Tükrük Bezi Hastalıkları

Op. Dr. Hüseyin BALIKCI[1] Doç. Dr. M. Haluk ÖZKUL[2]

[1]*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kl. Uzmanı, İstanbul*
[2]*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kl. Eğitim ve İdari Sorumlusu, İstanbul*

Giriş

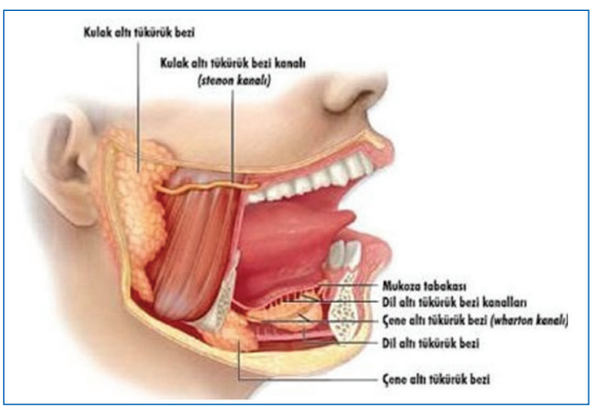
Tükrük bezleri genel olarak parotis, submandibuler ve sublingual bezlerden oluşan majör ve aerodigestif sistemin başlangıç bölgesi mukozalarında yeralan yüzlerce minör bezlerden oluşmaktadır.(Resim 1) Bütün bu bezler salgılama özelliklerine bağlı olarak seröz, müköz ya da serömüköz salgı üretirler. Bu salgılama sağlıklı bir erişkinde günlük 1000-1500 cc kadardır.[1]

Embriyoloji

Tükrük bezleri oral kavite epitelinin gelişimi ile ortaya çıkarlar. Majör bezler ve ön tonsiller plikanın önünde kalan minör bezler ektodermden diğer bezler ise endodermden gelişir. Parotis bezi 4-8., submandibuler bez 6., sublingual bez 8. intrauterin haftada gelişir.

Anatomi

Parotis Bezi: Erişkinde 15-40 gr. ağırlığında olan,en büyük tükrük bezidir. Normalde palpe edilemez ve parankimine sıkıca yapışık bir kapsül ile çevrilidir. Ön sınırını; mandibula ramusu, arka sınırını; dış kulak yolu ve mastoid tip, üst sınırını; zigoma, alt sınırını da angulus mandibula oluşturur. Medialde ise parafarengeal bölgeye uzanır. Bez içerisinden a. carotis eksterna, v. jugularis eksterna, fasiyal sinir ve aurikulotemporal sinir geçer. Fasiyal sinir bezi anatomik olmasa da düzlem olarak yüzeyel ve derin olmak üzere ikiye böler. Stilomastoid foramenden çıkan sinir arka yüzden beze girer ve bez içerisinde temporofasiyal ve servikofasiyal olarak 2 ana dala ayrılır. Daha sonra da pes anserinus adını alacak olan terminal dallarına ayrılır. Bu dallar; temporal, zigomatik, bukkal, marjinal mandibuler ve servikal dal olarak sıralanır. Parotis bez sekresyonları bussinatör kası delerek üst 2. molar diş hizasında oral kaviteye açılan stenon kanalı vasıtasıyla drene olurlar. Parotis bezi içerisinde intraglandüler lenf bezlerinin olduğu tek majör tükrük bezidir. Eksternal karotis arterin terminal dalları tarafından beslenir. Venöz drenajı retromandibuler vene olur.[2]



Resim 1: *Majör tükrük bezlerinin anatomik yerleşimi*

Submandibuler Bez: Ağız tabanının altında, mandibula korpusunun altında ve derininde submandibuler üçgende bulunan bezlerdir. Bu üçgen mandibula korpusu ve digastrik kasın iki karnı arasındadır. Ağırlığı 7-12 gr. arasındadır. Warthon kanalı vasıtasıyla dil frenulumu yanında ağız boşluğuna drene olur.[2]

Sublingual Bez: Dil frenulumunun hemen yanında mylohyoid kas üzerinde mukozanın hemen altındadır. Kapsülsüz olup 3-4 gr. ağırlığında Rivinius kanalları adı verilen 10-20 adet kanalla ağız tabanına açılır.[2]

Hem submandibuler hem de sublingual bez fasiyal arter ve lingual arter tarafından beslenir. Venöz drenajları da fasiyal ve lingual ven yoluyla olur.

Histoloji

Tükrük bezlerinin 2 ana üniti vardır. Bunlar duktal ve asiner ünitlerdir. Tükrük yapımı asinilerde olur. Duktal sistemde su ve elektrolitlerle karışır. Seröz salgı asinileri amilaz, müköz salgı asinileri sialomusin üretir. Parotis salgısı seröz, submandibuler bezin salgısı serömüköz, sublingual bezin salgısı müköz olarak kabul edilir.

Fizyoloji

Oral kavitedeki fiziki uyaranlarla, koku alma ve görme duyularının birlikte çalışması sonucu, afferent yollarla medulladaki salivatör nukleusların uyarılması sonucunda salgı gerçekleşir. Afferent impulslar V. ve IX. kraniyal sinirlerle taşınır. Parotiste efferent parasempatik impulslar, inferior salivatör nukleustan çıktıktan sonra IX. kraniyal sinirin lesser petrozal dalı tarafından timpanik pleksus yolu ile otik gangliyona uğrar. Postgangliyonik lifler mandibuler sinirin aurikulotemporal dalı tarafından parotise ulaştırılır. Efferent parasempatik impulslar submandibuler ve sublingual bezde süperor salivatör nukleustan kaynaklanır, fasiyal sinirin korda timpani dalı tarafından taşınır. Korda

timpani mandibuler sinirin lingual dalına katılarak submandibuler ganglionda sinaps yapar. Postgangliyonik lifler submandibuler ve sublingual bezleri uyarır. Sempatik impulslar süperior servikal gangliyondan karotid pleksus yoluyla gelir.[2] Bezlerde denervasyon gelişirse refleks tükrük salınımı durur ve bez atrofiye olur, ancak adrenalin ve asetil kolin hassasiyeti artar.

Tükrük yapı olarak düşük ve yüksek molekül ağırlıklı çeşitli maddelerin suda erimiş bir bileşimidir. İçeriğinde Na+, K+, Ca++, klorid, bikarbonat, üre, ürik asid, proteinler, lizozimler, Ig A ve amilaz belirli oranlarda bulunur. Elektrolitler, albümin ve immun globülinler konsantrasyon farklılığına bağlı olarak serumdan tükrüğe difüze olmaktadır.[1]

Dehidratasyon, hospitalizasyon, mental stres, emosyonel bozukluklar, bedensel düşkünlük, beta blokerler, karanlık, radyoterapi, artmış oda ısısı, sjögren sendromu, kronik enfeksiyonlar ve anemi tükrük salınımını azaltır. Buna karşılık stomatitler, sigara, elma, limon portakal gibi meyveler salınımı arttırırlar. Akımın azalması taş oluşumu için predispozan kabul edilir. Tükrük salgısının %60 kadarı submandibuler bezden, %25 kadarı parotisten, %7' si minör tükrük bezlerinden, %3' ü de sublingual bezden olur.

Tükrüğün ağızdan alınan yiyeceklerin sindirilmesi, oral kavite ve dental yapıların korunması, orak kavitedeki bakterilerin kontrolü ve immun sisteme destek olmak gibi ana fonsiyonları vardır.[1]

Tükük Bezi Hastalıklarında Tanı

Hikayede şikayetin başlangıcı, ağrı, yemek yeme ile ilişkisi sorgulanmalıdır. Muayenede ele gelen kitle varlığı, varsa sertlik derecesi, palpasyonla ağrılı olup olmadığı, fiksasyon durumu ayrıca palpasyonla Stenon ya da Warthon kanalı ağzından sekresyon gelip gelmediği değerlendirilir. Elde edilen veriler aydınlatıcı değilse radyoloji ve laboratuar incelemelerine başvurulur.[3]

Radyoloji

Direkt grafi: Submandibuler siyalolitiaziste sınırlı da olsa kullanılabilir.[4]

Sintigrafi: Onkositom ve Warthin tümörleri tanısında güvenilir sonuçlar verir.[5,6]

Siyolografi: Tükrük bezi kanallarından radyopak madde verilerek yapılan tetkikle kanal yapıları incelenir. Akut inflamasyonda kontrendikedir. Siyalolitiaziste genellikle tanı koydurucudur.[4,7]

Ultrasonografi: Çabuk ve kolay uygulanabilir, ucuz bir yöntemdir. Kitlelerin solid ve kistik ayrımını net birşekilde yapabilir. Bu yöntemle lezyonların intraglandüler ya da ekstraglandüler ayrımı tam olarak yapılmaz.[6]

Bilgisayarlı Tomografi: Tükrük bezi dokusu ile tümörlerin ayrımını en iyişekilde yapan tetkiklerden birisidir. Nispeten pahalı bir yöntem olması, iyonize radyasyona maruziyet dezavantajlarıdır. Doğru tanı yüzdeleri %88-94 arasında değişir.[4,8]

Anjiografi: Vaskülarize parotis olgularında, vasküler yapılara invazyon düşünüldüğünde uygulanmalıdır. Tükrük bezi hastalıklarında kullanımı çok kısıtlıdır.[9]

Magnetik Rezonans Görüntüleme: Yumuşak dokularda görüntülemede tomografiye üstündür, 2 mm' den küçük lezyonları bile gösterebilir.[3]

Laboratuar

Laboratuar incelemelerine hemogram, sedimantasyon, enzimler, romatolojik testler ve biyokimyasal analizle başlanır.

Siyalokimyasal Analiz: Tükrükteki elektrolit kompozisyonuna bakılarak infeksiyon hakkında fikir edinilir. Yüksek Na+ ve düşük K+ infeksiyon bulgusudur.[10]

İnsizyonel biyopsi: Parotis bezitümörleri tanısında insizyonel biyopsi kontrendikedir. Ancak cilde infiltre, inoperabl tümörlerde palyasyon tedavisi öncesi tanı amaçlı yapılabilir. Selim parotis olgularında yeri yoktur.

Eksizyonel biyopsi: Eksizyonel biyopsi mutlaka yapılmak isteniyorsa parotiste süperfisyal parotidektomi şeklinde yapılabilir. Diğer bezlerde bezin total ekstirpasyonu şeklinde yapılır. Sjögren sendromunda alt dudaktan alınan biyopsi ile minör tükrük bezleri değerlendirilir.

Frozen section: Operasyon öncesi tanı konamamış olgularda intraoperatif olarak cerrahi planlama için başvurulur.

İnce iğne aspirasyon sitolojisi: Selim ve malign lezyonların tanısında yüksek doğruluk oranları olan etkili bir prosedürdür. 20 gauge ya da daha küçük bir iğne ile yapılır. İğne kitle içerisine yerleştirilerek vakum yapılır. Vakumlanan materyal lam üzerine yayılarak sitolojik analiz yapılır.[10,11]

Tükrük Bezlerinin Zayıf Noktaları

Parotis lezyonları ve fasiyal sinir ilişkisi: Fasiyal sinirin terminal dalları parotis bezi derin ve yüzeyel lobu arasında uzanır. Parotis malign tümörlerinde fasiyal paralizi sıklıkla rastlanan bir durumdur.[2] Selim tümörler ve parotis bezi enfeksiyonlarında fasiyal paralizi görülmez.

Parotis enfeksiyonları: Parotis bezi oral retrograt yayılımla enfekte olabilir. Kabakulakta olduğu gibi kan yoluyla da enfekte olabilir. Şişliğin temporomandibuler ekleme uzanması yemek yerken oluşan ağrıya neden olur.[2]

Submandibuler bez ve kalkül formasyonu: Kalkül ve taş oluşumu sıklıkla submandibuler glandda gözlenir. Diğer tükrük bezlerinde nadiren görülür.[2]

Sublingual bez ve kist oluşumu: Sublingual bez ağız tabanına 10-20 adet kanalla açılır. Bunlardan birtanesinde oluşabilecek obstrüksiyonun ağız tabanında kist formasyonu ile sonuçlanır.[2]

Tükrük Bezlerinin Salgılama Bozuklukları

Kserostomi: Ağız kuruluğu kinikte sık görülen şikayetlerdendir. Sekresyon azlığı ya da salgılama fonksiyon kaybı ağız kuruluğuna neden olur. Stres, korku, heyecan gibi durumlar santral inhibisyonla tükrük salgısını azaltırlar. Antidepresan, antihistaminik vb. bir çok ilaç santral ya da periferik inhibisyonla sekresyonu azaltır. Tükrük bezlerinin destrüksiyonu bir diğer kserostomi nedenidir. Baş boyun kanserlerinde, radyoterapi sonrası gland fonksiyonları sıklıkla kaybedilir ve ağız kuruluğu gelişir. Kemoterapi sonrası da benzer bir durum görülebilir. Otoimmun hastalıklar, özellikle de Sjögren sendromu salgılama fonksiyonlarında progresif bir azalmaya neden olur. Diyabetes mellitus, dehidratasyon ve kronik böbrek yetmezliği gibi metabolik hastalıklar da kserostominin önemli nedenlerindendir.[12,13]

Siyalore: Tükrüğün aşırı salgılanması durumudur. Birçok nörolojik hastalığın seyrinde, örneğin Parkinson, myastenia gravis' te görülen bir belirtidir. Küçük çocukların diş çıkarma dönemlerinde görülmesine karşın, spastik çocuklarda sürekli görülür.

Tükrük Bezi Enfeksiyonları

Viral parotit ya da kabakulak: Paramiksovirüs grubundan bir virüsün neden olduğu, kabakulak en sık görülen viral parotit nedenidir. Maruziyetten sonra 2-3 haftalık bir inkubasyon periyodu sonrasında bir ya da her iki parotis bezinde ağrı, eritematöz olmayan şişlik ile karakterize viral bir enfeksiyondur. (Resim 2) Sıklıkla, 6-8 yaşlarında çocuklarda görülür. Ateş, soğuk algınlığı, baş ağrısı, preaurikuler ağrı ve şişlik başlıca belirtileridir. Kabakulak komplikasyonları; epididimoorşit, pankreatit, aseptik menenjit, ensefalit, tiroidit, ooforit, artrit ve sensörinöral işitme kaybıdır. 5-12 gün içerisinde genellikle sonlanır. Bu süreçte yeterli hidrasyonla birlikte antipiretik ve antiinflamatuar ilaçlarla semptomatik tedavi uygulanır. CMV, koksaki virüs, HIV, EBV diğer viral parotit nedenleridir.[11,14]

Sialadenitis: Bakteriyel enfesiyonlar sıklıkla duktal obstrüksiyon ya da sekresyon azlığının bir sonucudur.[15] Sık görülen siyaladenit nedenlerinden birisi postoperatif dönemde özellikle de abdominal cerrahi sonrası görülen parotitdir. Bunun nedeni hastaların uzun süre dehidrate kalmaları ve neticesinde ükrük salgısın azalmasıdır.[11,14,15]

Akut bakteriyel siyaladenit: Enfekte olan tükrük bezinde şişlik, ağrı, kızarıklıkla birlikte sistemik bulguların da eşlik edebildiği klinik tablodur. Palpasyon sırasında duktus ağızlarından pürülan akıntı gelebilir. Apse formasyonu gelişirse bez üzerinde fluktuasyon alınabilir, Histopatolojik olarak duktal sistem ve asinierde nötrofil infiltrasyonu görülür.[11,15]

Kronik siyaladenit: Sıklıkla siyalolitiazisin neden olduğu rekürren ya da persistan duktal obstrüksiyon kronik siyaladenitin nedenidir. Etkilenen glandda yemek yeme zamanı ile ilşkili olarak gelişen periyodik şişlik ve ağrı ile karakterize bir durumdur.[16] Histopatolojik olarak seyrek yamalı lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu görülür. Asinilerde atrofi, duktuslarda deformasyon mevcutur. Fibrozis de olaya katılınca kronik sklerozan siyaladenit olarak adlandırılır.[15]

Subakut nekrotizan siyaladenit: Son zamanlarda tarif edilmiş sıklıkla genç erişkinlerde görülen bir durumdur. Sert ya da yumuşak damaktaki minör tükrük bezleri tutulur. Lezyon intakt ve eritematöz mukoza ile kaplı ağrılı nodüler oluşum şeklindedir.[15,17]

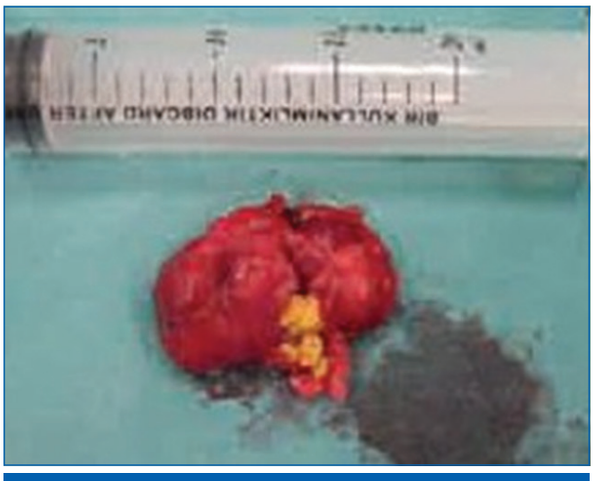
Granülomatöz siyaladenit: Tüberküloz, aktinomikoz, kedi tırmığı hastalığı, tularemi, toksoplazmozis, fungal enfeksiyonlar ve sifiliz tükrük bezlerinde granülomatöz enfeksiyon nedenleridir.

Siyalolitiyazis

Nedeni hala net olarak açıklanamayan tükrük bezi taşları genellikle majör glandlarda unilateral olarak gelişir.(Resim 3) Submandibuler bezde %80-85, parotis bezinde %10-15, sublingual bez ve minör bezlerde %1-7 olarak görülür.[11] Submandibuler bezde siyalolitiazisin çok görülmesi; bu bez salgısının daha visköz, mukustan daha zengin ve kanalın geniş, kısmen

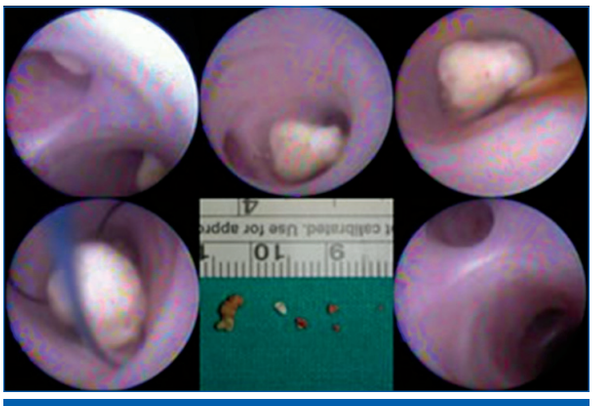


Resim 2: *Sağ akut viral parotit olgusunda sağ parotis bezi üzerindeki şişlik ve kızarıklık*



Resim 3: *Submandibuler gland parankimindeki taşların postoperatif görüntüsü*

kıvrımlı ve aşağıdan yukarı yönde seyirli olması, kanal orifisinin kanala göre daha dar olması, içeriğinde organik madde miktarının fazlalığı ile açıklanabilir. Belirtiler ve yakınmalar yemek yerken ve sekretuar stimulusların arttığı dönemlerde belirginleşir. Çene ve dil altında, kulak memesi önünde ve altında ani şişmeler ve çok şiddetli ağrılar gelişir. Submandibuler bez siyalolitlerinde lezyonun bulunduğu çene altında ağrılı şişlik, ağız tabanında Wathon kanalı trasesinde dolgunluk, palpasyonda ağrı, varsa enfeksiyonun şiddetine göre değişen hiperemi ve konjesyon, bimanuel muayenede artan ağrı ve taş sertliğinin saptanması, dil altında Warthon kanal ağzında mukopürülan sekresyon gözlenebilir. Submandibuler bez taşlarının %70i kanal içinde lokalizedir. Ultrasonografi solid kitleyi,kanal genişliği ve bezdeki büyümeyi saptar. Siyalografi taşları dolma defeti olarak gösterir.[18] Siyaloendoskopi ile endoskopik yak-laşım siyalolitya-ziste yeni tanımlanmış bir yöntemdir.(Resim 4) Lokal anestezi kullanılarak kolayca yapılabilir ve nedeni bilinmeyen tüm bez şişmeleri için kullanılabilir.[19,20] Endoskopik müdahele taşın büyüklüğüne bağlıdır. Marchal ve ark.3 mm.'den küçük taşların %97'sini tel sepet yardımıyla çıkarabildiklerini bildirmişler.[21] Submandibuler bezin Warthon kanalı distalindeki taşlar ağız içinden çıkarılabilir. Proksimal ve parankim yerleşimli taşlarda gland çıkarılır. Parotis taşlarında stenon kanalı içi taşlar papilla dolayında kanala yapılan kesilerle çıkarılır. İntraglandüler taşlar ise parotidektomi gerektirir.



Resim 4: *Warthon kanalındaki taşların siyaloendoskopik görüntüsü*

Siyaloadenozis

Klinik olarak noninflamatuar, asemptomatik, tekrarlayan, ağrısız bilateral parotis şişlikleri ile karakterizedir. Parotisteki şişliğin yemek yeme ile ilşkisi yoktur. Hipofizer bozukluklar, hipotiroidi, hamilelik, laktasyon, gonadal yetersizlik, puberte, menapoz, adrenal yetmezlik, malnütrisyon, alkolizm ve siroz ile birlikte olabilir. Tanı çoğu zaman iyi bir anamnez ve neden olabiliecek hastalığın saptanması ve muayenede bilateral ağrısız parotis şişliklerinin gözlenmesi ile konulur. İğne biyopsisi tanıda değerlidir. Tedavi altta yatan nedene yöneliktir. Kozmetik kusurlara neden olduğu durumlarda parotidektomi yapılabilir.[22]

Sarkoidoz

Sarkoidozlu hastalarda tükürük bezi tutulumu %10'dan azdır. Parotis bezi daha sık tutulur. Eğer üveit, parotiste büyüme ve fasiyal paralizi (genellikle bilateral ve geçici) birlikte ise Heerfordt Sendromu (Uveoparotid ateş) denir. Sarkoidozun diğer sistemik bulguları olabilir veya olmayabilir. Tanı; histopatolojik olarak non-kazeifiye granülomun görülmesi ile konur. Sistemik tutulumda hiler lenfadenopati, eritema nodosum, üveit, artrit, pulmoner infiltrasyon görülebilir.

Tükrük Bezinin Otoimmun Tutulumu

Sjögren sendromu kuru göz ve kuru ağız şikayetlerine neden olan, tükrük bezleri ve lakrimal bez parankiminin lenfosit aracılı destrüksiyonu ile karakterize otoimmun bir prosestir. Bazı durumlarda bu sendroma romatoid artrit ve multisistemik tutulum da eşlik edebilir. Sjögren sendromu iki grupta incelenir.[14] Primer Sjögren Sendromu; kserostomi ve kseroftalmi ile karakterizedir. Sekonder Sjögren sendromu; diğer konnektif doku hastalıklarının da (sıklıkla romatoid artit) tabloya eşlik ettiği durumdur. Kadın erkek oranı 9/1' dir. %80 oranında ortalama 50 yaş civarındaki bayanlarda görülür.[11,14,20] Genellikle ilk semptom artrit ile ilişkilidir, bunu oküler semptomlar takip eder, tükrük bezi ile ilişkili semptomlar geç dönemde ortaya çıkar. Hem minör hem de majör tükrük bezleri tutulur ve histopatolojik bulgular aynıdır. Majör bezlerden özellikle parotis bezi tutulur.[11,14] Hastalarda lakrimal akım schirmer testi ile değerlendirilir. Majör tükrük bezlerindeki büyüme epizodik olabilir veya bazı olgularda olmayabilir. Yaklaşık %6-7 oranında zeminde lenfoma geliştiği, bu durumun primer Sjögren sendromunda daha belirgin olduğu bilinmektedir.[11,13,14,20] Uzun dönem semptomatik tedavi ile birlikte oftalmolojik ve romatolojik takip gereklidir.

Tükrük Bezlerinin Travmatik Yaralanmaları

Travmatik yaralanmalar özellikle de laserasyonlar gland ve duktuslarla birlikte, fasiyal yaralanma ve fraktürlerle birlikte olabilir. Fasiyal yaralanmada sadece parotis parankimi değil duktusu da dikkatle incelenmelidir. Parotis yaralanmalarında fasiyal sinir ve dalları yaralanabilir. Duktal yaralanmalarda kateter kullanılarak distal ve proksimal uç anastomozu yapılmalıdır. Sinir yaralanmalarında epinöral sütürlerle onarım yapılmalıdır. Majör glandların potansiyel sekelleri; enfeksiyon, fasiyal paralizi, tükrük bezi fistülü ve duktal obstrüksiyondur.[11,15]

Reaktif Lezyonlar

Mukus retansiyon kisti: Oral mukozada minör tükrük bezi travması sonrası muköz sekresyonun yumuşak doku ile mukoza arasında retansiyona neden olur. Sekresyonun etrafında gerçek bir epitel olmayan psödokist formasyonu oluşur. Hastalar içerisinin boşaldığını sonra tekrarladığını ifade edebilirler. En sık alt dudak mukozasında gözlenir. Tedavisi kist cidarı ile birlikte

eksizyondur. Nüks %15-30 civarında görülür. Bunun nedeni tam olmayan eksizyon ya da yeni travmalardır.[11]

Ranula kisti: Sublingual bezin en sık görülen lezyonudur. Sublingual bezin duktal sistemindeki bir mukus retansiyonu ya da duktal sistemin yaralanması sonrası gelişen mukus akstravazasyonu şeklinde olabilir. Basit ve plunging ranula olmak üzere 2 tipi vardır. Basit tipi mylohyid adale üzerinde ağız tabanında sublingual boşlukta sınırlıdır. Plunging tipi ise ağız tabanından mylohyoid adale inferioruna dolayısıyla submandibuler boşluğa uzanır.[11,14,15] Tedavisi cerrahi eksizyon ya da marsupiyalizasyon şeklindedir.

Tükrük Bezi Tümörleri

Tükrük bezi tümörlerinin %80'i parotisde bulunur, bunların %20'si habistir. %10'u submandibular bezde bulunur, %50'si habistir. %9'u minör tükrük bezlerinde ve %1'i sublingual bezde bulunur, bunların da %80'i habistir. Bezin boyutu küçüldükçe kitlenin habis olma ihtimali daha büyüktür. Tanı; anamnez, klinik muayene, ince iğne aspirasyon biyopsisi, ultrasonografi ve bazı ileri olgularda BT ve MR yardımıyla konur.[24]

Selim Tümörler

Çocuklarda rastlanılan en sık selim tümör hemanjiom ve lenfanjiomdur.[25]

Pleomofik adenom (Mikst tümör): En sık görülen selim tükrük bezi tümörüdür. Kadınlarda daha sık görülürler. %80 parotis yerleşim ve unilateraldir. Sert, mobil ve ağrısızdırlar. Psödokapsülleri bulunur. Ultrasonografi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi preop tanıda çok önemlidir. Tedavi; Parotis için superfisyal parotidektomi, submandibular bez için gland eksizyonudur. Minör tükrük bezleri için normal bir doku marjini ile kesilip alınarak tedavi edilir. Prognoz iyidir. %3-5 olguda habis dejenerasyon görülür.[24,26]

Papiller kistadenolenfomatozum (Whartin tümörü): Sıklıkla yaşlı erkeklerde görülür. Genellikle parotisin kuyruğunda gelişir. Lastik kıvamında, hareketli ve ağrısız bir şişlik yapar, %10 olguda bilateraldir. Histolojik kesitlerde epitelyal glandüler segmentler arasında lenf foliküllerinin bulunduğu zengin lenforetiküler stroma bulunur. Teknisyum 99'u tuttuğu için sintigrafik incelemede sıcak nodül tarzında izlenir, ayırıcı tanıda önemlidir. Tedavide süperfisyal parotidektomi yapılır.

Monomorfik adenom, onkositom, sebase adenom, anjiom, hemanjiom, lenfanjiom diğer nadir görülen tükrük bezi tümörleridir.

Habis Tümörler

Tüm tükrük bezi tümörlerinin %25-30'u habisdir. Hızlı büyüme, ağrı, infiltrasyon, fiksasyon yada mobilitede azalma, parotis tümörlerinde fasiyal paralizi habaset işaretleridir. Fasiyal paralizi ve bölgesel lenf nodlarına metastaz sürviyi azaltıcı etki yapar.

Mukoepidermoid tümör: En sık rastlanan habis tükrük bezi tümörüdür.(Resim 5) Parotis bezinde en sık görülen habis tümördür. Epidermoid komponenti, müköz komponente göre daha fazla olanlar daha agresif ve habis bir seyir gösterirler (yüksek ve düşük grade). En sık parotisde ve damağın minör tükrük bezlerinde yerleşir. Tedavi total parotidektomi, habaset derecesine göre boyun diseksiyonuda yapılır.[27]



Resim 5: *Sağ parotis bezi malign neoplazmı*

Adenoid kistik karsinom: Büyüme genellikle yavaştır. Ağrı yada parestezi mevcuttur. Hastaların %25'inde fasiyal paralizi mevcuttur. Minör tükrük bezlerinde ve özellikle damakta rastlanır. Bunu daha az sıklıkla sublingual, submandibular ve parotis bezleri takip eder. Hematojen metastaz ve perinöral yayılıma sık rastlanır. Tümör geniş olarak çıkarılmalıdır.[11]

Asiner hücreli tümör: Tümörün lokal büyümesine ait semptomlar yapar. Tedavi total parotidektomidir. Prognozu iyidir. Bölgesel ve uzak metastazlar nadiren görülür.

Adenokarsinom: Ağrı, fasiyal paralizi ve servikal lenf nodlarına metastaz sıklıkla meydana gelir.

Epidermoid karsinom: Sıklıkla parotis bezini tutar. Hızlı ve infiltran şekilde büyür. Primer tükrük bezi karsinomu olabileceği gibi, diğer baş boyun tümörlerinin metastazı da olabilir.

Karsinoma eks-pleomorfik adenoma: Pleomorfik adenom zemininde gelişir. Bu oran %3-5 arasında değişir. Zamanla doğru orantılı olarak artar. Ani bir büyüme ile kulağa vuran ağrı, total veya parsiyel fasiyal paralizi ile ilerler. Deriye infiltrasyon, rejyonal lenfatik metastaz oranı yüksektir. Total parotidektomi ve boyun diseksiyonu ile tedavi edilir.[28]

Kaynaklar

1. Gates GA, Johns ME. Biochemistry of the salivary glands and saliva. Otolaryngology. Paparella MM, Shumrick DA (ed) WB Sounders co. 1980; Vol:1, Ch:23, pp 566-584.
2. Snell RS. Clinical Anatomy for Medical Students. 7th edition. SMHS Washington. 2004; Pp. 773 – 788.

3. Bryne MN, Spector JG, Garvin CF, Gado MH. Preoperative assesment of parotid mass: A comparative evaluation of radiologic techniques to histapathologic diagnosis. Laryngoscop. 1989; 103: 727-732.
4. Gates GA, Johns ME. Diagnostic Radioogy. Otolaryngology. Paparella MM, Shumrick DA (ed) WB Saunders co. 1980; Vol:1, Ch: 44, pp 1067-1082.
5. Esmer N. Tükrük bezi hastalıklarında sintigrafinin tanı yönünden değeri. AÜTF Mecm. 1973; Suppl. 80, Vol:26, 1-24.
6. Zbaren P, Ducommun JC. Diagnosis of salivary gland disease using ultrasound and sialography: a comparison. Clin. Otolaryngol. 1989;14:189-194.
7. Calcaterra TC, Hemenway WG, Hansen GC. The value of sialography in diagnosis of parotid tumors. Arch. Otolaryngol. 1997;103:727-732.
8. Berg HM, Jacobs JB, Kaufman D, Reede DL. Correlation of fine needle aspiration biopsy and CT scanning of parotid masses. Laryngoscope. 1996;96:1357-1362.
9. Gmelin E, Rinasti E, Weiss HD. Digital substraction in examination of the tear ducts and salivary glands. Medicamundi. 1987;32:124-130.
10. Noyek AM. Head and Neck Radiology. Gower medical publishing. London. 3rd edition. 1991; 312 – 324.
11. Larry J P, Edward E, James R. H. Diagnosis and Management of Salivary Gland Disorders Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 4th edition. Mosby. 2003; Pp. 434 – 455.
12. Antonio N. Ten Cate's Oral Histology, Development, Structure and Function. 6th edition. 2003; Pp. 299 – 328.
13. Vanderwaal IE. Diseases of the Salivary Glands. J Oral Maxillofacial Surg. 1997; 34: 15.
14. Joseph AR, James JS, Richard CKJ, Fred C. Oral Pathology (Clinical Pathologic Correlation), 4th edition. WD Saunders, 2003; Pp. 183 – 217.
15. Brad W N, Douglas DD, Carl MA, Jerry E.: Oral and Maxillofacial Pa-thology. 2nd edition. 2002; Pp. 675 – 679.
16. Koudelka BM. Obstructive Disorders: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR (eds). Surgical pathology of the salivary glands. WB Saunders, Philadelphia. 1991; Pp. 95 – 96.
17. Fowler CB, Brannon RB. Subacute necrotizing sialadenitis: report of 7 cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2000; 89: 600 – 609.
18. Cuhruk Ç, Yılmaz O. Parotis bezi kitlelerinde tanı yöntemleri. KBB ve Baş boyun cerrahisi derg. 1993;1:155-198.
19. Marchal F, Dulguerov P, Lehmann W. Interventional sialoendoscopy. N Engl J Med 1999;341: 1242-3.
20. Nahlieli O, Baruchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. J Oral Maxillofac Surg 1999;57: 1394-401.
21. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant P, Lehmann W. Specificity of parotid sialoendoscopy. Layngoscope 2001;111: 27-35.
22. Seifert G, Miehlke A, Haubrich J, Chilla R. Diseases of salivary glands. Thieme inc. New york. 1986; 22-86.
23. Linvall AM and Jonsson R. The salivary gland component of Sjogren's syndrome: an evaluation of diagnosis methods. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986; 62: 32 – 42
24. Cuhruk Ç, Saatçi MR, Demireller A, Vural E. Parotis malign tümörleri hakkında klinik gözlemlerimiz ve tedavi prensiplerimiz. Türk ORL Arşivi. 1995;33:212-222.
25. Kaya S, Ataman M, Ergin T. Çocukluk çağı tükrük bezi tümörleri. Türk ORL Arşivi. 1993;31:92-95.
26. Hoşal N. On yılda parotis tümörleri ameliyatlarından aldığımız sonuçlar. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni. 1971;4:226-231.
27. Ellis GB, Auclair PL: Mucoepidermoid carcinoma. in Silverberg SG (Ed): Tumors of the salivary glands, Washington, 2008;173-196.
28. Spiro RH, Armstrong J, Harrison L, Geller NL, Lin SY, Strong EW. Carcinoma of major salivary glands. Arch. Otol. Head and Neck Surg. 1989;115:316-320.