

# Bölüm 69

## SİALENDOSKOPI

Poyraz ŞAHİN<sup>1</sup>  
Süleyman ÖZDEMİR<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Sialendoskopi majör tükürük bezi kanallarını ve patolojilerini değerlendirmemizi sağlayan öncelikle diyagnostik daha sonra uygunsu tedavi amaçlı kullanılabilen düşük morbiditeli, yeni bir yöntemdir. Ana kanal, ikincil ve üçüncül kanalların endoskopik olarak değerlendirilmesiyle, klinisyene darlıklar, mukus tıkaçları, polipler ve taşlar arasında ayırıcı tanı ve tedavi imkânı sağlar (1). Bu minimal invaziv teknik; tükürük bezi kanallarının değerlendirilmesi için fleksibl endoskop kullanan Katz ve Fritz tarafından ilk olarak 1990'lı yıllarda tanımlanmıştır (2). O zamanlarda kullanılan tek optik fiberlerin yerini bugün çalışma ve sulama kanalları olan semi-rijit endoskoplara bırakmıştır. Sialendoskopi işlemi yaklaşık tükürük bezi kanalının yaklaşık 0.5 mm'lik papillasının dilatasyonu ile başlar. Çalışma esnasında kanal içine sıvı verilerek lümen açıklığı sağlanır. Bu şekilde farklı çapı olan sialendoskoplarla ana kanal ve üçüncü dallamalara kadar kanallar izlenebilir. Sialendoskopi sadece tanı amaçlı değil aynı zamanda basket, lazer, drill, stent, forceps, aspiratör vb enstrümanlarla beraber tedavide de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Diyagnostik Sialendoskopi özellikle erişkinlerde lokal anestezi altında da yapılabilen bir yöntemdir.

### ENDİKASYONLAR:

#### Diyagnostik sialendoskopi:

Özellikle yemeklerden sonra majör tükürük bezi bölgelerinde görülen şişliklerle karakterize obstrüktif tükürük bezi hastalıklarının (sialolitiazis, otoimmün hastalıklar, radyoaktif iyot tedavisi- radyoterapi alma öyküsü ve bulara bağlı Stenon veya Wharton kanallarındaki darlıklar, yapışıklıklar, kanaldaki anatomik varyasyon ve malformasyonların tanısı, mukus plakların saptanması vb) tanısında öncelikli olarak kullanılabilir. Bu bağlamda sialografi de tanı amaçlı kullanılabilen bir test olmakta beraber özellikle tüm kanalı değerlendirebilmesi ve darlığın proksimali hakkında bize fikir verebilmesi sialendoskopiye üstünlükleri olabilir. Fakat sialografi uygulanırken hastaya verilen radyasyon dozu, hava kabarcıkları ile oluşan yanlış kanal taşı tanıları ve en önemlisi tanı anında tedaviye de imkan verebilmesi sialendoskopi- nin üstünlüğü olarak değerlendirilebilir (3). Aynı zamanda sialendoskopi tedavi başarı oranlarının kontrol ve takibi amaçlı da kullanılabilir.

Direkt grafilerin taşlar için spesifitesi %60-80, MR sialografinin ise %98'dir (4). Ultrasonografide ise 2 mm ve üzerindeki taşlar görülebilir ve başarı oranı % 80-94'dür. Marshal ve arkadaşları şüpheli kanal hastalığı ve şişliği olan 135 submandibular gland da diyagnostik sialendoskopinin başarı oranını %97 olarak bulmuşlar ve hiçbir komplikasyonla karşılaşmamışlardır. Tanılar %74.1 taş,

<sup>1</sup> Uzman Dr. Osmaniye Özel Sevgi Hastanesi, dr\_poyrazsahin@hotmail.com

<sup>2</sup> Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi, drsozdemir@gmail.com

Sialendoskopik yaklaşımların amacı darlığı ortadan kaldırmaya çalışmak ve kanalın akışının devamlılığını sağlamaktır. Eğer kanal içi litotropsi için holmium lazer kullanılacaksa endoskopi birkaç mm geriye çekmekte fayda vardır çünkü lazer endoskop hasarına yol açabilir. Anestezi ekibinin mümkünse cerrahın kanalı genişletmesinde zorlukla karşılaşmaması için antikoagülan ajan kullanımından kaçınması gerekmektedir.

**Postoperatif Komplikasyonlardan korunmak için;** cerrahi sonrası erken dönemde obstrüktif şikayetleri olan hastalarda haftalık irrigasyon yapılabilir. Özellikle ilk hafta günde 4-5 kez ilgili bez bölgesine ılık pansuman ve masaj yapması aynı zamanda sialogog bir ajan (örn:şekersiz limon suyu) kullanması tavsiye edilmelidir. Dehidratasyondan kaçınmak için bol sıvı tüketmesi önerilmeli ve olası enfektif komplikasyonların önüne geçmek için postoperatif dönemde geniş spektrumlu antibiyotik başlanmalıdır.

## SONUÇ

Sialendoskopi tanı ve tedavi amaçlı olarak kullanılabilen bir yöntem olup, kullanılan diğer cerrahi yöntemlere göre daha az morbidite taşımaktadır. Operasyon esnasında karşılaşılabilecek sorunlar ve komplikasyonlar için operasyon öncesinde hastaya açık cerrahi yapılabileceği (kombine yaklaşım veya gland eksizyonu) konusunda hastaya bilgi verilmeli ve aydınlatılmış onam formu mutlaka imzalatılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ailendoskopi, Sialolityazis, sialoadenit, submandibüler bez, parotis

## KAYNAKÇA

1. Hopf JUG, Hopf M, Gundlach P, Scherer H. Miniature endoscopes in otorhinolaryngologic applications. *Min Invas Ther & Allied Technol* 1998;7/3:209-18.
2. Katz P, Fritsch MH. Salivary stones: innovative techniques in diagnosis and treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;11:173-178. doi: 10.1097/00020840-200306000-00008.
3. Geisthoff UW. Basic sialendoscopy techniques. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009 Dec;42(6):1029-52.
4. Kalinowski M, Heverhagen JT, Rehberg E, Klose KJ, Wagner HJ. Comparative Study of MR Sialography and Digital Subtraction Sialography for Benign Salivary Gland Disorders. *Am J Neuroradiol* 2002 Oct; 23(9):1485-92. 12372736
5. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Submandibular diagnostic and interventional sialendoscopy: new procedure for ductal disor-

- ders. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002 Jan;111(1):27-35. 11800367
6. Geisthoff UW. Techniques for multimodal salivary gland stone therapy. *Operat Tech Otolaryngol* 2007;18:332-40
7. Kopec T, Szyfter W, Wierzbicka M. Sialoendoscopy and combined approach for the management of salivary gland stones. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270:219.
8. Luers JC, Grosheva M, Stenner M, Beutner D. Sialendoscopy: prognostic factors for endoscopic removal of salivary stones. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;137:325-329.
9. Sionis S, Caria RA, Trucas M, Brennan PA, Puxeddu R. Sialoendoscopy with and without holmium:YAG laser-assisted lithotripsy in the management of obstructive sialadenitis of major salivary glands. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52:58.
10. Guenzel T, HOch S,Heinze N, et al. Sialendoscopy plus laser lithotripsy in sialolithiasis of the submandibular gland in 64 patients: A simple and safe procedure. *Auris Nasus Larynx* 2019;46(5):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2019.01.009>
11. Nahlieli O, Shacham R, Yoffe B, et al. Diagnosis and treatment of strictures and kinks in salivary gland ducts. *J Oral Maxillofac Surg*2001;59:484-90.
12. Ziegler CM, Steveling H, Seubert M, et al. Endoscopy: a minimally invasive procedure for diagnosis and treatment of diseases of the salivary glands: six years of practical experience. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42(1):1-7.24.
13. Bomeli SR, Schaitkin B, Carrau RL, Walvekar RR. Interventional sialendoscopy for treatment of radioiodine-induced sialadenitis. *Laryngoscope.* 2009;119(5):864-867.
14. Shacham R, Puterman MB, Ohana N, Nahlieli O. Endoscopic treatment of salivary glands affected by autoimmune diseases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(2):476-481.
15. Garavello W, Redaelli M, Galluzzib F, Pignataro L. Juvenile recurrent parotitis: A systematic review of treatment studies. *Int J Paediatr Otorhinolaryngol* 2018;112:151-157. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.07.002>
16. Konstantinidis I, Dhatziavramidis A, Tsakiropoulou E, Malliari H, Constantinidis J : Pediatric sialendoscopy under local anesthesia: limitations and potentials. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011;75:245- 249.
17. Ogden MA1, Rosbe KW, Chang JL. Pediatric sialendoscopy indications and outcomes. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016 Dec;24(6):529-535.
18. Geisthoff UW, Lehnert BK, Verse T. Ultrasound-guided mechanical intraductal stone fragmentation and removal for sialolithiasis: a new technique. *Surg Endosc*2006;20(4):690-4.
19. Antoniadis D, Harrison JD, Epivatianos A, et al. Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(4):431-4.
20. McGurk M, Makdissi J, Brown JE. Intra-oral removal of stones from the hilum of the submandibular gland: report of technique and morbidity. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004;33(7):683e6.
21. McCain JP, Montero J. Surgical retrieval of submandibular stones. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2019;26(2):111-117.