

BÖLÜM 12

TÜKÜRÜK BEZİ HASTALIKLARI

Onur YILMAZ¹
Emil MAHAMMADLI²

GİRİŞ

Tükürük bezi hastalıklarının değerlendirilmesinde anamnez, klinik bulgular ve radyolojik incelemeler yapılır.

Tükürük bezleri birçok hastalıktan etkilenir ve hastalığın etiyojisinin belirlenmesinde yaş önemli bir rol oynar. Viral etkenlerin küçük çocuklarda görülme olasılığı daha yüksek iken otoimmün ve inflamatuvar durumlar orta ve ileri yaşlı bireylerde daha yaygındır. Ağrı tanı sürecinde değerlendirilen önemli bir faktördür. Örneğin, sadece yemek sırasında oluşan ağrı ve doluluk hissi tıkanıklığı tanımlar. Yemeğe bağlı olmayan inatçı ağrı enfeksiyon ve malign tümör varlığını düşündürülebilir (1, 2).

FİZİKSEL MUAYENE

Fiziki muayene bimanuel olarak yapılmalı ve bezin büyüklüğü, sertliği, hareketliliği, hassasiyeti, derinin yapısı incelenmelidir. Kanallardaki şişlik, kanal ağzının görünümü, salgılanan tükürük miktarı ve karakteri önem taşır. Şişliğin büyüme hızı, ağrı varlığı, sinir paralizisi vb. değerlendirmeler tanı açısından yönlendiricidir (2, 3).

RADYOLOJİK MUAYENE

Konvansiyonel Röntgenler: Tükürük bezlerini incelemenin en basit, en eski ve en ucuz yoludur. Submandibuler ve sublingual sialolitler oklüzal grafilerde görülebilir. Parotis sialolitler ise şişirilmiş yanak pozisyonunda antero-posterior ekstraoral filmlerde ve ağız açık iken alınan lateral grafilerde görülebilir (4, 5).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD., onuryilmaz590@hotmail.com

² Araş. Gör., KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD., emilmuhammett@gmail.com

Sialografi: Tükürük bezlerinin duktal sisteminin değerlendirilmesini ifade eder. En yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Duktal morfolojiyi incelemek için altın standart teknik olarak kabul edilir. Parotis ve submandibuler bezler için yaygın olarak kullanılır ve ana endikasyonu siyalolitiazis ile ilgisi olmayan kronik sialadenittir. Kanal ağzından içeriye radyopak madde verilerek alınan röntgenlerdir. Akut enfeksiyonda ve iyotlu maddelere karşı hassasiyet varsa kontrendikedir (4, 5).

Manyetik Rezonans Görüntüleme: Yumuşak dokuları ayırt etmedeki mükemmel yeteneği ve çok düzlemliliği görüntüleme sağlama özelliği nedeniyle manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tükürük bezi tümörlerinin ameliyat öncesi değerlendirmesinde tercih edilen görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Tükürük bezi patolojilerini, komşu yapıları ve fasiyal sinire yakınlığı değerlendirmek için görüntüler sağlar (2).

Bilgisayarlı Tomografi: Kesitsel görüntüleme yöntemi olan bilgisayarlı tomografi (BT) tükürük bezlerinin içinde veya yakınındaki kitlelerde, diffüz iltihabi olmayan büyümelerde kullanılır. Kitlenin heterojen ve düzensiz sınırlı olması, çevre dokulara invazyonu, patolojik lenf nodu varlığı maligniteyi düşündürülebilir. Nispeten pahalı bir yöntem olması, iyonize radyasyona maruziyet ise dezavantajlarıdır (6).

Sialoendoskopi: Tükürük bezi kanallarının içerisini görmek için kullanılır. Kanal içi tıkanıklıkların nedenleri, lokalizasyonları ve aynı zamanda tedavileri için uygulanmaktadır (7).

Ultrasonografi: Major tükürük bezlerinin yüzeysel yerleşiminden dolayı tümörlerinin teşhisinde güvenli, maddi açıdan uygun ve kolay uygulanabilir bir değerlendirme yöntemidir. Kisti solid bir kitleden ayırt etmeye yardımcı olur. En büyük sınırlaması parotis bezi derin lobunu, minör tükürük bezi tümörlerini, kemik ve intrakranial invazyonu, derin ve retrofaringeal metastatik lenf nodlarını görüntülemede yetersiz kalmasıdır (5).

Tükürük Bezi Radyonüklid Görüntüleme: Teknesyum (Tc) 99m perteknetat ile sintigrafi, tükürük bezi fonksiyonunu değerlendirmek için dinamik ve minimal invaziv bir tanı testidir. Sialografinin kontrendike olduğu veya uygulanmadığı (akut bez enfeksiyonu veya iyot alerjisi vakaları gibi) veya major kanalın başarılı bir şekilde kanüle edilemediği hastaların değerlendirilmesinde sintigrafi endikedir. Ayrıca duktal obstrüksiyon, siyalolitiazis, bez aplazisi, Bell's palsy ve Sjögren sendromunun teşhisine yardımcı olmak için kullanılır (2).

İnce iğne aspirasyon biyopsisi: İğne kitle içerisine yerleştirilerek vakum yapılır. Vakumlanan materyal lam üzerine yayılarak sitolojik analiz yapılır. Ayrıca bu

uygulama ameliyat edilen hastalarda nükslerin izlenmesi bakımından en değerli yöntem olarak öne çıkmaktadır (8, 9).

Kimyasal analiz: Bezlerin kanallarından kendilerine özgü tükürük toplandıktan sonra elektrolit (sodyum, potasyum, klorid, fosfat), tükürük proteinleri (amilaz, glikoprotein, albümin), immunoglobulin değerleri saptanabilir. İltihabi durumlarda serum amilaz seviyeleri yükselmektedir. Yüksek Na+ ve düşük K+ enfeksiyon bulgusudur (2).

Serolojik analiz: Antinükleer antikorlar, romatoid faktör, yükselmiş immunoglobulinler (özellikle IgG), eritrosit sedimentasyon hızı, spesifik antinükleer antijenlere karşı oluşmuş antikorlar tanı elemanlarıdır (2).

TÜKÜRÜK BEZİ HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Gelişimsel anomaliler

Büyük bezlerin hiç gelişmemesi (aplazi) veya az gelişmesi ya da kanal gelişiminin tam olmaması (atrezi) ender rastlanan anomalilerdir. Parotis bezindeki gelişim sorunu çoğu kez hemifasiyal mikrozomi, lacrimo-auriculo-dentodigital (LADD) sendrom gibi bazı anomalilere eşlik eder. Tükürük bezi aplazisi olan hastalarda kserostomi ve artan diş çürüğü görülür (2, 10, 11).

Submandibular tükürük bezi dokusunun gereğinden fazla gelişmesi ise genellikle mandibula angulus bölgesinde görülür ve Stafne Kemik Kavitesi olarak bilinir. Stafne Kemik Kavitesi inferior alveoler sinir kanalının altında yer almaktadır. Asemptomatiktir ve radyografilerde iyi sınırlı radyolusensi olarak görünür (2, 11).

Tükürük bezi taşları (sialolit)

Tükürük bezi taşları, tükürük kanalında biriken debrislerin (bakteri, deskuame epitel hücreleri vb.) kalsiyum tuzları ile mineralizasyonu sonucu oluşur. Sıklıkla submandibuler bez veya kanalında gelişir. Sialolitler tam olarak bilinmemekle birlikte tükürük vizkositesine, onun mineralizasyonuna, enfeksiyon ve travmaya bağlı olarak gelişebilir. Wharton kanalı mylohyoid kasın arkasında ve ön tarafta ağız tabanına açılmadan önce iki dik kavisi yapar. Submandibuler kanalın ağzı parotis bezi kanalının ağzından daha dardır. Bu nedenlerden dolayı submandibular salgının akış hızı zayıftır (2, 12).

Sialolitlerin teşhisinde anamnez, palpasyon, radyografi ve tükürüğün miktarının ölçümü incelenir. Submandibular bez taşları çoğu zaman semptom vermez. Ancak Wharton kanalının daralması sonucu ağrılı veya ağrısız şişlik görülebilir. Sialolit tedavisi taşın büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlıdır. Büyük bezlerin küçük taşları enfeksiyon yoksa masajla ve tükürük akışını hızlandıran ilaçların

verilmesiyle kanal ağzına doğru ilerletilir. Şok dalgaları ile taşın kırılması (lito-tripsi) ile de tedavi edilir. Sialolitektomide diode lazer kullanımı son zamanlar yaygın hale gelmiştir (13).

Tükürük bezi enfeksiyonları

Sialadenit tükürük bezlerinin keskin veya kronik enfeksiyonuna bağlı olarak ağrı ve şişlik ile seyreden hastalıktır. Enfekte bez şişmiştir, kanal ağzı ve çevresi eritemlidir. Etkenin cinsine göre ateş yükselebilir. Tükürük azalır, kıvamı koyulaşır. Submandibuler bezde neden çoğu kez tükürük bezi taşlarıdır. Yemek sırasında şişlik ve ağrı artar, 1-2 saat içinde geçer. Tükürük bezlerinde bakteriyel ve viral enfeksiyonlar olabilir.

Viral enfeksiyonlar

Kabakulak

En fazla karşılaşılan viral hastalık kabakulaktır. Parotis bezinin damlacık yoluyla bulaşan bir enfeksiyonudur. Paramiksovirus hastalığın etkenidir. Bilinen tek kaynağı insandır. Tükürük bezleri tek veya çift taraflı ağrılı şişlik gösterirler. Kuluçka süresi 2-3 haftadır ve bu süreçte ateş, zayıflık, kas ve baş ağrısı gibi semptomlar görülebilir. Daha çok 6-8 yaş grubundaki çocuklar etkilenir. Tükürük bezinin iltihabı 1.hafta sonunda azalmaya başlar ve hasta 10. günde normale döner. Kabakulak komplikasyonları epididimo orşit, ooforit, pankreatit ve akut menenjitdir. Tedavi semptomatiktir ve kabakulak aşısı bu enfeksiyonun insidansını azaltabilir ve önleyici tedbir olarak kabul edilir (11, 14).

Sitomegalovirüs sialadenit

Sitomegalovirüs (CMV) Herpesviridae ailesinin bir üyesidir. Yeni doğanlarda en çok görülen konjenital enfeksiyonun etkenidir ve insanlarda 2. en sık karşılaşılan viral hastalıktır. Tükürük, idrar, dışkı, vaginal sıvılar, sperm sıvıları, anne sütü, kan nakli ve direkt havanın solunması ile bulaşabilir. Ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati, eklem ağrıları gibi genel semptomlar görülebilir. ELISA yöntemiyle CMV-spesifik antikor saptanması ile tanı konur. Antiviral ajanlar ile viral DNA polimerazı inhibe edilir ve replikasyonu durdurulur. 6 hafta boyunca her 12 saatte bir intravenöz olarak 6 mg/kg gansiklovir önerilir (2, 15).

Bakteriyel enfeksiyonlar

Genellikle tükürük akışındaki azalma ile oluşan mikrobiyal bir durumdur. Tükürük akışının azalması, içeriğinin değişmesi ve tükürük viskozitesinin artması sonucu tükürüğün mekanik, kimyasal temizlemesi azalır. Bakteriyel enfeksiyona ek olarak ağız içi yumuşak doku ısırma, uyumsuz hazırlanan protez, ortodontik

apareyler, kırık ve çürük dişler nedeniyle kronik olarak irritasyona bağlı olarak da gelişebilir.

Akut süpüratif bakteriyel sialadenit

En önemli etken bakteriler staphylococcus aureus, streptokok pyogenes ve streptokok viridanstır. Bez aniden şişer, ağrılıdır ve palpasyona hassastır. Hastanın ateşi yüksektir ve lökositoz vardır. Trismus görülebilir. Beze masaj yapıldığı zaman kanal ağzından püy şeklinde akıntı veya hastanın tuzlu olarak tanımladığı sıvı gelir. Tedaviye ilk olarak sıvı eksikliğinin giderilmesi için bol sıvı verilmesi ve iyi bir ağız hijyeninin sağlanması ile başlanır. Tedavi tükürük uyarıcılarının uygulanmasını, antibiyotikleri ve cerrahi drenajı içerir. Semptomatik olarak analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar verilir (11, 16).

Kedi tırmığı hastalığı

Kedi tırmığı hastalığı kronik granülomatöz bir hastalıktır. Etkeni Bartonella Henselae'dır. Hastalık parotis içi lenf düğümlerini içerebilir ve tükürük bezi tümörünü taklit edebilir. Kedi tırmığı hastalığı nadir olarak ensefalit, nöroretinit, retinokoroidit gibi hastalıklar yapabilir.

Tanıda kediler ile temas geçmişi, kedi tırmığı antijen cilt testi, serolojik analizler ve histopatolojik incelemeler yapılır. Tırmalama yerinde bakterinin deriye inkülasyonundan 3-10 gün sonra papüle dönüşen vezikül ve püstüller oluşur. 1-8 hafta sonra ise kendi kendini sınırlayan bölgesel bir lenfadenopati gelişir. Vakalarda ilk atak periparotid lenf nodüllerine olur ve daha sonra parotis bezine yayılır. Kedi tırmığı hastalığı yayılım göstermediği ve olduğu bölgede sınırlı kaldığı için genellikle semptomatik tedavi yeterlidir. 2-4 ay içerisinde kendiliğinden iyileşir. Bazı akut ve ciddi klinik bulguları olan, hepatosplenomegali belirlenen durumlarda antibiyotik kullanımı önerilmektedir (Günde 2 defa 100 mg doksisisiklin ile 2 defa 300 mg rifampisin kombinasyonu) (17).

Aktinomikoz

Aktinomikoz kronik, granülomatöz ve süpüratif, fistül oluşumuna sebep olabilen bir hastalıktır. Normalde etken bakteri ağız florasında bulunur ancak bazı predispozan faktörlerin etkisi ile patojenite kazanır.

Kültür ve histolojik incelemede sülfür granüllerinin varlığı ile tanı konur. Akut evrede ağrılı selülit olur. Enfeksiyon lokalizedir, yayılımı yavaş olmasına rağmen ilerleyicidir ve dokulara yıkıcı tarzdadır. Bakteri dokuya invaze olduktan sonra çoğalarak yüzeyi düzensiz, kıvamı sert mavimsi morumsu apseler oluşturur. Apse odakları olgunlaşınca yumuşar, ortaları irinleşir ve fistülleşir. Penisilin G sodium

6 hafta intravenöz, daha sonra 2-12 ay oral Penisilin V 1000 mg ile devam edilebilir. Araştırmalar servikofasiyal aktinomikozda 3 aylık antibiyotik tedavisinden sonra hastalığın nüks olasılığının anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir. Penisilin alerjisi olan hastalarda klindamisin, doksisisiklin, seftriakson kullanılabilir ancak tedaviye yanıt geç olabilir (18-20).

Primer ve sekonder tüberküloz

Tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu kronik nekrotizan granülomatöz hastalıktır. Tüberkülozun %75'i parotis bezlerini, %27'si submandibular bezleri ve % 3'ü sublingual bezleri etkiler. Parotiste ve genellikle tek taraflı görülür. Primer olarak görülebildiği gibi tonsilla veya etrafındaki lenf düğümlerinden sekonder olarak da enfekte olabilir. Genişlemiş intraparotid ve periparotid lenf düğümleri gözlenebilir. Etkilenen lenf düğümlerinde kalsifikasyon olabilir. Antitüberküloz ilaçlardan yararlanır; 6 ay boyunca kombine antibiyotik (izoniazid ve rifampisin), 6 aylık tedavi süresinin ilk 2 ayı için 2 ek antibiyotik (pirazinamid ve etambutol). Eğer sonuç alınamazsa lezyonun eksizyonu gerçekleştirilir (21, 22).

Tükürük bezlerinin immun sistem kökenli hastalıkları

Sjögren Sendromu

Sjögren Sendromu gözyaşı ve tükürük bezleri başta olmak üzere tüm ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize olan kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Hastalık tükürük bezlerinde progresif skleroz ile karakterizedir. Hastalığın semptomları olarak ağızda kuruluk (kserostomia), şişmiş parotis bezleri, kuru gözler (kserophtalmia), keratokonjunktivitis sikka ve lakrimal bezlerde atrofi görülür. Sjögren Sendromunda çok sayıda otoantikör tanımlanmıştır. ANA %59-85, Romatoid faktör %36-74, SS-A %33-74, SS-B %23-52 pozitif saptanır. Bunlardan ikisi anti-SSA (Ro) ve anti-SSB (La) olarak adlandırılan önemli anti-korlarıdır (23-25).

İlk belirtileri gözlerde yanma veya rahatsızlık hissidir. Tükürük miktarındaki azalma ile stomatitis, atrofik glossit, oral kandidiasis, ağızda yanma hissi ile karşılaşılır. Hastalar kuru besinleri yemekte zorlanır ve lokma yapımı güçleşir. Romatoid artrit ile beraber olduğunda antiromatizmal ilaçlar da verilir. Ağız ve göz kuruluğu için suni tükürük ve gözyaşı verilerek semptomatik tedavi yapılır. Pilokarpin hidroklorür (5 mg) içeren ilaçlar tükürük miktarını arttırırlar (23-25).

Mikulicz hastalığı

Mikulicz hastalığı gözyaşı, parotis ve submandibular bezlerin idiyopatik, bilateral, ağrısız ve simetrik şişmesini ifade eder. Bezler serttir, sekresyon yoktur. Tükürük bezleri ve lakrimal bezlerin simetrik hipertrofisi gözlemlenir. Mikulicz hastalığı esas olarak steroid ile tedavi edilir (30-40 mg/gün prednizolon) (26).

Sarkoidoz

Sarkoidoz, non-nekrotizan granülom reaksiyonu gösteren bir hastalıktır. Hastalığın etkilediği organlarda ilk olarak CD4 (+) T helper1 lenfositler ve mononükleer fagositik hücreler birikir. Sarkoidoz çoğu zaman bilateral lenfadenopati, göz, deri tutulumu yapmaktadır. Ateş, parotis bezinde büyüme, üveit ve fasiyal sinir paralizinin birlikte görülen nörosarkoidoz formuna Heerfordt sendromu denmektedir. Fasiyal paraliz nörosarkoidozun en sık görülen klinik belirtisidir (27, 28).

Sarkoidoz tanısı histolojik olarak non-nekrotizan granülomların görülmesi ile konur. Tedavisinde kortikosteroidler önemli yararlar sağlamaktadır. Nörosarkoidoz tamamen iyileşmeyebilir, nükslerle seyredebilir veya kronik olabilir.

Fonksiyonel bozukluklar

Kserostomi

Tükürük bezinin hipofonksiyonuna bağlı ortaya çıkan, ağzın subjektif olarak kuru hissedilmesine olarak adlandırılır. Tükürük akışı sialometre ile ölçülür. Stimüle edilmemiş tükürük akış hızının dakikada 0.3- 0.4 ml arasındaki değerleri normal, 0.2 ml'den az değeri hiposalivasyon ve 0.1 ml'nin altındaki değerleri ise kserostomi bulgusu olarak değerlendirilmektedir (29).

Kserostomiye oluşturan çeşitli sebepler tükürük bezinin gelişmemesi, az sıvı tüketimi, ishal, ilaç kullanımı, baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi, Sjögren Sendromu, diabetes mellitus ve diabetes insipidus, sarkoidoz, HIV enfeksiyonu, Graft-Versus Host Hastalığı, psikojenik bozukluklar, çiğnemenin azalması, sigara kullanımı ve ağız solunumudur.

Siyalore

Tükürüğün gereğinden fazla salgılanmasıdır. Tükürüğün aşırı olmayan fazlaşması genellikle lokal sebeplere bağlıdır. Bunlar içinde en sık karşılaşılanı yeni protez kullanımıdır. Hastanın protezine alışana kadar geçen süre içerisinde salgısı çoğalır. Reflü hastalığında mide asidini nötralize etme amaçlı, metal intoksikasyonlarında, diş sürme dönemlerinde, gebelikte, kuduzda, Parkinson hastalığında, enfeksiyonlarda ve bazı ilaçların (antikolinesterazlar, antikonvülsanlar) kullanı-

mıyla artış olabilir. Aşırı salya akışı yaşam kalitesini bozar. Ağızdan kaçan salya komissuralarda, çene derisinde sürekli ıslak kalmaya sebep olarak deriyi zayıflatır ve enfeksiyon oluşturur (30).

Olguların ciddiyetine göre tedavi yönlendirilir. Tedavi gereken olgularda sebebe yönelik sorun ortadan kaldırılmaya çalışılır. Nöromusküler kontrolün zayıf olduğu kişilerde cerrahi tekniklerle çözüm aranır. Bunlar submandibuler bezin eksizyonu, bilateral timpanik nörektomi yapılmasıdır. Nörektomi aynı zamanda dilin 2/3 ön kısmının tat duyusuna da zarar vermiş olur. Antikolinerjik ilaçlar tükürük akışını azaltmakla birlikte yan etkilere de sahiptir. Botulinum toksini tükürük bezlerine lokal olarak enjekte edilerek tükürük üretimi azaltılır (31).

Çevresel etkenlere bağlı patolojiler

Nekrotizan sialometaplazi

Damakta nekroz ve sıklıkla ülserle seyreden en yaygın patoloji nekrotizan sialometaplazidir. Nekrotizan sialometaplazi minör tükürük bezlerini tutan, non-neoplastik ve etiyojisi bilinmeyen non-spesifik inflamatuvar bir durumdur. Etiyojisinde tükürük bezlerinde lokal yıkım alanlarına yol açan iskemiye bağlı enfarktüsün sebep olduğu düşünülür. Olgulardaki olası hazırlayıcı faktörler arasında travmatik yaralanmalar, dental enjeksiyonlar, uyumsuz protezler, üst solunum yolu enfeksiyonları, önceden geçirilmiş cerrahi işlemler, vasküler patolojiler bulunur (32).

Sıklıkla sert damakta görülür. Etkilenen mukozadaki ilk bulgular hiperemi ve ödemdir. Bir süre sonra eritemli bir nodül oluşur, nodül üzerinde giderek büyüyen, sınırları belirgin ülserleşme saptanır. Genellikle ağrısızdır. Hastaların parastezi ve anestezi yakınmaları olabilir. 8-10 hafta içinde kendiliğinden iyileşir, tedaviye gerek yoktur. Ancak nekrotik dokunun uzaklaştırılması, serumla yıkama ve yemek yerken dokuyu korumak için akrilik bir plak yapılabilir (33).

Frey sendromu

Genellikle parotidektomiye takiben görülür. Ancak Herpes zoster enfeksiyonuna bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Parotidektomi sırasında aurikulotemporal sinirin zarar görmesi ve iyileşme döneminde atipik rejenerasyonun gerçekleşmesi ile ilişkilendirilir. Parotis bezinin parasempatik innervasyonunu yapan sinir liflerinin ter bezlerini innerve eden sempatik liflere katılıp rejenere olması ile ortaya çıkar. Sonuçta çiğneme sırasında meydana gelmesi gereken tükürük salgısına, ter bezlerinin de aktivasyonu ile terleme eklenir. Frey Sendromu tedavisinde topikal skopolamin, glikopirolat gibi antikolinerjik ajanlar ve botulinum toksin A'nın intrakutanöz kullanımı başarılı sonuçlar verebilmektedir (34).

Tükürük bezi psödokistleri ve kistik oluşumları

Mukosel

Bez kanalının hasara uğraması ve salgının çevredeki yumuşak dokuların içine sızıp birikmesiyle bu birikimin sekonder enflamatuvar yanıtı uyarması sonucunda gelişir. Lezyonun nedeni çoğunlukla travmadır. Mukosel gerçek bir kist olmayıp etrafı epitelle çevrili değildir ve bu nedenle kanal kistlerinden farklıdır. Bu oluşum patolojik olup iki durumda ortaya çıkmaktadır: ekstravazasyon ve retansiyon. Mukoseller genellikle minör tükürük bezlerinden gelişip alt dudakta görülür. Lezyonun nedeni çoğunlukla travmadır. Hastalar lezyonun bazen kendiliğinden patladığını ve daha sonra tekrar şiştiğini söyler (35).

Kendiliğinden açılıp iyileşen lezyonlar için tedavi gerekmez. Kronik hale gelen mukoseller, lokalizasyonları ve büyüklüklerine göre 3 farklı cerrahi metot ile tedavi edilirler:

- I. Küçük boyutlu mukoseller ilgili minör tükürük bezinin total eksizyonu ile tedavi edilir.
- II. Orta büyüklükteki ve kalın konnektif dokusu olan mukoseller ilgili tükürük bezi ile disseke edilerek alınır.
- III. Büyük ve önemli anatomik yapılara yakın olan mukosellerin en uygun tedavisi marsüpyalizasyondur.

Tedavisinde Polidocanol ve Promethazine hydrochloride skleroterapi de yapılır (36, 37).

Ranula

Ranula ağız tabanında lokalize olan ve submandibular veya sublingual bez kaynaklı mukoselleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Ranula patolojik bir tanımlama değildir. Klinik olarak kullanılan bir kelimedir (38).

Tümörler

Tükürük bezi kitleleri vücut tümörlerinin ortalama %3'ünü oluşturur. Baş-boyun tümörlerinin de yaklaşık %5-10'unu oluşturan bu tümörler, en sık 20-60 yaşlar arasında görülürler. Tümörün malignitesi bezin büyüklüğü ile ters orantılı olarak değişmektedir. Çocuklarda ise parotis tümörleri sıklıkla malign olur. Tükürük bezi tümörlerinin yarısından fazlasını pleomorfik adenoma (mikst tümör) oluşturur ve sıklıkla parotis bezinde gelişir. Bunu Warthin tümörü takip eder (2, 39, 40).

En sık gelişen malign tükürük bezi tümörü mukoepidermoid karsinomadır. Tükürük bezi tümörlerinin etiolojisinde tam olarak bilinmemekle birlikte enfek-

siyonlar, travmatik ve obstrüktif nedenler, A vitaminozu, sigara ve genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülür.

Bening tümörler

Pleomorfik adenom

Tükürük bezlerinde en sık görülen tümördür. Epitelyal ve mezenşimal kaynaklı bir tümör olduğu için mikst olarak isimlendirilir. Fibröz kapsül içermemesinden dolayı lokal agresif seyrederek Tanıda ince iğne aspirasyon biyopsisi, sintigrafi ve BT'den yararlanılabilir. Tümör histolojik olarak her orguda farklı görünümler ortaya koyar. Aynı tümörün içindeki farklı bölgelerde bile değişik görünümler gösterebilir. Sıklıkla parotis bezinde gelişir (41).

Ağrısız, yavaş büyüyen, tek taraflı sert bir şişliktir. Semptomlar ve bulgular tümörün konumuna bağlıdır. Hasta hekime başvurduğu zaman sertliği uzun süredir fark ettiğini söyler. Başlangıçta hareketli olan kitle, tümör büyüdükçe hareket-siz hale gelebilir. Radikal cerrahi olarak tedavi edilir. Cerrahiye uygun olmayan, genel anestezi açısından yüksek risk grubundaki hastalara radyoterapi uygulanır. Yeterli cerrahi uygulandığında prognoz iyidir. Nüks oranı düşüktür (2, 42).

Warthin tümörü

Özellikle parotiste pleomorfik adenomun ardından ikinci en sık görülen benign tümördür. Epitelyal yapı daima retiküler ve lenfatik doku ile sarılmıştır. Tümörün orijini tam olarak bilinmemekle birlikte parotisteki lenf bezlerinin içinde bulunan fazla bez dokusundan veya lenfoid doku içerisine yerleşen kanal epitelinin proliferasyonundan geliştiği düşünülmektedir. Sigara kullanımı, radyasyon ve Epstein-Barr virüsü tümör gelişimiyle ilişkili bulunmuştur. Kistik ve solid içerikleri olan, iyi sınırlı kapsülle çevrilmiş bir lezyondur (43).

Daha çok 6. ve 7. dekatlarda ortaya çıkar. Yavaş büyüyen ağrısız bir kitledir. Hastalar hekime geldiklerinde şişliğin bir süredir farkında olduklarını söylerler. Tümör cerrahi olarak çıkartılır. Tümör benign olarak kabul edilir ama bilateral görülebildikleri ve boyun lenf nodlarına metastaz yapabilme özelliğine sahip olabildikleri için hastalar yakından takip edilmelidir. Malign değişimi karsinoma ex-papiller kistadenoma lenfomatozum olarak isimlendirilir (44).

Miyoeptelyoma

Çoğunlukla miyoeptelyal hücrelerden gelişir ve ağırlıklı olarak parotiste görülmele beraber sırasıyla submandibuler bez ve damaktaki minör bezlerde oluşur. Epitel kaynaklıdır ve beraberinde düz kas hücreleri de bulunur. Lezyonlar 9-85 yaşları arasında görülür. Ortalama görülme yaşı 53'tür. Kadın ve erkeklerde eşit

sıklıktadır. Ağrısız, yuvarlak, yavaş büyüyen, asemptomatik kitlelerdir. Tedavisi için küçük bezlerde sağlam sınırlarla total eksizyon yapılır. Parotiste yerleştiği zaman yüzeyel parotidektomi uygulanır. Prognozu iyidir ve nüks nadirdir (45, 46).

Bazal Hücreli Adenom

Bazal hücreli adenom bazaloid hücrelerden oluşan, miksokondroid stroma içermeyen benign tükürük bezi neoplazisidir. Öncelikli yerleşim alanı parotis bezi yüzeyel lobudur. Temel morfolojik özelliklerine göre solid, trabeküler, tübüler ve membranöz olmak üzere 4 bazal hücreli adenom çeşidi bulunur. Membranöz olan tipi herediter özellik taşır ve dermal silindiyom adındaki deri tümörleriyle birlikte görülür. Lezyonlar konservatif cerrahi ile çıkarılır. Genel olarak lezyonlarda nüks yoktur. Fakat membranöz şeklinde daha yüksek (%25) bir nüks oranı görülür. Membranöz tipte rekürens riski göze alınarak total parotidektomi veya geniş rezeksiyon önerilir (47, 48).

Sebase adenom

Parotis bezi ve submandibuler bezlerde sebase bezleri olabilmektedir. Bezlerdeki bu sebase dokulardan kaynaklanan iyi huylu tümöral lezyonlar sebase adenoma adını alır. Kutanoöz sebase neoplazmlardan farklı olarak visseral karsinom geliştirme riski yoktur. Kesitlerinde sarımsı gri renkte ve çok sayıda küçük kistler görülür (49).

Malign tümörler

En sık parotis bezinde görülürler. Tükürük bezi tümörlerinde indurasyon, cilt veya mukozada ülserasyon, hızlı büyüme ve fasiyal paraliz gibi klinik tablolar malignite olasılığını düşündürülebilir. Hastanın sağkalımını etkileyen faktörler arasında histopatolojik farklılık, lenf düğümü metastazı, ağrı, fasiyal sinir tutulumu, cilt tutulumu, evre, yerleşim yeri ve uzak metastaz bulunur (11, 50).

Mukoepidermoid karsinom

Mukoepidermoid karsinom tükürük bezinin en sık görülen malign tümördür ve en çok parotis bezini etkiler. Parotiste geliştiği zaman fasiyal paraliz görülme riski yüksektir. Bu tümör vakaların %15'inde minör tükürük bezini de etkiler. Kadınlarda daha çok 40-50 yaş grubunda görülürler. Çocuklarda görülen malign tümörler içerisinde ilk sırada yer alır. Tümör, epidermal hücrelerin mukus hücrelerine oranına bağlı olarak düşük dereceli veya yüksek dereceli olarak sınıflandırılır.

Tedavi planı preoperatif olarak alınan biyopsi ile başlar ve önerilen tedavi cerrahidir. Yüksek dereceli olanlarda genişletilmiş cerrahi, gerektiğinde boyun diseksiyonu, ardından radyoterapi uygulanır (11, 50).

Adenoid kistik karsinom

Submandibular ve minör tükürük bezlerinin en sık görülen malign tümörüdür. Submandibuler bezdeki tümörün prognozu bu beze ait diğer malign olgulara göre daha iyidir. Perinöral invazyon eğilimindedir. Tümör yavaş büyür. Bölgesel metastazlardan akciğer ve kemiğe uzak metastazları sık görülür. Ağrı erken dönemde ortaya çıkan bir bulgudur ve şişlik görülmeden çok önce hastalar ağrıdan yakınmaya başlar. Minör tükürük bezlerindeki tümörlerin üzerini örten mukozaya ülserleşir. Sert damak yerleşimi gösterenler lezyonlarda kemik invazyonu da gelişebilir.

Tedavi için cerrahi eksizyon ve bunu destekleyen radyoterapi uygulanır. Geniş ve metastaz riski olan olgularda boyun diseksiyonu ile cerrahi sınırlarını genişletmek gerekir. Residivlerin en önemli nedeni, sinir kılıflarındaki tümör infiltrasyonunun cerrahi sınırların ötesine geçmiş olmasıdır (11, 51).

Pleomorfik adenokarsinom

Genellikle minör tükürük bezlerinin tümörüdür. Sert ve yumuşak damakta, üst dudak ve yanakta sık görülür. 6.-8. dekatlarda ve kadınlarda daha sık karşılaşılır. Yavaş büyüyen ağrısız kitledir. Çevredeki ve alttaki kemiğe infiltratif yayılır. Alttaki kemiği de içine alacak şekilde geniş eksizyonla çıkartılır. Lokal rekürrens oranları %10-33'tür. Lenf bezlerine metastaz fazla rastlanmaz ve boyun diseksiyonu rutin olarak uygulanmaz. Metastazdan şüphe edilen olgularda diseksiyon uygulanır. Uzak metastaz oldukça azdır (2, 11).

KAYNAKLAR

1. Türker M, Yücebaş, Ş. Ağız, Dış, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2004.
2. Grisius MM, Fox CP. Salivary Gland Diseases. Greenberg SM, Glick M (Ed.), Burket's Oral Medicine Diagnosis & Treatment içinde. İspanya: BC Decker Inc; 2003. p. 235-270.
3. Ugga L, Ravanelli M, Pallottino AA, et al. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. ACTA Otorhinolaryngologica Italica. 2017;37(2):83-93. doi:10.14639/0392-100X-1597.
4. La'porte SJ, Juttla JK, Lingam RK. Imaging the floor of the mouth and the sublingual space. Radiographics. 2011;31(5):1215-1230. doi:10.1148/rg.315105062.
5. Rastogi R, Bhargava S, Mallarajapatna GJ, et al. Pictorial essay: Salivary gland imaging. Indian Journal of Radiology and Imaging. 2012;22(4):325-333. doi:10.4103/0971-3026.111487.
6. Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. Major salivary gland imaging. Radiology. 2000;216(1):19-29. doi:10.1148/radiology.216.1.r00j14519.
7. Thoeny HC. Imaging of salivary gland tumours. Cancer Imaging. 2007;7(1):52-62. doi:10.1102/1470-7330.2007.0008.
8. Kim HJ, Kim JS. Ultrasound-guided core needle biopsy in salivary glands: A meta-analysis. Laryngoscope. 2018;128(1):118-125. doi:10.1002/lary.26764.
9. Witt BL, Schmidt RL. Ultrasound-guided core needle biopsy of salivary gland lesions: a systematic review and meta-analysis. Laryngoscope. 2014;124(3):695-700. doi:10.1002/lary.24339.

10. Haktanir A, Degirmenci B, Acar M, et al. CT findings of head and neck anomalies in lacrimo-auriculo-dento-digital (LADD) syndrome. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2005;34(2):102-105. doi:10.1259/dmfr/65931528.
11. Krishnamurthy S, Vasudeva SB, Vijayasathya S. Salivary gland disorders: A comprehensive review. *World Journal of Stomatology*. 2015;4(2):56-71. doi: 10.5321/wjs.v4.i2.56.
12. Hong KH, Yang YS. Sialolithiasis in the sublingual gland. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*. 2003;117(11):905-907. doi:10.1258/002221503322542971.
13. Wu H, Wang F, Tang D, et al. Mumps Orchitis: Clinical Aspects and Mechanisms. *Frontiers in Immunology*. 2021;12:582946. doi:10.3389/fimmu.2021.582946.
14. Lane TM, Hines J. The management of mumps orchitis. *BJU International*. 2006;97(1):1-2. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.05869.x.
15. Whitley RJ, Cloud G, Gruber W, et al. Ganciclovir treatment of symptomatic congenital cytomegalovirus infection: results of a phase II study. National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. *The Journal of Infectious Diseases*. 1997;175(5):1080-1086. doi:10.1086/516445.
16. Viselner G, van der Byl G, Maira A, et al. Parotid abscess: mini-pictorial essay. *Journal of Ultrasound*. 2013;16(1):11-15. doi:10.1007/s40477-013-0006-0.
17. Biancardi AL, Curi AL. Cat-scratch disease. *Ocular Immunology and Inflammation*. 2014;22(2):148-154. doi:10.3109/09273948.2013.833631.
18. Mullins JE, Jr., Ogle O, Cottrell DA. Painless mass in the parotid region. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2000;58(3):316-319. doi:10.1016/s0278-2391(00)90064-8.
19. Barabas J, Suba Z, Szabo G, et al. False diagnosis caused by Warthin tumor of the parotid gland combined with actinomycosis. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2003;14(1):46-50. doi:10.1097/00001665-200301000-00008.
20. Feder HM, Jr. Actinomycosis manifesting as an acute painless lump of the jaw. *Pediatrics*. 1990;85(5):858-864.
21. Lee IK, Liu JW. Tuberculous parotitis: case report and literature review. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2005;114(7):547-551. doi:10.1177/000348940511400710.
22. Birkent H, Karahatay S, Akcam T, et al. Primary parotid tuberculosis mimicking parotid neoplasm: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2008;2:62. doi:10.1186/1752-1947-2-62.
23. Hopcraft MS, Tan C. Xerostomia: an update for clinicians. *Australian Dental Journal*. 2010;55(3):238-244; quiz 353. doi:10.1111/j.1834-7819.2010.01229.x.
24. Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2015;11:45-51. doi:10.2147/TCRM.S76282.
25. Bournia VK, Vlachoyiannopoulos PG. Subgroups of Sjogren syndrome patients according to serological profiles. *Journal of Autoimmunity*. 2012;39(1-2):15-26. doi:10.1016/j.jaut.2012.03.001.
26. Yamamoto M, Harada S, Ohara M, et al. Beneficial effects of steroid therapy for Mikulicz's disease. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(10):1322-1323. doi:10.1093/rheumatology/kei026.
27. Judson MA. Sarcoidosis: clinical presentation, diagnosis, and approach to treatment. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2008;335(1):26-33. doi:10.1097/MAJ.0b013e31815d8276.
28. Walter C, Schwarting A, Hansen T, et al. [Heerfordt's syndrome -- a rare initial manifestation of sarcoidosis]. *Mund Kiefer Gesichtschir*. 2005;9(1):43-47. doi:10.1007/s10006-004-0582-4.
29. Turner MD. Hyposalivation and Xerostomia: Etiology, Complications, and Medical Management. *Dental Clinics of North America*. 2016;60(2):435-443. doi:10.1016/j.cden.2015.11.003.
30. Lakraj AA, Moghimi N, Jabbari B. Sialorrhea: anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxins. *Toxins (Basel)*. 2013;5(5):1010-1031. doi:10.3390/toxins5051010.
31. Bentivoglio AR, Del Grande A, Petracca M, et al. Clinical differences between botulinum neurotoxin type A and B. *Toxicon*. 2015;107(Pt A):77-84. doi:10.1016/j.toxicon.2015.08.001.
32. Abrams AM, Melrose RJ, Howell FV. Necrotizing sialometaplasia. A disease simulating ma-

- lignancy. *Cancer*. 1973;32(1):130-135. doi:10.1002/1097-0142(197307)32:1<130::aid-cncr2820320118>3.0.co;2-8.
33. Batsakis JG, Manning JT. Necrotizing sialometaplasia of major salivary glands. *The Journal of Laryngology & Otology*. 1987;101(9):962-966. doi:10.1017/s002221510010307x.
 34. Jansen S, Jerowski M, Ludwig L, et al. Botulinum toxin therapy in Frey's syndrome: a retrospective study of 440 treatments in 100 patients. *Clinical Otolaryngology*. 2017;42(2):295-300. doi:10.1111/coa.12719.
 35. Lewandowski B, Brodowski R, Pakla P, et al. Mucoceles of minor salivary glands in children. Own clinical observations. *Developmental Period Medicine*. 2016;20(3):235-242.
 36. Cavezzi A. Invited Commentary re: Comparison of 1% and 3% Polidocanol Foam in Ultrasound Guided Sclerotherapy of the Great Saphenous Vein: A Randomised, Double-blind Trial with 2 Year-Follow-up. "The 3/1 Study". *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2007;34(6):730. doi:10.1016/j.ejvs.2007.07.010.
 37. Huang Y, Yang C, Wang T, et al. Preliminary experience with promethazine hydrochloride injection in the sclerotherapy of oral mucocele. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021;50(4):516-521. doi:10.1016/j.ijom.2020.06.021.
 38. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, et al. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology*. 2004;98(3):281-287. doi:10.1016/s1079210404000800.
 39. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *American Family Physician*. 2014;89(11):882-888.
 40. Spiro IJ, Wang CC, Montgomery WW. Carcinoma of the parotid gland. Analysis of treatment results and patterns of failure after combined surgery and radiation therapy. *Cancer*. 1993;71(9):2699-2705. doi:10.1002/1097-0142(19930501)71:9<2699::aid-cncr2820710902>3.0.co;2-t.
 41. Leverstein H, van der Wal JE, Tiwari RM, et al. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *British Journal of Surgery*. 1997;84(3):399-403.
 42. Stevens KL, Hobsley M. The treatment of pleomorphic adenomas by formal parotidectomy. *British Journal of Surgery*. 1982;69(1):1-3. doi:10.1002/bjs.1800690102.
 43. Teymoortash A, Schrader C, Shimoda H, et al. Evidence of lymphangiogenesis in Warthin's tumor of the parotid gland. *Oral Oncology*. 2007;43(6):614-618. doi:10.1016/j.oraloncology.2006.07.006.
 44. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, et al. Surgical treatment outcomes of patients with bilateral warthin tumors in the parotid gland. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2014;66(Suppl 1):303-306. doi:10.1007/s12070-012-0499-4.
 45. Barnes L, Appel BN, Perez H, et al. Myoepithelioma of the head and neck: case report and review. *Journal of Surgical Oncology*. 1985;28(1):21-28. doi:10.1002/jso.2930280107.
 46. Scubba JJ, Brannon RB. Myoepithelioma of salivary glands: report of 23 cases. *Cancer*. 1982;49(3):562-572. doi:10.1002/1097-0142(19820201)49:3<562::aid-cncr2820490328>3.0.co;2-6.
 47. Leegaard T, Lindeman H. Salivary-gland tumours. Clinical picture and treatment. *Acta Oto-Laryngologica, Supplement*. 1969;263:155-159.
 48. Luna MA, Mackay B. Basal cell adenoma of the parotid gland. Case report with ultrastructural observations. *Cancer*. 1976;37(3):1615-1621. doi:10.1002/1097-0142(197603)37:3<1615::aid-cncr2820370351>3.0.co;2-t.
 49. Gnepp DR. My journey into the world of salivary gland sebaceous neoplasms. *Head and Neck Pathology*. 2012;6(1):101-110. doi:10.1007/s12105-012-0343-x.
 50. Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, et al. Major and minor salivary gland tumors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2010;74(2):134-148. doi:10.1016/j.critrevonc.2009.10.004.
 51. Andreoli MT, Aakalu V, Setabutr P. Epidemiological trends in malignant lacrimal gland tumors. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2015;152(2):279-283. doi:10.1177/0194599814556624.