral dengesi değişir ve kalkül boyutunun artmasına neden olur.^[4] Diğer bir hipoteze göre mukozal plaklar kalkül oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Mukozal plaklara inorganik mineraller birikerek kalkül oluşumu gerçekleşir.^[5]

Son iki dekadda siyalolityazis tedavisinde endoskopik ve minimal invaziv tekniklerin kullanılmaya başlanması majör tükürük bezi eksizyon gerekliliğini büyük oranda azaltmıştır. Siyaloendoskopi ile çapı 6 mm'ye kadar olan kalküller tedavi edilebilirken holmium lazer ile çapı 8-10 milimetreye ulaşabilen kalkülleri ilk önce parçalayıp sonra siyaloendoskopi ile çıkarmak mümkündür.^[3]

Altı yıllık klinik deneyimimizde siyaloendoskopi uyguladığımız 58 hastanın sekizi (%14) parotis bezi siyalolityazisi idi. Bunların üçü siyaloendoskopi ile minimal



Şekil 4. Üç numaralı olgunun aksiyal kesitli bilgisayarlı tomografisinde 11 mm taş görülmekte.

invaziv olarak tedavi edildi diğer üçüne ise kombine yaklaşım uygulandı. Siyaloendoskopik olarak tedavi etmek istediğimiz ve lazer kullandığımız bir hastada darlık ve gözden kaçan taş ile başarısızlık yaşadık. Literatürde parotis siyalolityazislerinde siyaloendoskopi ile %80 oranında başarı bildirmektedir. Ancak bu serilerde hastalara ekstrakorporeal şok dalgaları ile litotripsi (ESWL) uyguladığı için yüksek başarı oranları sağlanabilmiştir.^[6] Kopeç ve ark.^[7] çalışmalarında başarı oranını %53 olarak bildirmiş ve sadece bir olguda darlık gelişimi saptamışlardır. Bizim lazer litotripsi uyguladığımız bir olguda darlık ve gözden kaçan taşla bağlı başarısızlık gelişti.

Literatüre baktığımızda parotiste ESWL ve siyaloendoskopi ile çıkarılması mümkün olmayan büyük taşların tedavisinde kombine yaklaşım kullanıldığı görülmektedir.^[6,7] Ekstrakorporeal şok dalgaları ile litotripsi ile çapı 7 mm'den büyük taşlarda %90'a varan başarı elde edilmektedir. Olguların %10'unu litotripsiye rağmen kombine yaklaşım tedavisini tercih etmektedir. Bununla birlikte her merkezde ESWL bulunmaması nedeniyle çoğu zaman büyük parotis taşları için kombine yaklaşım gerçekçi bir tedavi seçeneğidir.^[8] Çoğu yazar kombine yaklaşımın genel anestezi altında yapılmasını önermektedir. Çünkü genel anestezi cerraha büyük bir kolaylık sağlamak ve noromonitörizasyon imkanı vermektedir.^[7,9-11] Biz de tüm olgularımızı genel anestezi altında tedavi ettik. Koch et al.^[12] dokuz hastada yaptığı kombine yaklaşımda tüm hastalarda taşları çıkarabilmiştir. Ancak

bir hastaya Stenon kanalını rekonstrükte edemediği için total parotidektomi yapmak zorunda kalmıştır. Bizim serimizde total parotidektomi yapılan olgu olmadı. Walvekar et al.^[13] 106 siyalolityazis hastasının 19'una kombine yaklaşım uygulamış ve %90 oranında başarı elde etmiştir. McGurk ve ark.^[14] kombine yaklaşımı sekiz hastasına uygulamıştır. Bu hastaların yedisi siyalolityazis, biri darlık nedeni ile ameliyat olmuştur. Yedi hastada başarı elde edilirken darlık nedeniyle ameliyat olan hastanın kanalı bağlanmak zorunda kalmıştır. Kopeć ve ark.^[7] parotis siyalolityazisi olan dört hastaya ve Stenon kanalında darlık olan bir hastaya kombine yaklaşım uygulamıştır. Hepsinde başarıya ulaşılmış olup herhangi bir ameliyat sonrası komplikasyondan bahsetmemiştir.^[7] Marchal^[15] refrakter darlığı olan 37 hastasına kombine yaklaşım uygulamış ve %92'lik bir başarı elde etmiştir.

Biz parotis siyalolityazisli sekiz hastanın üçüne uyguladığımız kombine yaklaşımda başarılı sonuçlar elde ettik. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Parotis siyalendoskopi sonrası darlık gelişen bir hastamıza da kombine yaklaşım planlanmış fakat hastanın kabul etmemesi üzerine işlem gerçekleştirilememiş ve tekrar siyalendoskopi yapılarak stent konulmuştur.

Birçok yazar kanalı stabilize etmek ve sekonder darlık gelişimini engellemek amacı ile stent yerleştirilmesini önermektedir.^[9,13,14] Biz de kombine yaklaşım uyguladığımız üç hastaya stent koyup 14 gün sonra çıkardık; olguların hiçbirinde darlık gelişmedi. On dokuz aylık ortalama takip süresinde nüks ile karşılaşılmadı.

Siyalendoskopi ile minimal invaziv yaklaşım çapı 6 mm'nin altındaki siyalolitlerin tedavisinde ana yöntemdir. Ancak büyük taşlarda ESWL uygulanması olası değil ise siyalendoskopik kombine yaklaşım en akılcı tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Olgularımızın sayısı az ve takip süresi görece kısa olsa da kombine yaklaşımın oldukça güvenli ve başarılı sonuç verdiğini söylemek mümkündür.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Zenk J, Koch M, Klintworth N, König B, Konz K, Gillespie MB, et al. Sialendoscopy in the diagnosis and treatment of sialolithiasis: a study on more than 1000 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;147:858-63.
2. Rice DH. Noninflammatory, non-neoplastic disorders of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32:835-43.
3. Sahin-Yilmaz A, Oysu C. A serious complication of laser lithotripsy. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:798-9.
4. Harrison JD. Causes, natural history, and incidence of salivary stones and obstructions. *Otolaryngol Clin North Am* 2009;42:927-47.
5. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951-6.
6. Iro H, Zenk J, Escudier MP, Nahlieli O, Capaccio P, Katz P, et al. Outcome of minimally invasive management of salivary calculi in 4,691 patients. *Laryngoscope* 2009;119:263-8.
7. Kopeć T, Szyfter W, Wierzbicka M. Sialendoscopy and combined approach for the management of salivary gland stones. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270:219-23.
8. Baumash H, Dechiara SC. Extraoral parotid sialolithotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:127-32.
9. Nahlieli O, London D, Zagury A, Eliav E. Combined approach to impacted parotid stones. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1418-23.
10. Konstantinidis I, Chatziavramidis A, Iakovou I, Constantinidis J. Long-term results of combined approach in parotid sialolithiasis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;272:3533-8.
11. Rotnág I, Zavázalová Š, Vorobiov O, Astl J. Sialendoscopy and Combined Minimally Invasive Treatment for Large Parotid Stones. *Biomed Res Int* 2016;2016:1354202.
12. Koch M, Bozzato A, Iro H, Zenk J. Combined endoscopic and transcutaneous approach for parotid gland sialolithiasis: indications, technique, and results. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;142:98-103.
13. Walvekar RR, Bomeli SR, Carrau RL, Schaitkin B. Combined approach technique for the management of large salivary stones. *Laryngoscope* 2009;119:1125-9.
14. McGurk M, MacBean AD, Fan KF, Sproat C, Darwish C. Endoscopically assisted operative retrieval of parotid stones. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44:157-60.
15. Marchal F. A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands. *Laryngoscope* 2007;117:373-7.