

گزارش یک مورد سنگ بزاقی بزرگ بدون علائم بالینی در غده تحت فکی

مهدی نیکنامی*#، سعید نفاظتی**، پژمان حدادی***، سعید حاج محمدی****

* استادیار گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

** استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

*** دستیار تخصصی گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**** دستیار تخصصی گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ ارائه مقاله: ۸۹/۱۱/۲ - تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۵

An Asymptomatic Giant Sialolith of the Submandibular Gland (Case Report)

Mahdi Niknami*#, Saeed Nezafati**, Pezhman Haddadi***, Saeed Hajmohammadi****

* Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Radiology, School of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

** Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Radiology, School of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

**** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 22 January 2011; Accepted: 6 August 2011

Introduction: Sialolithiasis is the formation of a calcified obstruction within the salivary duct. It may form in any of the major or minor salivary glands or their ducts. Overall, 80% to 90% of salivary gland stones occur in the submandibular gland. Sialoliths commonly measure from 5 to 10 mm in size and all stones over 10 mm can be reported as sialoliths of unusual size. In this study, we report a large sialolith presenting without clinical symptoms.

Case Reports: The CBCT images of a 52-year-old man who referred for implant treatment evaluation of lower jaw showed a large radiopaque mass in floor of mouth. The patient did not have any history of pain or pus, and this sialolith was not his chief complaint. The sialolith was surgically removed.

Conclusion: Some sialoliths, despite their remarkable size, can be a diagnostic and therapeutic challenge for the clinician. Appropriate diagnosis and treatment with minimal side effects is very important.

Key words: Sialolith, submandibular gland, CBCT.

Corresponding Author: nikhani81@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2012; 35(4): 325-30.

چکیده

مقدمه: سیالولیت به انسداد کلسیفیه داخل مجرای غده بزاقی گفته می‌شود که ممکن است در هر کدام از غدد اصلی و فرعی یا مجاری آنها تشکیل شود. بین ۸۰٪ تا ۹۰٪ سیالولیت‌ها در غده تحت فکی رخ می‌دهند. سیالولیت‌ها معمولاً در اندازه بین ۵ تا ۱۰ میلی‌متر هستند و همه سیالولیت‌ها، بالای ۱۰ میلی‌متر می‌توانند به عنوان اندازه غیرنرمال در نظر گرفته شوند. هدف این مطالعه گزارش یک مورد سیالولیت بزرگ بدون علائم بالینی بوده است.

گزارش مورد: در تصاویر CBCT یک مرد ۵۲ ساله که جهت ارزیابی درمان ایمپلنت برای فک پایین مراجعه نموده بود، یک توده رادیوپاک بزرگ در کف دهان مشاهده شد. بیمار هیچ گونه سابقه درد یا ترشح چرک نداشت و این سیالولیت شکایت اصلی بیمار نبود. در نهایت سیالولیت به طریق جراحی خارج گردید.

مولف مسؤول، نشانی: تبریز، انتهای خیابان گلگشت، دانشکده دندانپزشکی تبریز، گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، ۰۴۱۱-۳۳۵۵۹۶۵

E-mail: nikhani81@yahoo.com

نتیجه گیری: برخی از سیالولیت‌ها با وجود ابعاد بزرگ می‌توانند از لحاظ تشخیصی و درمانی یک چالش برای فرد معالج باشند و تشخیص و درمان صحیح با حداقل عوارض بسیار مهم است.

واژه‌های کلیدی: سنگ بزاقی، غده ساب مندیبولار، CBCT.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۰ دوره ۳۵ / شماره ۴ : ۳۰-۳۲۵.

مقدمه

۳۰٪ سنگ‌های غده تحت فکی در نزدیکی خروجی مجرا، ۲۰٪ در قسمت وسط و ۳۵٪ در ناحیه خمیدگی مجرا در جایی که به سمت قسمت خلف عضله مایلوهیوئید می‌رود و ۱۵٪ در هیلوم و بافت غده ایجاد می‌شود. سنگ‌های علامت‌دار به طور اولیه در مجرای وارتون رخ می‌دهند، هر چند موارد بدون علامت و اتفاقی که در CT قابل مشاهده می‌باشند، ناشایع نیستند.^(۲) اندازه سیالولیت‌ها معمولاً بین ۵mm تا ۱۰mm است و سنگ‌های بالای ۱۰mm می‌توانند به عنوان سیالولیت‌ها با اندازه غیرنرمال تلقی شوند.^(۳)

هر چند سنگ‌های بزاقی بزرگ هم در درون غده و هم در مجرای آن گزارش شده‌اند، اما سیالولیت‌های بالای ۳۰mm بسیار نادر هستند.^(۴) تاکنون تنها ۱۶ مورد در مقالات گزارش شده است که ۹۴٪ آنها در غده تحت فکی بوده‌اند.^(۳و۴) اولین مورد در سال ۱۹۴۵ توسط آقای Mustard به اندازه ۵۶mm گزارش گردید.^(۵) بزرگترین سنگ بزاقی که تاکنون یافت شده دارای ۷۲mm طول و در مجرای وارتون بوده است؛ که توسط آقای Rai و همکاران گزارش شده است.^(۳)

گزارش مورد

در تصویربرداری CBCT^(۱) از ناحیه فک پایین یک مرد

سیالولیت به انسداد کلسیفیه در غدد بزاقی گفته می‌شود که می‌تواند در هر کدام از غدد اصلی یا فرعی یا مجاری آنها اتفاق بیفتد، ولی معمولاً یک غده را درگیر می‌سازد. شرایط مکانیکی کمک‌کننده به سرعت پایین جریان بزاق و خصوصیات فیزیکی شیمیایی ترشح غده، هر دو به تشکیل هسته مرکزی برای کلسیفیکاسیون و رسوب نمک‌های کلسیم و فسفات کمک می‌کنند. با توجه به محتوا و میزان رسوب معدنی، میزان افسیده سنگ‌ها متفاوت است. کمتر از ۲۰٪ سنگ‌های غده تحت فکی و ۴۰٪ سنگ‌های غده پاروتید، رادیولوسنت هستند.^(۱)

حدود ۸۰ تا ۹۰٪ سنگ‌های بزاقی در غده تحت فکی، ۱۰ تا ۲۰٪ در غده پاروتید و تنها ۱ تا ۷٪ در غده زیر زبانی مشاهده می‌شوند. در حدود ۲۲٪ موارد، سنگ‌های غده تحت فکی متعدد هستند. بعضی دلایلی که باعث می‌شود میزان شیوع سیالولیت در غده تحت فکی در مقایسه با غده پاروتید و دیگر غدد بزاقی بیشتر باشد شامل غلظت بیشتر و ماهیت موکوسی ترشحات تحت فکی، pH قلیایی بیشتر آن، غلظت بیشتر هیدروکسی آپاتیت و فسفاتاز، دهانه باریک‌تر مجرای وارتون در مقایسه با ضخامت خود کانال و مسیر رو به سمت بالای مجرای وارتون می‌باشد.^(۱و۲)

جهت گزارش این مورد خاص جلب گردید.

بحث و نتیجه گیری

سنگ‌های بزاقی بزرگ یافته‌های کلینیکی نادری هستند که بیشتر در مردان رخ می‌دهند.^(۹-۵) توانایی سنگ برای رشد و تبدیل شدن به سیالولیت بزرگ به عکس‌العمل مجرا بستگی دارد. اگر مجرای مجاور سیالولیت توانایی اتساع را داشته باشد، اجازه ترشح نرمال بزاق از اطراف سنگ را می‌دهد و برای مدت طولانی بدون علامت خواهد بود و در نهایت یک سنگ بزرگ ایجاد می‌شود.^(۱۰) ۸۰٪ سنگ‌های بزاقی در غده تحت فکی دیده می‌شوند. ۶۰٪ مواردی که در پاروتید هستند، در کلیشه‌های رادیوگرافی به صورت رادیوپاک هستند.^(۲) در مقایسه با سنگ‌های کوچک، سنگ‌های بزرگ به این علت که زمان کافی برای کلسیفیکاسیون داشته‌اند معمولاً اپک هستند و به راحتی در رادیوگرافی پانورامیک قابل مشاهده‌اند.^(۳) سیالولیت‌ها می‌توانند باعث انسداد مجرا شده و به خاطر کاهش جریان بزاق باعث عفونت رتروگراد شوند. علائم بالینی شامل تورم و درد متناوب هنگام غذا خوردن و عفونت می‌باشد. این عوارض در سنگ‌های با اندازه بزرگ شایع‌تر می‌باشند.^(۱) اولین روش تشخیص رادیوگرافیک سیالولیت‌ها، استفاده از فیلم‌های ساده داخل و خارج دهانی است. سنگ‌های بزرگ کلسیفیه شده با این روش قابل شناسایی هستند.^(۲) سیالوگرافی در تعیین انسدادهایی که در فیلم‌های ساده قابل ردیابی نباشند، کمک می‌کند به خصوص زمانی که سیالولیت‌ها رادیولوسنت هستند. ماده حاجب در اطراف سنگ جریان می‌یابد و بخش پروگزیمال مجرا را پر می‌نماید.^(۱) یک روش تشخیصی غیر مهاجم،

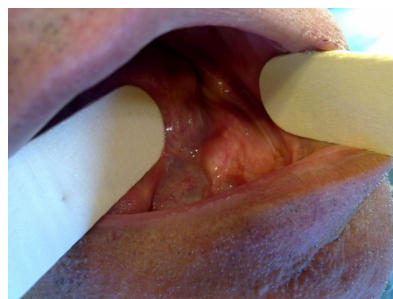
۵۲ ساله که جهت طرح درمان ایمپلنت مراجعه نموده بود؛ بعد از انجام اسکن در تصویر تهیه شده، به طور تصادفی یک توده بسیار بزرگ اپک در ناحیه کف دهان در سمت چپ مشاهده گردید. به منظور بررسی بیشتر، معاینات بالینی از بیمار به عمل آمد. در معاینه، تورم لوکالیزه مختصر در ناحیه سمت چپ کف دهان، در زیر زبان و بالای عضله مایلوهیوئید به ابعاد تقریبی ۴×۲ سانتیمتر به ابعاد تقریبی ۴×۲ سانتی‌متر قابل لمس بود که توسط پوشش مخاطی نرمال پوشیده شده بود (تصویر ۱). هیچ گونه علامتی از فیستول یا زخم مشاهده نشد. بیمار در حین لمس درد خفیفی را اظهار می‌نمود. در بررسی مجرای وارتون ترشح چرک مشاهده نشد. بیمار فقط سابقه اندکی تورم حین غذا خوردن در بعضی موارد را ذکر می‌کرد که البته این امر باعث ناراحتی خاصی برای بیمار نگردیده بود.

در تصاویر CBCT، سنگ بزاقی به ابعاد ۳۰×۹mm مشاهده گردید که کاملاً قسمت دیستال مجرای وارتون را اشغال کرده بود. سنگ مورد اشاره از دو قطعه نسبتاً بزرگ با حالت سودوآرتیکولیشن تشکیل شده بود (تصویر ۲). در رادیوگرافی اکلوزالی تهیه شده از بیمار، سنگ بزاقی در کف دهان به راحتی قابل مشاهده بود (تصویر ۳).

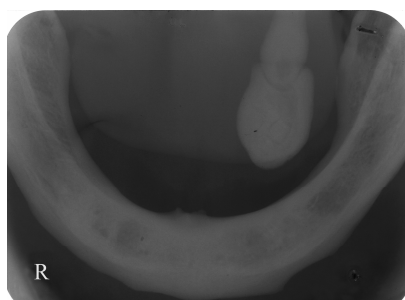
بیمار جهت خارج نمودن سنگ به جراح فک و صورت ارجاع داده شد. بعد از انجام بی‌حسی، سنگ از طریق دسترسی داخل دهانی خارج گردید. توده سنگ بزاقی به رنگ Yellow-creamy و انگشتی شکل بود (تصویر ۴). بعد از گذشت یک ماه، بیمار کاملاً از نتیجه درمان راضی بود و هیچ گونه ناراحتی را اظهار نمی‌نمود. اهمیت موضوع برای بیمار شرح داده شد و نظر ایشان

روش سنگ به صورت یک دانسیته اکوژنیک که دارای Acoustic shadowing است، نمایان می‌شود.^(۱۱،۱۲)

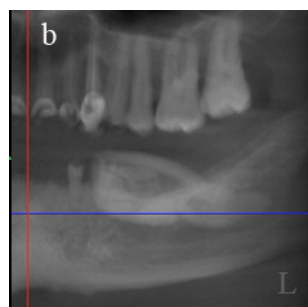
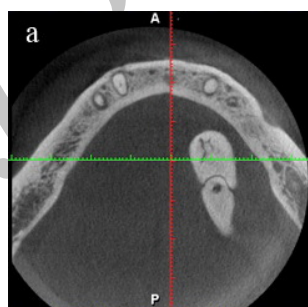
استفاده از سونوگرافی است. ۹۰٪ سنگ‌های بزاقی بزرگتر از ۲mm، توسط این روش قابل تشخیص هستند. در این



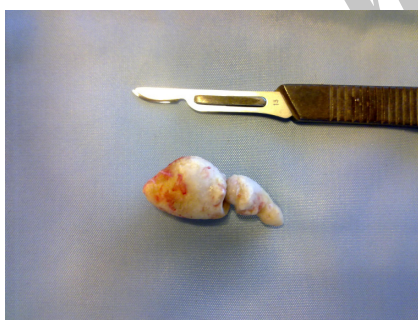
تصویر ۱: نمای بالینی از برجستگی مختصر ایجاد شده در کف دهان.



تصویر ۳: نمای اکلوزال کراس سکشنال از سنگ.



تصویر ۲: تصاویر CBCT. a = نمای اگزینال = b = بریده ای از نمای پانورامیک بازسازی شده = c = نمای بازسازی شده سه بعدی.



تصویر ۴: نمای سنگ خارج شده.

توسط روش Trans-oral ductotomy برداشت. در حالی که بیشتر سنگ‌های پروگزیمالی از طریق برداشت غده بزاقی و مجرای آن خارج می‌شوند. به تازگی برای درمان سنگ‌های بزاقی از Lithotripsy که روشی برای خرد کردن سنگ توسط امواج اولتراسونیک می‌باشد نیز استفاده می‌شود، هرچند سنگ‌های بزرگ‌تر از ۱۰mm استعداد عدم پاسخ کامل به درمان را دارند.^(۲)

برخی از سنگ‌های بزاقی با وجود اندازه بزرگ، می‌توانند از لحاظ تشخیص و درمان یک چالش برای فرد معالج باشند. تشخیص به موقع و انجام درمان صحیح با حداقل عوارض به منظور حذف سنگ‌های بزاقی و بازگرداندن فانکشن طبیعی به بیمار بسیار اهمیت دارد. این امر به عهده دندانپزشکان می‌باشد که هنگام ویزیت بیماران معاینات کلینیکی کاملی را انجام دهند، زیرا معمولاً اولین کسانی هستند که بیماران را از ناحیه سر و گردن مورد معاینه قرار می‌دهند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از سرکار خانم دکتر فرزانه کاویانی استادیار و مدیر گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که سهم بسزایی در انجام این مطالعه داشتند، تشکر می‌نمایم.

از آنجایی که CT و CBCT ده برابر نسبت به فیلم‌های ساده در تشخیص ساختارهای کلسیفیه کوچک حساس‌تر هستند، در نتیجه می‌توانند بیشتر سنگ‌هایی را که در فیلم‌های معمولی قابل مشاهده نیستند (کم کلسیفیه) را تشخیص دهند.^(۱،۲) سنگ بزاقی این بیمار به علت اندازه بزرگ به راحتی هم در CT و هم در رادیوگرافی اکلوژال قابل مشاهده بود.

سیالولیت‌ها باید از فلبولیت‌ها و کلسیفیکاسیون‌های دیستروفیک گره‌های لنفاوی افتراق داده شوند. فلبولیت به طور تپیک واجد مرکزی رادیولوسنت است. گره‌های لنفاوی کلسیفیه معمولاً به شکل گل کلمی دیده می‌شوند. سیالولیت‌ها همچنین با توجه به اینکه معمولاً با درد و تورم همراه هستند، می‌توانند از سایر کلسیفیکاسیون‌ها افتراق داده شوند. تونسیلیت پالاتین نیز با توجه به متعدد و نقطه نقطه بودن، از سیالولیت پاروتید افتراق داده می‌شود.^(۱)

به طور کلی، درمان سیالولیت‌ها در صورت کوچک بودن، خارج شدن خود به خود سنگ با استفاده از مواد سیالولوگ برای تحریک ترشح بزاق است.^(۱) اگر خروج سنگ امکان‌پذیر نبود، سنگ‌هایی را که در قسمت دیستال پاروتید و مجرای تحت فکی هستند، می‌توان به راحتی

منابع

1. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology: Principles and Interpretation. 6th ed. St. Louis: Mosby Co; 2009. P. 578-85.
2. Som PM, Curtin HD. Head and Neck Imaging. 4th ed. St. Louis: Mosby Co; 2003. P. 2039-40.

3. Rai M, Burman R. Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton's duct: A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67(6): 1329-32.
4. Yildirim A. A case of giant sialolith of the submandibular salivary gland. *Ear Nose Throat J* 2004; 83(5): 360-1.
5. Mustard TA. Calculus of unusual size in Wharton's duct. *Br Dent J* 1945; 79(2): 129.
6. Batori M, Mariotta G, Chatelou H, Casella G, Casella MC. Diagnostic and surgical management of submandibular gland sialolithiasis: Report of a stone of unusual size. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2005; 9(1): 67-8.
7. Cavina C, Santoli A. Some cases of salivary calculi of particular interest. *Minerva Stomatol* 1965; 14: 90-5.
8. Raskin SZ, Gould SM, William AC. Submandibular duct sialolith of unusual size and shape. *J Oral Surg* 1975; 33(2): 142-5.
9. Tinsley G. An extraordinary large asymptomatic submandibular salivary calculus. *Br Dent J* 1989; 166(6): 199.
10. Paul D, Chauhan SR. Salivary megalith with a sialo-cutaneous and sialo-oral fistula: A case report. *J Laryngol Otol* 1995; 109(8): 767-9.
11. Delbaso AM. *Maxillofacial Imaging*. 1st ed. London: W.B. Saunders Co; 1990. P. 492-8.
12. Van den Akker HP. Diagnostic imaging in salivary gland disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(5): 625-37.

Archive of SID