

10

Bölüm

DROOLINGHASTALARINDA RE-ROUTING VE PARASEMPATİK GANGLİYON NÖREKTOMİ

Doç. Dr. Ercan Akbaşı

Drooling ile hipersalivasyon karıştırılmamalıdır. Hipersalivasyon ilaç kullanımı (klozapin, lityum ve kolinerjik etkili ilaçlar), sistemik hastalık veya bir başka sebebe bağlı olarak salya miktarındaki artışı ifade eder. Her hipersalivasyon olgusunda salya ağızdan dışarı akmaz. Hastalar daha çok yutkunarak artan salya miktarını tolere edebilirler. Drooling hastalarında ise günlük üretilen salya miktarı normal düzeylerde ya da artmış olabilir, ancak tüketim mekanizmasında bir bozukluk vardır. Oral kompetansı sağlayan dudak kaslarının tonusundaki azalma ve damak kaslarının koordinasyon mekanizmasındaki bozukluğun bir sonucudur (1). Temel bozukluk yutmanın oral fazındaki defektir. Ancak başın öne düşmesi, ağzın sürekli açık kalması, dudak ve dil hareketlerindeki kontrol eksikliği de salyanın dışarı akmasını kolaylaştıran faktörlerdir.

Drooling infantlarda fizyolojik olarak da gözlenebilmektedir. Bu fizyolojik süreç 18 aylık oluncaya kadar sürebilir. Dört yaşından sonra hala salya akışı devam ediyorsa genellikle patolojik bir durum olarak kabul edilir (2). Nörolojik yetmezliği olan çocuk ve erişkinlerde yaşam kalitesini ciddi oranda bozan bir patolojidir. Amiyotrofik lateral skleroz (ALS), parkinson hastalığı, travmatik santral sinir sistemi lezyonları, strok, fasiyal paralizi ve ağır mental retardasyon gibi konjenital veya edinsel nörolojik bozuklukların sonucunda drooling gözlenebilir. Serebral palsili olguların neredeyse yarısında salya akışı gözlenmektedir (3).

Drooling aslında hasta kadar ailesini de etkileyen sosyal ve psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Yutmanın düzensiz oluşu aspirasyon pnömonilerine sebep olmaktadır. Hatta yutarak tekrar kazanılması gereken sıvının dışarı akmasına bağlı dehidratasyon ve sıvı açığı meydana gelmektedir

KAYNAKLAR

- Cotton RT, Richardson MA. The effect of submandibular duct rerouting in the treatment of sialorrhea in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981;89(4):535-41.
- Hockstein NG, Samadi DS, Gendron K, Handler SD. Sialorrhea: a management challenge. *Am Fam Physician* 2004;69(11):2628-34.
- Katona G1, Csákányi Z, Lorincz A, Gerlinger I. Bilateral submandibular duct relocation by high-frequency radiosurgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265(9):1103-8.
- Akgün OM, Basak F. Drooling and management of drooling. *J Dent Fac Atatürk Uni* 2011;21(2):134-40.
- Khadivi E, Ashraf Zadeh F, Bakhshae M, Fooladvand T, Movahed SR, Nabavi SS, et al. Bilateral submandibular duct rerouting: assessment of results on drooling in cerebral palsy cases. *Auris Nasus Larynx* 2013;40(5):487-90.
- Mankarious LA, Bottrill ID, Huchzermeyer PM, Bailey CM. Long-term follow-up of submandibular duct rerouting for the treatment of sialorrhea in the pediatric population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(3):303-7.
- Arinci K, Elhan A. (2014). *Anatomi Cilt 2* (5. Baskı). Ankara: Günes Tip Kitabevleri. ISBN: 978-975-277-514-5.
- Spock T, Hoffman HT, Joshi AS. Transoral submandibular ganglion neurectomy: an anatomical feasibility study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2015;124(5):341-4.
- Arinci K, Elhan A. (2014). *Anatomi Cilt 1* (5. Baskı). Ankara: Günes Tip Kitabevleri. ISBN: 978-975-277-513-8.
- Garconnet J, Foletti JM, Guyot L, Chossegros C. Suture of lingual nerve: Technical note. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2015;116(3):143-6.