

9 Bölüm

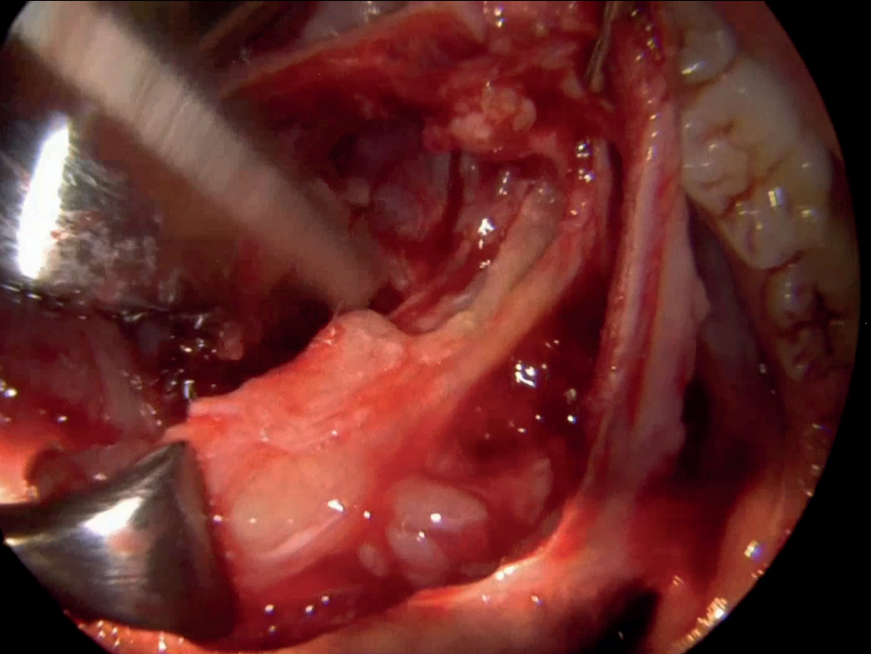
WHARTON KANAL MARSUPIYALİZASYONU

Doç. Dr. Ercan Akbağ

Marsupiyalizasyon ağız tabanında sık gözlenen ranula olgularında mukus içeriğinin oral kaviteye ağızlaştırılma yöntemidir. Tükürük akışını bozan her türlü patoloji bez ve kanal içerisinde geriye doğru basınçlı bir staz oluşturur. Artan bu basınç kanalda rüptüre sebep olur. Rüptür sonucu bez ve kanal etrafında ranula adı verilen kapsülsüz ve içi mukus dolu bir alan oluşur. Ranula en sık sublingual bezde gözlenir. Birçok tedavi yöntemi tarif edilse de bugün için en sık başvurulan cerrahi seçenek marsupiyalizasyondur. Sublingual bezden sonra ikinci sıklıkta Wharton kanalı etrafında ranula gözlenebilir. Bazen Wharton kanalının sublingual bezlerden daha distaldeki tıkanıklıkları sublingual bezi etkileyerek Wharton kaynaklı sublingual ranulaya neden olabilir. Temel olarak ranulanın bir tedavisi olsa da marsupiyalizasyon her çeşit kanal obstrüksiyonlarında kanalı yeniden drenajı sağlar duruma getirmek için yapılabilir. Bu bölümde Wharton kaynaklı ranulalarda ya da Wharton distalindeki patolojilere bağlı submandibular bezin tükürük akışının yeniden düzenlenmesi amacıyla kanalın proksimal segmentinin oral kavite mukozasına ağızlaştırılması tartışılacaktır.

ENDİKASYONLARI

Tüm endikasyonlar aslında sağlam bir sekretuar submandibular bezin varlığına karşılık kanalın distal segmentinin drenaja müsaade etmeyecek kadar bozulduğu olguları kapsamaktadır. Ancak bu cerrahi girişimin yapılabilmesi için Wharton kanalının oral kaviteye gerginlik oluşturmadan ağızlaştırılabileceği kadar proksimal segmentinin bulunması gerekmektedir. Böyle durumlarda bez eksizyonu yerine duktusun yeniden stomalaştırılması hem morbiditesi daha düşük hem de fizyolojik bir tedavi seçeneğidir. Ancak bu



Resim 7: Sublingual mukosel nedeniyle glandula sublingualis transoral yoldan total olarak eksize edildi.

Aslında Wharton kanalını yeniden oral kaviteye ağızlaştırdığımızda kanal ağzı zamanla stenoza gidebiliyor ve submandibular bez drenajı bozuluyor. Zamanla bez atrofiye gidiyor. Drooling hastalarında kısa dönemde re-routing iyi bir çözüm olmuyor belki de. Çünkü kanalı palatoglossus kasının arkasına, yani oral kaviteye değil de orofarinkse açmadığımız sürece re-routing cerrahisinde tükürük drenajı yine oral kaviteye olmaktadır. Sonuçta bu hastalarda yine salya akmaktadır. Ancak bu re-routinglerde uzun dönemde kanal orifisinde stenoz gelişmekte ve submandibular bez drenajı bozulmaktadır. Bunun sonucunda kanal içinde tükürük basıncı artmaktadır. Eğer bu retrograd basınç artışı mukosel yapmazsa bile uzun dönemde bez fonksiyonlarını bozarak submandibular bezi atrofiye götürmektedir. Aslında bu sonuç bizim drooling hastalarında istediğimiz bir sonuçtur. O halde re-routing ya da kanal marsupiyalizasyonları uzun dönemde salya kontrolünde çok önemli iyileşmeler sağlayabiliyor. Ancak hastaların beklentisi çok kısa sürede sonuç almak ise submandibular bez parasempatik nörektomisi çok daha başarılı ve minimal invaziv bir cerrahi girişimdir.