

Ratajek-Gruda Monika, Grzejszczak Marta, Janas-Naze Anna. Large sialolith of the duct of submandibular salivary gland removed with electric knife. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):447-455. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.818160>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4559>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 03.06.2017. Revised: 20.06.2017. Accepted: 26.06.2017.

Duży kamień przewodu ślinianki podżuchwowej usunięty nożem elektrycznym Large sialolith of the duct of submandibular salivary gland removed with electric knife

Monika Ratajek-Gruda¹, Marta Grzejszczak², Anna Janas-Naze¹

¹Zakład Chirurgii Stomatologicznej

²Centralny Szpital Kliniczny Instytut Stomatologii UM w Łodzi

Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM

ul. Pomorska 251

92-213 Łódź

email: mogruda@wp.pl

dr n. med. Monika Ratajek-Gruda¹, lek. dent. Marta Grzejszczak², dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze¹

Praca finansowana przez UM w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-21-001

Streszczenie

Artykuł przedstawia przypadek 34 letniego pacjenta z dużym kamieniem w przewodzie ślinianki podżuchwowej, który usunięto za pomocą noża elektrycznego.

Słowa kluczowe: gruczoł ślinowy, kamica, nóż elektryczny

Abstract

The article presents a case of 34 year old patient with sialolith of submandibular gland duct which was removed with an electric knife.

Key words: salivary gland, sialolithiasis, electric knife

Kamica (sialolithiasis) gruczołów ślinowych jest jednostką chorobową, która dotyczy 1% populacji. Może dotyczyć wszystkich rodzajów gruczołów z różną częstotliwością. Najczęściej występuje w śliniankach podżuchwowych -do 90%. Znacznie rzadziej złogi pojawiają się w śliniankach przyusznych, natomiast sporadycznie w podjęzykowych i w małych gruczołach (1).

Czynniki etiologiczne kamicy ślinowej dzieli się na 2 grupy: spowodowane zaburzoną przepływem śliny (uwarunkowania anatomiczne, zwężenia pozapalne przewodu wyprowadzającego) oraz składem wydzieliny (śluzowy charakter śliny, zasadowy odczyn, obecność jonów wapnia, węglanów i fosforanów) (2,3).

Kamień ślinowy powstaje na bazie substancji organicznej np. złuszczonej komórki nabłonka, które stanowią jego jądro. Na nim odkładają się związki nieorganiczne, głównie w postaci hydroksyapatytów, tworząc kolejne warstwy i powodując powiększanie się złożu. Proces ten jest powolny i długotrwały, kamień powiększa się w tempie 1-1,5 mm rocznie (4). Kształt złożu jest z reguły opływowy: owalny, okrągły lub podłużny, dopiero przy znacznych rozmiarach bywa nieregularny, co może powodować zastój przepływu śliny (1).

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie opisu przypadku rozległego kamienia ślinowego zlokalizowanego w przewodzie wyprowadzającym ślinianki podżuchwowej, który usunięto za pomocą noża elektrycznego.

Opis przypadku

Pacjent lat 34 zgłosił się do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi z powodu bólu okolicy ślinianki podżuchwowej lewej i stanu zapalnego ujścia przewodu gruczołu. Stan ten utrzymywał się od kilku dni, a objawy nasilały się, szczególnie podczas spożywania posiłków.

W wywiadzie ogólnym chory nie zgłaszał żadnych zaburzeń, w chwili badania jego stan ogólny był dobry.

Badaniem zewnątrzustnym stwierdzono nieznaczny obrzęk okolicy podżuchwowej lewej, pozostałe struktury bez odchyleń od stanu prawidłowego. W badaniu wewnątrzustnym w dnie jamy ustnej po stronie lewej wyczuwalne było twarde, bolesne zgrubienie, odpowiadające złogowi w przewodzie wyprowadzającym ślinianki podżuchwowej. Z ujścia przewodu wydzielala się skąpo treść śluzowo-ropna.

Na wykonanym RTG zgryzowym dna jamy ustnej (ryc.1) widoczne było podłużne zacienienie położone wzdłuż trzonu żuchwy na wysokości zębów 43, 44. Na podstawie wywiadu, badania klinicznego i radiologicznego postawiono rozpoznanie: sialolithiasis i zaplanowano leczenie. W pierwszym etapie wykonywano codziennie sondowanie i płukanie przewodu wyprowadzającego ślinianki roztworem 0,02% chlorheksydyny oraz masowano go w celu przemieszczenia kamienia w kierunku ujścia. Jako leczenie wspomagające zalecono antybiotykoterapię doustną – Augmentin 0,625 co 8 godzin. Próba leczenia zachowawczego nie powiodła się ze względu na rozmiary złoju. Po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego podjęto decyzję o konieczności leczenia operacyjnego, uzyskano pisemną zgodę i przystąpiono do wykonania zabiegu. W znieczuleniu miejscowym nasiękowym 2% lignokainą nacięto błonę śluzową dna jamy ustnej nad przewodem Whartona nożem elektrycznym z elektrodą igłową, uwidaczniając poszerzony przewód z prześwitującym

złogiem. Następnie nacięto ścianę przewodu (ryc.2) i wyłuszczone kamień ślinowy. Roztworem antyseptycznym przepłukano przewód i ranę pooperacyjną. Uzyskano prawidłową hemostazę. Przebieg śród- i pooperacyjny był bez powikłań. Wyłuszczone kamień ślinowy kształtu owalnego, o pobrużdżonej, chropowatej powierzchni miał ok. 10 mm długości (ryc.3).

Omówienie i dyskusja

Kamica ślinowa relatywnie długo rozwija się bezobjawowo, pacjenci zgłaszają się do lekarza dopiero w momencie zaistnienia procesu zapalnego i ograniczonego wydzielania śliny, kiedy złogi przybierają znaczne rozmiary. Wówczas podstawowa diagnostyka jaką stanowi dokładny wywiad, badanie kliniczne i radiologiczne w typowej projekcji (dla ślinianki podżuchwowej jest to zdjęcie zgryzowe dna jamy ustnej) jest wystarczająca dla postawienia prawidłowego rozpoznania i zaplanowania leczenia. Taka sytuacja miała miejsce w opisywanym przez nas przypadku.

Leczenie kamicy ślinowej może być zachowawcze lub chirurgiczne w zależności od rozmiarów złogów i ich lokalizacji. Tylko w przypadku złogów o niewielkich rozmiarach, zlokalizowanych w okolicy ujścia leczenie zachowawcze ma duże szanse powodzenia. W większości przypadków kamicy przewodów ślinianek leczy się chirurgicznie.

Kamienie można wyłuszczać poprzez nacięcie przewodu wyprowadzającego lub stosować litotrypsję, endoskopię, lub kombinację tych metod. Matsunobu i wsp. (5) przedstawili bogaty materiał kliniczny 78 pacjentów leczonych z powodu kamicy ślinianek, podkreślając zalety endoskopii, jako metody ograniczającej usunięcie całych gruczołów ślinowych. Natomiast Daniel i wsp.(6) polecają leczenie otwarte kamicy przewodowej z dostępu przez błonę śluzową jamy ustnej.

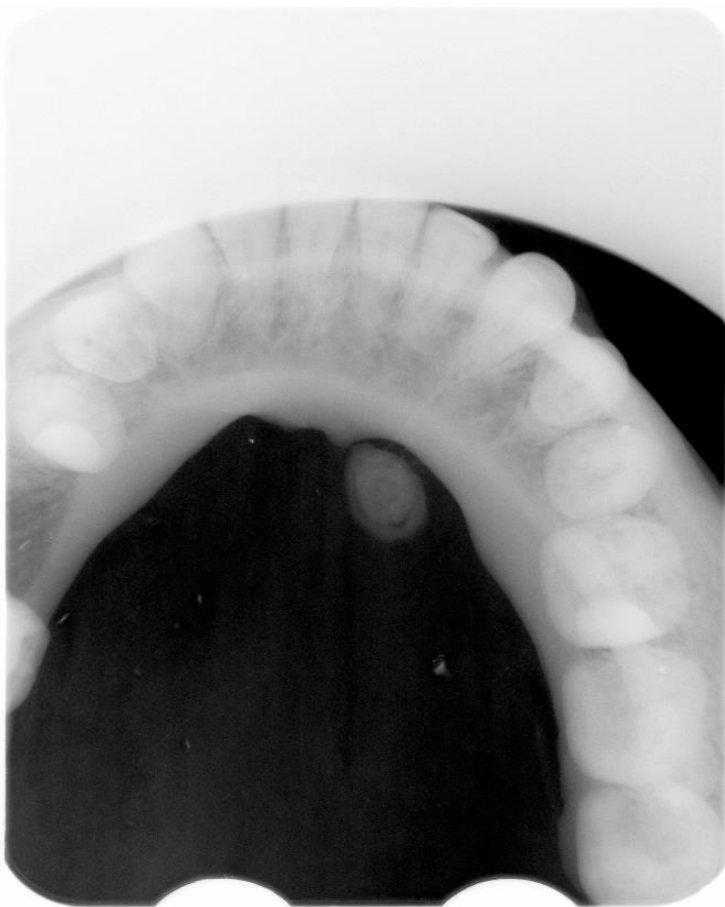
Powszechną metodą operacyjną, nie wymagającą dodatkowego sprzętu chirurgicznego jest usunięcie złożu poprzez nacięcie tkanek dna jamy ustnej i przewodu ślinianki skalpelem i wyłuszczenie kamienia. Ten typ zabiegu wymaga drenażu przewodu w celu zapobiegania niepożądanym zrostom. U leczonego przez nas pacjenta wykorzystano tryb cięcia z jednoczesną elektrokoagulacją tkanek miękkich. Zaletą takiego postępowania był brak krwawienia podczas zabiegu, co dawało dobry wgląd w pole operacyjne, a zaopatrzenie rany nie wymagało zakładania szwów. Ponadto w przebiegu pooperacyjnym zminimalizowano ryzyko powstania zrostów tkanek miękkich, mogących powodować obturację przewodu i zastój śliny.

Piśmiennictwo

1. Ratajek-Gruda M, Grzesiak-Jansa G, Stelmach R, Białkowska-Głowacka J: Rzadki przypadek dużego kamienia przewodu ślinianki podżuchwowej. *Twój Przegląd Stomatologiczny* 2015;6:36-38
2. Grases F, Santiago C, Simonet B.M, Costa-Bauza A. Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologic factors. *Clinica Chimica Acta* 2003;334:131-136
3. Austin T., Davis J., Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 26, No. 2, pp. 221–223, 2004.
4. Sutay S., Erdag T. K., Ikiz A. O., Guneri E. A.: Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2003, 128, 587–588.
5. Matsunobu T, Kurioka T, Miyagawa Y, Araki K, Tamura A, Niwa K, Tomifuji M, Yamashita T, Shiotani A: Minimally invasive surgery of sialolithiasis using sialendoscopy. *Auris Nasus Larynx* 2014;42:528-531.

6. Daniel S. J, Kanaan A: Open surgical Management of sialolithiasis. Operative Techniques in Otolaryngology 2015;26:143-149.

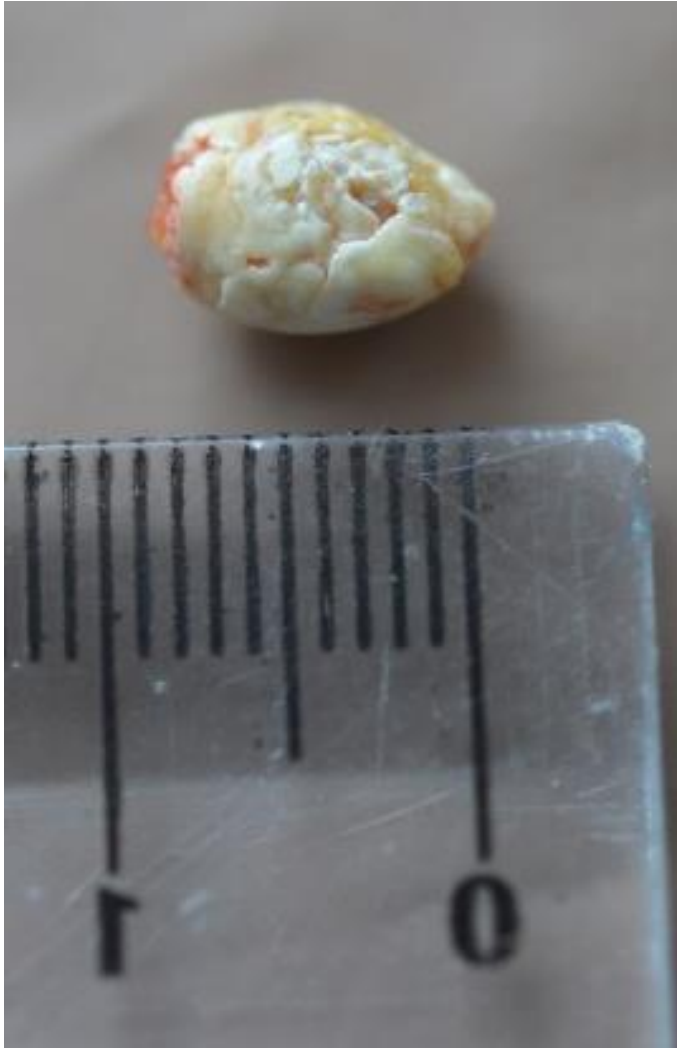
Opis rycin:



Rycina 1. Zdjęcie zgryzowe dna jamy ustnej z cieniem odpowiadającym kamieniowi przewodu ślinowego.



Rycina 2. Nacięte nożem elektrycznym tkanki miękkie dna jamy ustnej, widoczny kamień ślinowy.



Rycina 3. Kamień usunięty z przewodu Whartona.