

ÇOCUK VE GENÇ BİREYLERDE TÜKRÜK BEZİ HASTALIKLARI

DISORDERS OF THE SALIVARY GLANDS IN CHILDREN AND YOUNG INDIVIDUALS

¹Zuhal KIRZIOĞLU, ^{2*}Z. Zahit ÇİFTÇİ, ³Hüseyin KARAYILMAZ

¹Prof. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, ISPARTA.

²Araş. Gör. Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, ISPARTA.

³Yrd. Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, ANTALYA.

Özet

Tükürük bezleri, üç büyük bez (parotis, submandibuler ve sublingual) ve büyük oranda, dudaklar, dil, yanak mukozası ve damakta bulunan çok sayıda küçük bezlerden oluşmaktadır. Çocuklarda tükürük bezleri enfeksiyonlarının görülme sıklığı düşük olmasına rağmen, çeşitli tükürük bezi hastalıkları meydana gelebilmektedir. Bu hastalıklar, enflamatuvar, granümatöz veya neoplastik özellikte olabilmektedir. Günümüzde, modern teşhis ve görüntüleme yöntemlerinin artması, medikal ve cerrahi tedavilerdeki gelişmeler ile bu hastalıklar, başarılı bir şekilde tedavi edilebilmekte, oluşma ve tekrarlamaya sıklıkları azalmaktadır. Ancak, tükürük bezi hastalıklarının erken dönemde teşhis edilmesi, klinisyenin tükürük ve tükürük bezlerinin normal fiziksel özellikleri ve tükürük bezi hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmasına bağlıdır. Böylece, hastalığın erken teşhis edilmesi ile tedavi kolaylaşacak ve komplikasyon riski azaltılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Tükürük Bezi Hastalıkları, Çocuklar, Genç Bireyler

Abstract

The salivary glands comprise three main pairs of glands (the parotid, the submandibular, and the sublingual) and a number of minor glands found in lips, tongue, buccal mucosa and palate. The incidence of salivary gland infections in the pediatric population is low but various salivary gland disorders may occur. Lesions may be inflammatory, granulomatous or neoplastic in nature. Recently, with an ever increasing armamentarium of diagnostic tools and medical and surgical therapies, these patients can be managed successfully with minimum morbidity and decreased incidence of recurrences. However, diagnosing the salivary gland diseases in the early period depends on knowledge of clinicians about normal physical properties of saliva and salivary glands and salivary gland disease. Thus, treatment will become easier and complications will reduce with early diagnose.

Keywords: Salivary Gland Disorders, Children, Young Individuals

1. GİRİŞ

Tükürük bezleri büyük ve küçük olmak üzere iki gruba ayrılmaktadırlar. Büyük olanlar; parotis, submandibuler ve sublingual bezlerdir. Küçük tükürük bezleri; ağız içi, solunum ve sindirim sisteminin üst kısmı, trakea ve paranazal sinüsler ve benzeri birçok yerde bulunmaktadır.¹

Doğum sırasında, parotis bezinin lobları tam olarak gelişmemiştir. Hamilelik döneminde, parotis bezi ilk gelişmeye başlayan tükürük bezidir (4-6. hafta).¹⁻³ On sekizinci haftadan itibaren sindirim enzimlerini salgılamaya başlamaktadırlar.^{2, 4} Submandibuler bezin lobu

doğum sırasında tamamlanmıştır.¹ Hamileliğin 6. haftasında gelişmeye başlayan submandibuler bezin salgı aktivitesi 16. haftada başlamaktadır.^{2, 5} Büyük tükürük bezlerinin en küçüğü olan sublingual bezin gelişimi hamileliğin 10. haftasında, salgı aktivitesi ise 22. haftada başlamaktadır. Diğer büyük bezlerde olduğu gibi belirgin bir kapsülü yoktur. Sayıları 600-1000 olan küçük tükürük bezleri ise, gebeliğin 3. ayında gelişmeye başlarlar.¹

Organizmada bazı hastalıkların seyri esnasında tükürük bezlerinde ve tükürük salgılanmasında önemli değişiklikler olmaktadır. Bu nedenle, tükürük bezleri bir klinisyen için bazı sistemik hastalıklarda ortaya çıkan reaksiyonların gözlemlenmesinde ve bazı patolojilerin tanısının konmasında yardımcı organlardır. Sistemik hastalıkların yanı sıra, bazı diş ve diş eti hastalıklarının, tükürük ve tükürük bezi bozuklukları ile ilişkili olduğunun tespit edilmesinin ardından, diş hekimliği alanında bu bezlerin hastalıkları daha fazla önem kazanmıştır.

*İletişim Adresi

Dr. Z. Zahit ÇİFTÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Pedodonti Anabilim Dalı, Doğu Kampüsü
32040 / Çünür / Isparta / TÜRKİYE

Tel: 0 246 211 33 49
Fax: 0 246 237 06 07
e-mail: zzahitciftci@gmail.com

Bu bakımdan, tükürük bezi patolojilerinin tanı ve tedavileri için, bu bezlerin anatomilerinin ve fizyolojilerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir.

2. KONJENİTAL ANOMALİLER

Parotis boşluğunda en yaygın görülen konjenital anomaliler, venolenfatik malformasyonlar ve brankial yarı kistleridir.

2.1. Venolenfatik Malformasyonlar

Venolenfatik malformasyonlar, lenfatik sistemin konjenital anomalileridir ve %90'ı iki yaşındaki çocuklarda görülmektedir. Venolenfatik malformasyonlar, iç kanama veya enfeksiyon ile ilişkili olarak sıklıkla palpe edilebilen bir kitle olarak aniden ortaya çıkmaktadır.^{6,7}

Görüntüleme tekniklerinde, solid doku, venöz göllenmeler ve kistik bileşenler ile birlikte multikistik kitleler ve iç kısmında sıklıkla ince ayırımlar görülmektedir. Venolenfatik malformasyonların tedavisinde, kistik lezyonlar için skleroterapi, solid lezyonlar için cerrahi ve bazen de her iki yöntemin birlikte uygulanması önerilmektedir.⁷

2.2. Brankial yarı kistleri:

Brankial yarı kistleri, brankiyal yarıkların veya keselerin konjenital olarak devam etmesi nedeniyle oluşmaktadır. Tipik olarak, ağrılı fluktuan şişlik görülmektedir. Parotis boşluğunda veya parotisin önündeki bölgede meydana gelen birinci brankiyal yarı kistlerinde, sinüs yolunun dış kulağa açılması nedeniyle, kulak akıntısı da görülebilmektedir.⁸ Görüntüleme yöntemleri ile birlikte iyi tanımlanan kistin tedavisi, kist ve fistül veya sinüs yolunun cerrahi olarak rezeke edilmesini içermektedir.^{9,10}

3. NEOPLAZİLER

Tükürük bezi neoplazileri çocuklarda nadir olarak görülmektedir. Çocuklarda görülen tümörlerin sadece %1'ini oluşturmaktadırlar.⁶ Bu tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık olarak %85'inin parotis ve %10'unun submandibuler bezinde görüldüğü bildirilmektedir.¹¹ Çocuk yaş grubundaki bütün parotis kitlelerinin yaklaşık yarısında malignansi görüldüğü bildirilmektedir. Bu oran yetişkinlere oranla daha yüksektir (Tablo 1).¹²

NEOPLAZİLER	
Benign Neoplaziler	Malign Neoplaziler
İnfanıl Hemanjioma	Squamöz Hücreli Karsinoma
Pleomorfik Adenoma	Adenoid Kistik Karsinoma
Warthin Tümörü	Mukoepidermoid Karsinoma
Nörofibroma	Adenokarsinoma
Anjiolipoma	Asinöz Karsinom
Onkositoma	Metastatik Adenopati
Hamartoma	Rabdomiosarkom
Lipoma	Lenfoma, Lösemi

Tablo 1: Çocuk ve genç bireylerde en sık karşılaşılan tükürük bezi neoplazileri.^{3,4}

3.1. İnanıl Hemanjioma

İnanıl hemanjioma, 1 yaşın altındaki çocuklarda görülen, tükürük bezi lezyonlarının %90'ını oluşturan, en yaygın benign tükürük bezi tümörüdür.⁴ Yeni doğan infantların %4-10'unda ve prematür infantların %23'ünden fazlasında meydana gelmektedir. Parotis bezindeki şişlik hayatın ilk haftalarında görülmekte ve ilk birkaç ayda artmaktadır.¹³ Endotelial hücre döngüsünün artması ile karakterizedir. Doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) infanıl hemanjiomanın tanımlanmasında kullanılabilir.⁴ Bu yöntemlerde, lobüler, solid, kan damarları yönünden zengin ve tüm parotis bezini işgal eden kitle görülebilmektedir.¹³

Lezyonun, ülserasyon veya enfeksiyona neden olmadığı, vital yapılara baskı yapmadığı sürece tedavi gerektirmediği belirtilmiştir.¹⁴ Tedavi seçenekleri arasında kortikosteroid, seçici olmayan bir beta-bloker olan propranolol ve damar gelişimini engelleyen ilaçların kullanımı, endovasküler skleroterapi, lezyonun cerrahi olarak çıkartılması ve yüzeysel lezyonlarda lazer kullanımı önerilmektedir.¹³

3.2. Pleomorfik Adenomalar

Pleomorfik adenomalar, infanıl hemanjiomlardan sonra çocuklarda görülen ikinci en yaygın tükürük bezi tümörüdür ve 1-20 yaşları arasındaki çocuklarda, tek, ağrılı, yavaş büyüyen kitle şeklinde görülürler.⁴

BT ve MR görüntülerinde, değişken büyüme, kapsüllü ve iyi tanımlanan tekli kitleler görülür. Küçük lezyonlar homojen olarak görülürken, geniş lezyonlar, nekroz, kanama veya kistik değişiklikler nedeniyle daha heterojen görülmektedirler.¹⁵

Tedavisi, submandibuler bez ile birlikte tümörün veya sadece tümörün cerrahi olarak çıkarılmasını içermektedir.¹¹

3.3. Nörofibromalar

Nörofibromalar, fasiyal sinir gövdesinde veya dallarında görülen benign sinir kılıfı tümörleridir. Bu nedenle parotis bezi içerisinde gelişebilirler.⁴

BT görüntülerinde nörofibromalar, çoklu kistik alanlar ve orta dereceli genişleme veya genişleme olmaksızın homojen bir şekilde görülürler. En fazla tercih edilen tedavi yöntemi cerrahi olarak çıkarılmasıdır.^{16, 17}

3.4. Rabdomiyosarkom

Rabdomiyosarkom, çocuklarda görülen en yaygın pediatrik yumuşak doku sarkomudur. Rabdomiyosarkom'un %40'ı, başta orbita, nazofarinks ve burun olmak üzere baş ve boyun bölgesinde oluşmaktadır. Genellikle, doğrudan genişleme ile tükürük bezi de olaya dahil olmaktadır.⁷

BT, MR¹⁸ ve pozitron emisyon tomografi¹⁹ tümörün tanımlanmasında kullanılabilir. Görüntüleme yöntemlerinde, belirsiz sınırlı, düzensiz bir kitle görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵

Rabdomiyosarkom'un prognozu, bulunduğu yere ve lezyonun bulunduğu safhaya bağlıdır. Tedavisi, kemoterapi ile birlikte cerrahi rezeksiyonu veya sadece cerrahi rezeksiyonu içermektedir.^{7, 15}

3.5. Lösemi ve lenfoma

Birincil tükürük bezi lenfomaları mukozal lenf nodları ve tükürük bezinin ikincil lenfomalarından meydana gelmektedir.⁴

Görüntüleme bulguları değişkendir; odaksal veya yaygın, tek veya çoklu ve tek taraflı ya da iki taraflı kitleler şeklinde görülebilirler. BT görüntülerinde sıklıkla hafif homojen genişleme görülmektedir.^{7, 15}

4. BULAŞICI VE ENFLAMATUAR TÜKRÜK BEZİ HASTALIKLARI

Çocuk ve genç bireylerde görülen enflamatuar tükürük bezi hastalıklarında, diş hekimlerine neoplazi olgularına göre daha sık başvurulmaktadır. Çocuklarda görülen, başlıca bulaşıcı ve enflamatuar tükürük bezi hastalıkları tablo 2'de gösterilmiştir.

BULAŞICI VE ENFLAMATUAR TÜKRÜK BEZİ HASTALIKLARI

Akut, Tekrarlayan ve Kronik Parotitis
Neonatal Süpüratif Parotitis
Tüberküloz
Tüberküloz Dışı (Atipik) Mikobakteriyel Hastalık
Kedi Tırmığı Hastalığı
Kabakulak
HIV (Human Immunodeficiency Virüs) Enfeksiyonları
Sarkoidoz

Tablo 2: Çocuklarda görülen, başlıca bulaşıcı ve enflamatuar tükürük bezi hastalıkları.³

4.1. Akut, Tekrarlayan ve Kronik Parotitis

Akut parotitis, çocuklarda doğal olarak tekrarlamaktadır. Tükürük üretiminin azalması ve iltihaplı akıntı ile birlikte, parotis bezinin tekrarlayan, çift taraflı veya tek taraflı şişliğinin, tekrarlayan semptomları ile karakterizedir. Sıklıkla, puberte dönemine gelindiğinde kendiliğinden düzeldiği görülmektedir. Etkilenen çocuklar 2-11 yaşları arasında olup ortalama yaş 6'dır.²⁰

Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir, fakat ağız boşluğunda bulunan mikroorganizmalar tarafından Stensen kanalı yoluyla meydana geldiğine veya kanallar sistemi malformasyonlarından kaynaklandığına inanılmaktadır.³ Tükürük örnekleri olguların %91'inden fazlasında pozitif bakteriyel kültür içermektedir. En yaygın olarak izole edilen bakteriler, *Hemophilus influenza* (%40), *Streptococcus pneumoniae* (%38), *Streptococcus viridans* (%35), *Moraxella catarrhalis* (%4) ve anaeroblardır (%1) (20, 21).

Parenteral yol ile antimikrobiyal uygulaması tedavinin esasını oluşturmaktadır. Hastalık etkeni baskın mikroorganizmaya yönelik antibiyotik seçimi yapılmalıdır. Apse oluşumu varsa cerrahi olarak drene edilmelidir.²² Parotidektomi nadiren gerekli olmaktadır.³

4.2. Neonatal Süpüratif Parotitis

Neonatal süpüratif parotitis, yenidoğanlarda nadir görülen bir hastalıktır ve parotis bezinin akut şişliği ve Stensen kanalından pürülan eksuda çıkışı ile

karakterizedir. Genellikle hayatın ilk aylarında meydana gelmektedir.²³

Hastalık tipik olarak tek taraflıdır, bazen çene üstündeki deride kızarıklık ile birlikte görülmektedir. Erken doğumun en büyük risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Dehidratasyon riskinin artmasına ve sonrasında tükürük sekresyonunun azalmasına neden olur.³

En yaygın olarak izole edilen patojen *Staphylococcus aureus*'dur, hastaların %55'inden izole edilmektedir. *Staphylococcus aureus* un ardından diğer gram pozitif kokkuslar ve *Escherichia coli* ile birlikte, *Klebsiella pneumoniae* ve *Pseudomonas aeruginosa* gibi gram negatif organizmaların da hastalığa neden olabildiği bildirilmiştir.²³ Etken mikroorganizmaya yönelik uygun antibiyotiğin seçilmesi ile hastalık tedavi edilmektedir ve cerrahi drenaj gerekli olabilmektedir.^{3,24}

4.3. Tüberküloz Dışı (Atipik) Mikobakteriyel Hastalık

Hastalık; cilt enfeksiyon ve apseleri, akciğer hastalığı, yaygın enfeksiyon ve servikal lenfadenopati ile karakterizedir.²⁵ Çocuklarda, tüberküloz dışı mikobakteriyel enfeksiyonlar, büyük tükürük bezleri bölgesinde, kitle oluşumuna neden olabilirler.²⁶

Tüberküloz dışı mikobakteri organizmaları, her ortamda bulunabilirler. Bebekler hastalığa daha yatkındırlar. Hastalık, genellikle 1-5 yaşları arasında görülmektedir. Hastalığı bulunan çocuklar tipik olarak sağlıklıdırlar ve bağışıklık sistemleri normal olarak işlemektedir.

Yavaş büyüyen kitle ağrısızdır ve üzerine kaplayan deride incelleme ve renk değişikliği görülebilir. Herhangi bir ateş veya ağrının olmaması ile birlikte, lenfadenopatinin özel doğası nedeniyle, BT ile bile, hastalığın tükürük içi ya da tükürük dışı olduğunun ayırt edilmesi zor olabilmektedir. Bu enfeksiyonlar invaziv neoplazmlar ile karışabilmektedir.³

Sağlıklı çocuklarda, hastalığın kendiliğinden iyileşeceği düşünüldüğünden (ortalama 20 ay), gözlem kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir. Eğer bir antibiyotik kullanılacaksa, makrolidlerin en uygun seçim olduğu düşünülmektedir. Fasiyal sinirin risk altında olduğu olgularda veya çok fazla cilt bozulması varsa insizyon ve küretaj tedavileri uygulanabilmektedir.²⁶

4.4. Kedi Tırmığı Hastalığı

Kedi tırmığı hastalığı, çocukların, yavaş büyüyen, sıklıkla asemptomatik bir enfeksiyonudur. Hastalığa neden olan organizma *Bartonella henselae* olarak belirlenmiştir. Evcil kediler hücre içi gram negatif bir basil olan bu organizma için doğal bir depo kaynağıdır. Kediler arasında *Bartonella henselae* geçişinin, pireler vasıtasıyla olduğu ve kedilerden insanlara geçişinin ise genellikle tırmalama veya ısırma yolu ile meydana geldiği düşünülmektedir.

Tipik olarak hastalık, kedinin tırmalaması veya ısırmasından 1-3 hafta sonra tek veya bölgesel lenfadenopati şeklinde görülmektedir. Bir veya daha fazla kırmızı-kahverengi papül ısırma, tırmalama bölgesinde görülebilmektedir. Servikal ve submandibuler lenf nodları olguların %26'sında, preauriküler lenf nodları ise olguların %7'sinde olaya dâhil olmaktadır.^{27,28}

Teşhiste hasta hikâyesi ve klinik muayeneden yararlanılarak, seroloji testi ile teşhis doğrulanabilmektedir.³

İnkübasyonu takip eden 7-60 gün içerisinde, lenfadenopati ve/veya lenfanjit ile birlikte esas olarak ateşli hastalık, yorgunluk, bulantı, halsizlik ve miyalji gelişmektedir.²⁹ Kitlenin üzerini örten ciltte kızarıklık ve ısı artışı görülebilir. Lenfadenopati genellikle 9 hafta içerisinde kendiliğinden çözülmektedir. Lezyonların %10'unda iltihabın cerrahi olarak drene edilmesi gerekli olmaktadır. İn vitro olarak bakterinin birçok antibiyotiğe duyarlı olmasına rağmen, bakterinin hücre içi doğası nedeniyle antibiyotiklerin klinik uygulamada etkinlikleri çok azdır. Eğer bir antibiyotik kullanılacaksa, 5-10 günlük süreçte, azitromisin tavsiye edilmektedir.^{27,28}

4.5. Kabakulak

Çocuklarda bulaşıcı parotitisin en yaygın nedenlerinden birisi de kabakulaktır. Hastalık etkeni, Paramyxoviridae ailesinden olan tek dizi bir RNA virüsüdür.³⁰ Çocuklarda görülen enfeksiyon hastalıklarının en bulaşıcılarından. Virüsler damlacık enfeksiyonu ile bulaşmaktadır. Kuluçka dönemi 16-18 gündür.

Takibinde olguların %95'inde parotis bezinde şişlik ve hassasiyet (genellikle çift taraflı) meydana gelmektedir.³ Hastalık genellikle ateş, baş ağrısı, iştahsızlık ve bitkinlik hali ile seyretmektedir. İlk 24 saat içerisinde kulağa yakın alanda, özellikle çiğneme, yutma

ve konuşma fonksiyonları sırasında kulak ağrısı şikayeti bulunmaktadır. Takip eden günlerde parotis bezinde meydana gelen şişlik belirgindir ve hızla büyüyerek 1-3 gün içerisinde en büyük boyutlarına ulaşmaktadır.

Parotis bezindeki genişlemenin hızlı olduğu dönemde ağrı ve hassasiyet şiddetlidir. Sıklıkla kanal ağızlarında enflamatuvar değişiklikler meydana gelmektedir, Wharton ve Stensen kanallarının açıldığı alan kızamık ve ödematöz hale gelebilmektedir. Şişlik 6-10 gün devam etmektedir.³¹

Parotitis, kanal epitelinin doğrudan enfeksiyonu nedeniyle oluşmaktadır. Bütün kabakulak olgularının bir kısmının serebrospinal sıvı analizinde, santral sinir sistemi ile ilişkili olabildiği gösterilmiştir. Fakat, bu olgularda menenjit ve ensefalit gibi önemli nörolojik komplikasyonların yaygın olarak ortaya çıkmadığı belirlenmiştir.³ Genellikle klinik özelliklere dayanılarak teşhis edilmektedir. Ancak klinik semptom göstermeyen olguların teşhis edilmesinde gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) yönteminin kullanılması önerilmektedir.³²

Semptomatik ve destekleyici tedavi uygulanır. Şişliğe bağlı oluşan ağrıyı kontrol altına almak için ağrı kesici kullanılabilir. İlgili alana sıcak ya da soğuk uygulaması ağrıyı hafifletebilmektedir. Belirli bir tedavisi yoktur. Sulu diyet verilir. Eğer devamlı kusma varsa, intravenöz sıvı ve elektrolit tedavisi yapılmalıdır. Lokal ağrı için sıcak veya soğuk pansuman, analjezikler kullanılabilir.³¹

4.6. HIV (Human Immunodeficiency Virus) Enfeksiyonları

HIV virüsü bağışıklık sisteminin baskılanmasına neden olmaktadır. Benign lenfoepitelyal lezyonlar gibi parotis lezyonları, karakteristik HIV enfeksiyonlarıdır. Parotis bezi hipertrofisi, HIV ile enfekte olan çocukların %25'inde görüldüğü bildirilmiştir. Parotis bezindeki büyüme lenfokistik infiltrasyon nedeniyle meydana gelmektedir. Parotis bezinin hipertrofisi, HIV bulaşmış yetişkinlerde çok daha az sıklıkta görülmektedir.³³

BT ve MR'in her ikisinde de, bez içerisinde kistik ve solid kitleler ile birlikte parotis bezinin çift taraflı olarak genişlemiş olduğu görülür.¹⁵ Hastalar, lenfoma için büyük bir risk taşımaktadırlar.³

4.7. Sarkoidoz

Sarkoidoz, çoklu organ sistemlerinde granülomlarla karakterize sistemik bir hastalıktır. Bu granülomlar kazeifikasyon nekrozu göstermeyen granülomlardır. Olguların yaklaşık %30'unda parotis bezleri genellikle çift taraflı olarak etkilenmektedir. Parotis bezi semptomsuz olabilir veya bezde kronik, ağrısız genişleme görülebilir.¹⁵ Parotis parenkimi yüksek çözünürlüklü ultrason ile incelendiğinde, arada bozulmamış parankimle birlikte geniş intraparenkimal nodlar görülür.³⁴ Kortikosteroid tedavisi, günümüzde hala uygulanmakta olan birincil tedavi seçeneğidir.⁴

5. DİĞER TÜKRÜK BEZİ HASTALIKLARI

5.1. Sjögren Sendromu

Sjögren sendromu, başlıca lakrimal ve tükürük bezleri olmak üzere, ekzokrin bezlerin yıkıma uğradığı otoimmün bir hastalıktır. Primer Sjögren sendromunun, özellikle çocuklarda nadir olarak görüldüğü ve esas olarak kızları (%77) etkilediği bildirilmiştir.

Çocuklarda, parotis bezi büyümesinde ve parotitisin tekrar oluşma sıklığında bir artış olduğu saptanmıştır. Olgularda tam teşhis konulması zordur, ancak tekrarlayan ve inatçı pediatrik parotitis (tedaviye cevap vermeyen) olgularında, Sjögren sendromu araştırılmalıdır.

Teşhis, göz ve ağız semptomlarının varlığı, otoantikörlerin belirlenmesi, küçük tükürük bezi biyopsilerinin alınması ve pediatrik romatolojiye başvurulması yoluyla gerçekleştirilmektedir. Tükürük akış hızı ile birlikte tükürük içeriğindeki değişime bağlı olarak bu hastaların, diş çürüklerine, tat alma bozukluklarına ve fırsatçı enfeksiyonlara karşı hassas oldukları bildirilmektedir.³⁵⁻⁴¹

BT ve MR da, normal beze göre genişlemeyi işaret eden bulgular izlenebilmektedir.¹⁵ Ayrıca teşhis sırasında sonografiden de yararlanıldığı bildirilmiştir.^{42, 43}

Tedavisinde antienflamatuvar ve immünsüpresif ilaçlar kullanılmaktadır.³⁴

Hastaların oral tedavileri, ağız çalkalama solüsyonları ve yapay tükürüklerin kullanımı ile birlikte diyet kontrolü, topikal flor uygulamaları gibi oral hijyenin sağlanmasına yönelik semptomatik ve destekleyici tedavilerin kullanımını içermektedir.³⁷

5.2. Ranulalar

Ağız tabanının ön bölümünde yer alan retansiyon kistlerine ranula adı verilmektedir. Ranulalar, ağız tabanında, yavaş büyüyen, ağrılı, fluktuan, transparan, kubbe şeklinde mavimtrak bir şişlik ile karakterizedir.^{44, 45}

İçerik mukus dolu olan bu ince duvarlı kistler, kafa kaidesi ve boyuna doğru uzanabilirler. Sublingual bezin tıkanmasının veya sublingual beze gelen travma sonrasında mukus çıkışının bir sonucu olarak meydana geldiğine inanılmaktadır.⁴⁶ Ranulalar, bebek ve çocuklarda görülebilmelerine karşın, sıklıkla hayatın ikinci dekatında karşılaşılmaktadır.³

Teşhis amacıyla, BT, MR ve ultrason görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır.⁴⁷ Özellikle ağız tabanı tutulumunun bulunmadığı olgularda, teşhis amaçlı olarak ince iğne aspirasyon biyopsisinden faydalanılabileceği belirtilmektedir.⁴⁸

Sublingual bölgede yer alan bu kistlerin tedavisinde, sublingual bezin tamamının⁴⁴ veya ilişkili lobun çıkartılması⁴⁸ ve marsupyalizasyon ile birlikte lakrimal bölge dilatörü kullanılarak ranula epitelinin bozulmasını sağlayan yöntemler⁴⁹ uygulanabilmektedir.

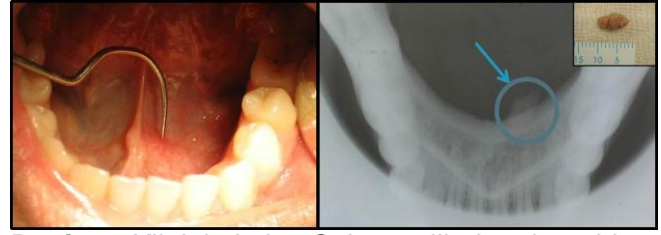
5.3. Tükürük Bezi Taşları

Taş oluşumu herhangi bir tükürük bezinde gelişebilmektedir. Submandibular bez %80-92 sıklıkla tutulurken, parotis bezi %6-20, sublingual bez ve küçük tükürük bezleri %1-2 oranında tutulmaktadır.⁵⁰

Parotis taşları genellikle küçük, çoklu ve genellikle bez içi yerleşim gösterirken, submandibular taşlar daha çok kanal içi yerleşimlidirler.⁵¹⁻⁵³

Çocuklarda, tükürük bezi taşı oluşumu nadir olarak görülmektedir. Çocuklarda, çoğu tükürük bezi taşının boyutu, yetişkinlere göre daha küçük olmakta ve kanalın bezden uzak kısmında yer almaktadır. Taşın tükürük bezi kanalını tıkaması, tükürük bezi enfeksiyonlarına, özellikle de yemek yeme sırasında ağrı, şişlik ve rahatsızlık hissine neden olmaktadır.^{53, 54}

Tükürük bezi taşlarının tedavisinde, taşın yerleşimine bağlı olarak, taşın kendiliğinden çıkması veya masaj yapılarak çıkartılması ile birlikte cerrahi olarak, sialoendoskopi yardımı ile veya karbondioksitli lazer kullanılarak çıkartılması yer almaktadır (Resim).^{53, 55-57}



Resim: Kliğinimizde Submandibular kanalda teşhis edilen tükürük bezi taşı olgusunun klinik ve radyografik görüntüleri.⁵³

6. SONUÇ

Tükürük bezi hastalıkları ve bunlarla ilgili bulguların doğru teşhisi, klinisyenin tükürük ve tükürük bezlerinin normal fiziksel özelliklerini ayırt etme ve tanıma yeteneğine bağlıdır. Tükürük bezi hastalıklarının, doğru ve etkili bir şekilde tedavi edilebilmeleri için, erken ve doğru teşhis büyük öneme sahiptir.

Tükürük bezi hastalıklarının, diğer hastalıklara göre daha az tespit edilmelerine rağmen, teknolojinin ilerlemesi ile gelişen teşhis yöntemleriyle birlikte, hekimlerin de bu konudaki bilgilerini arttırmaları, erken ve doğru teşhisi sağlayacaktır.

Tükürük bezi hastalığına sahip çocuk hastalarla ilk karşılaşan hekimlerden biri olan çocuk diş hekimlerinin, hastanın ağız içi bulgularıyla sistemik bulgularını sentezleyebilmesi çok önemlidir.

Böylece, hastalığın erken teşhis edilmesi ile tedavinin erken başlaması sağlanacak, tedavi kolaylaşacak ve komplikasyon riski azaltılabilecektir.

Kaynaklar

1. Kaya S. Tükürük Bezi Hastalıkları. Ed. Kaya S. 1. baskı. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara, 1997.
2. Bath-Balogh M, Fehrenbach MJ. Dental Embryology, histology, and Anatomy. 2nd ed. Elsevier Saunders Co. United States of America, p:166-68, 2006.
3. Mandell DL. Disorders of the Salivary Glands in Children. In: Salivary Gland Disorders. Myers EN, Ferris RL. 1st ed. Springer Berlin Heidelberg. New York, p: 221-37, 2007.
4. Boyd ZT, Goud AR, Lowe LH, Shao L. Pediatric salivary gland imaging. *Pediatr Radiol* 2009; 39: 710-22.
5. Carlson Bm. Human embryology and developmental biology. 3rd ed. St. Mosby Elsevier. Philadelphia, p: 317-35, 2004.
6. Garcia C, Flores PA, Arce JD, Chuaqui B, Schwartz DS. Ultrasonography in the study of salivary gland lesions in children. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 418-25.
7. Koch B, Myer CM. Presentation and diagnosis of unilateral maxillary swelling in children. *Am J Otolaryngol* 1999; 20: 106-29.
8. Rosa P, Hirsch D, Dierks E. Congenital neck masses. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008; 20: 339-52.
9. Roh J, Yoon Y. Removal of pediatric branchial cleft cyst using a retroauricular hairline incision (RAHI) approach. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 1503-07.

10. Tracy TJ, Muratore C. Management of common head and neck masses. *Semin Pediatr Surg* 2007; 16: 3-13.
11. Masumoto K. et al. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland in children: a case report and a review of the Japanese literature. *J Pediatr Hematol Oncol* 2012; 34(1): 39-41.
12. Ogata H, Ebihara S, Mukai K. Salivary gland neoplasms in children. *Jpn J Clin Oncol* 1994; 24: 88-93.
13. Weiss I. et al. Current treatment of parotid hemangiomas. *Laryngoscope* 2011; 121(8): 1642-50.
14. Greene A, Rogers G, Mulliken J. Management of parotid hemangioma. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 676-77.
15. Lowe LH. et al. Swelling at the angle of the mandible: imaging of the pediatric parotid gland and periparotid region. *Radiographics* 2001; 21: 1211-27.
16. Bourgeois J, Radhi J, Elden L, Gill G. Plexiform neurofibroma of the submandibular salivary gland in a child. *Can J Gastroenterol* 2001; 15: 835-37.
17. McGuirt WS, Johnson P, McGuirt W. Intraparotid facial nerve neurofibromas. *Laryngoscope* 2003; 113: 82-4.
18. Malempati S, Hawkins DS. Rhabdomyosarcoma: Review of the Children's Oncology Group (COG) soft-tissue Sarcoma committee experience and rationale for current COG studies. *Pediatr Blood Cancer* 2012; 59(1): 5-10.
19. Völker T. et al. Positron emission tomography for staging of pediatric sarcoma patients: results of a prospective multicenter trial. *J Clin Oncol* 2007; 25(34): 5435-41.
20. Giglio MS, Landaeta M, Pinto ME. Microbiology of recurrent parotitis. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 386-90.
21. Mandel L, Witek EL. Chronic parotitis: diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(12): 1707-11.
22. Brook I. Anaerobic bacteria in upper respiratory tract and head and neck infections: Microbiology and treatment. *Anaerobe* 2012; 18(2): 214-20.
23. Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23: 76-78.
24. Özdemir H. et al. Acute neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature. *Int J Infect Dis* 2011; 15(7): 500-02.
25. Scully C, Cawson RA. Medical Problems in Dentistry. 5th ed. Elsevier Churchill Livingstone. London, p: 189-213, 2005.
26. Mandell DL, Wald ER, Michaels MG, Dohar JE. Management of nontuberculous mycobacterial cervical lymphadenitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 341-44.
27. Massei F, Gori L, Macchia P, Maggiore G. The expanded spectrum of bartonellosis in children. *Infect Dis Clin North Am* 2005; 19: 691-711.
28. Da Silva K, Chussid S. Cat scratch disease: clinical considerations for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 2009; 31(1): 58-62.
29. Liu Q, Ereemeeva ME, Li D. Bartonella and Bartonella infections in China: from the clinic to the laboratory. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2012; 35(2): 93-102.
30. Gupta RK, Best J, MacMahon. Mumps and the UK epidemic 2005. *BMJ* 2005; 330: 1132-35.
31. Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ, Krugman S. Krugman's Infectious Diseases of Children. 10th ed. Mosby. Philadelphia, p: 280-89, 1998.
32. Royuela E. et al. Mumps virus diagnosis and genotyping using a novel single RT-PCR. *J Clin Virol* 2011; 52(4): 359-62.
33. Gondim LA, Zonta RF, Fortkamp E, Schmeling RO. Otorhinolaryngological manifestations in children with human immunodeficiency virus infection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 54: 97-102.
34. Sodhi KS, Bartlett M, Prabhu NK. Role of high resolution ultrasound in parotid lesions in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; 75: 1353-58.
35. Ahmad I, Ray J, Cullen RJ, Shortridge RT. Bilateral and multicystic major salivary gland disease: a rare presentation of primary Sjögren's syndrome. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 1196-98.
36. Civilibal M. et al. A child with primary Sjögren syndrome and a review of the literature. *Clin Pediatr (Phila)* 2007; 46(8): 738-42.
37. Houghton K, Malleson P, Cabral D, Petty R, Tucker L. Primary Sjögren's syndrome in children and adolescents: are proposed diagnostic criteria applicable? *J Rheumatol* 2005; 32: 2225-32.
38. Shahi E, Donati C, Gattinara M, Pontikaki I, Gerloni V. Primary Sjögren syndrome: report of a 10 years old girl with local edema and positivity of anti SS-A and anti SS-B autoantibodies. *Reumatismo* 2011; 63(2): 97-100.
39. De Oliveira MA, De Rezende NP, Maia CM, Gallottini M. Primary Sjögren syndrome in a 2-year-old patient: role of the dentist in diagnosis and dental management with a 6-year follow-up. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21(6): 471-75.
40. Leonard G, Flint S. Oral and dental aspects of Sjögren's syndrome. *J Ir Dent Assoc* 2006;52(3):130-6.
41. al-Hashimi I. The management of Sjögren's syndrome in dental practice. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(10): 1409-17.
42. Shimizu M. et al. Multiple sialolithiasis in the parotid gland with Sjögren's syndrome and its sonographic findings--report of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(1): 85-92.
43. Shimizu M. et al. Sonographic diagnostic criteria for screening Sjögren's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102(1): 85-93.
44. Haberal I, Göçmen H, Samim E. Surgical management of pediatric ranula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68: 161-63.
45. Urso-Baiarda F, Saravanappa N, Courteney-Harris R. Radiology quiz case 1. Intraoral ranula. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 490-92.
46. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 281-87.
47. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Is fine needle aspiration cytology appropriate for preoperatively diagnosing thyroglossal duct cysts in children under the age of 10 years? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76(4): 480-82.
48. Zhi K, Wen Y, Zhou H. Management of the pediatric plunging ranula: results of 15 years' clinical experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107(4): 499-502.
49. Bonet-Coloma C. et al. Pediatric oral ranula: clinical follow-up study of 57 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(2): 158-62.
50. Paul D, Chaulan SR. Salivary megalith with a sialo-cutaneous and a sialo-oral fistula: A case report. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 767-69.
51. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis : A survey on 245 patients and a review of the literature. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 1990; 19: 135-38.
52. G. Mandel L, Hatzis G. The role of computerized tomography in the diagnosis and therapy of parotid stones: a case report. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(4): 479-82.
53. H. Kırzioğlu Z, Karayılmaz H, Erken Güngör Ö. Çocuklarda ender görülen tükrük bezi taşı. [Sialolith: A rare condition in children] (Sunulmuştur) 9. EBDO Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi, 16-18 Mayıs 2008, İZMİR.
54. Chung MK. et al. Pediatric sialolithiasis: what is different from adult sialolithiasis? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 787-91.
55. Berçin S, Kutluhan A, Yurttaş V, Kanmaz A. Submandibuler sialolitiazise yaklaşımımız. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26: 16-19.
56. Liu DG, Zhang ZY, Zhang Y, Zhang L, Yu GY. Diagnosis and management of sialolithiasis with a semirigid endoscope. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108(1): 9-14.
57. Yang SW, Chen TA. Transoral carbon dioxide laser sialolithotomy with topical anaesthesia. A simple, effective, and minimally invasive method. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40(2): 169-72.