

KÜÇÜK TÜKÜRÜK BEZLERİNDE GÖRÜLEN MUKOSELLER

Dr.Metin H.ALATLI(*) ● Y.Doç.Dr. Osman Z.GÜMRÜ(**) ● Dr. Canan ALATLI(*)
● Dt. Kerem ALPAY(*)

ÖZET: Tükürük mukoselleri ile ilgili literatür tarandı. Çoğu kez tek ad ile tanınan bu lezyonun gerçekte etyolojileri değişik iki ayrı lezyon olduğu saptanarak etyolojileri konularında bildirilen tartışma, deneysel, histokimyasal ve enzim histokimyasal araştırmalar gözden geçirilerek birimiz materyali ile karşılaştırıldı.

SUMMARY: *Salivary mucocelles:* The literature on salivary mucocelles was reviewed. This lesion, being commonly referred to as one entity, is reported to be in fact two different entities with different etiologies. The discussions on the etiologies, histo-chemical and enzyme histo-chemical studies are reviewed and compared with the material from our department.

GİRİŞ

Mukoseller, ağız içinde sıkça rastlanan değişik çap ve boyutlarda (çapı çoğu kez 1 cm yi aşmayan) küçük keseciklerdir. Bunlardan, tükürük bezinin kendisinden oluşanlara retansiyon (birikme) mukoseli, tükürük bezinin boşaltım kanalının yırtılması ile salgılanan mukusun çevre dokulara yayılması sonucu oluşanlara ekstrasvazyon (taşma) mukoseli denir (1, 4, 10, 13, 17, 25, 26, 27, 28). Bazı kaynaklar (21) ise retansiyonu kabul etmez; bunlara göre duktus çoğunlukla açıktır.

Eskiden ranulalar ile aynı adı alan bu kesecikler sonradan ayrı birer kavram olarak ele alınmış ve küçük tükürük bezlerinden kökenli türler Mukosel olarak tanımlanmıştır. Bu konuda ilk deneysel araştırmayı 1956 da Bhaskar ve ark. (2) yapmış, sıçanların sublingual tükürük bezlerini bağlamışlardır. Beklenen sonuç elde edilememiş ve mukosel oluşacak yerde, önce ilgili tükürük bezleri salgı hücrelerinin ya degenere olduğu ya da granül ve vakuollerinden arındıkları görülmüştür. Daha ileri evrede ise interstisyel fibrosisin arttığı ve bezlerin tümüyle atrofiye olarak hyalinleştiği saptanmıştır. Deneylerin yapıldığı hayvanların çok küçük olduğu, bu nedenle ligatürlerin tükürük bezini zedelemeyen yapılamıyacağı savları (25) üzerine, 1960'da Chaudhry ve ark. (3), aynı hayvanları üç gruba ayırarak aşağıdaki deneyi yaptılar; birinci gruptakilerin sublingual bezlerinin duktusları bezden çıktıkları yerden bağlandı, ikinci gruptaki hayvanların aynı bezlerinin duktusları aynı yerden kesildi. Son grup hayvanlarda ise aynı bezin duktusu aynı yerden bir hemostatla "çimdiklendi". Sonuçta, ilk grubun bulguları Bhaskar ve arkadaşlarının (2) bulgularına eşdeğer çıkarken, ikinci ve üçüncü grubun deneyleri, önce bağ dokusu içine mukus sonra da bu mukusun etrafında demarkasyon oluşturan granülasyon dokusu ile iki-üç gün içinde insanların mukosellerini andırır lezyonlarla sonuçlandı. Standish ve Shafer (25), 1959'daki deneylerinde kullandıkları kedilerin tükürük bezlerinin atrofiye olmadığını gördüler. Emmelin (6), 1967'de, kedi ve köpeklerin sublingual tükürük bezlerinin tıpkı insanların küçük tükürük bezleri gibi bir sinir sistemine sahip olduklarını ve dışarıdan hiçbir sinirsel uyarı almadan da sürekli salgı yapabildiklerini ortaya koydu. Aynı yıl Harrison ve Garret

Dergiye geldiği tarih: 15.1.1985

(*) İ.Ü. Dişhekimliği Fak. Patoloji Birimi, İstanbul.

(**) İ.Ü. Dişhekimliği Fak. Ağız-Diş Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dah - İstanbul

(11), tükürük bezlerinin histokimyası ve sinir sistemi üzerine araştırmalarına başladılar. 1972'de Glen (8), köpeklerde sielografi bulguları ile desteklenmiş geniş araştırmasında, bu hayvanlarda da aynı insanlardaki gibi mukoseller olduğu, hatta bunların bazılarının spontan olarak intraglanduler duktusların tıkanması sonucu oluştuğunu bildirdi. Harrison ve Garret (12) 1972'de, deneysel olarak hayvanlarda elde edilen mukoselleri ve yine Harrison (10) 1975'de, insanlardaki mukosellerin ancak tükürük bezinin sinirinin zedelenmediği durumlarda oluştuğunu ortaya koyarak, Bhaskar ve ark.nın (2) deneyleri ile Chaudhry ve ark.nın (3) deneylerinin ilk bölümünün başarısızlıkla sonuçlanmasını buna bağladılar.

Sıklık: Taşma (ekstravazasyon) mukoselleri en çok görülen türdür; birikme (retansiyon) mukoseli ise çok seyrek. Birikme mukosellerinin tüm mukosellere oranı % 6-12 olarak bulunmuştur (4, 10, 22).

Yaş: Taşma mukoselleri en çok 2. ve 3. dekatta ortaya çıkmaktadır. Buna neden olarak geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde acele yemek yeme zorunluğu, heyecanlı konuşma, eksilmeye başlayan dişlerin ve bunların yerine yapılan apareylerin beceriksizce kullanılması sonucu tükürük bezi duktusunun travmaya uğraması gösterilmiştir (24). Tüm araştırmacıların birleştikleri bir nokta ise birikme mukoselinin yalnız yaşlı hastalarda görüldüğüdür (Tablo III) (4, 10, 22, 29).

Cinsiyet: Cohen (4) ve Harrison'un (10) verilerinde, taşma mukoselleri için bildirilen oranlar yaklaşık 2:1 erkeklerin lehine gözükmektedir. Başka yazarlar ise, oran vermemekle birlikte bu fazlalığı kabul etmekte ve birikme mukosellerinin, bunların tam tersi olarak, kadınlarda daha çok oluştuğunu göstermektedirler. Bu bulguyu, birikme mukosellerinin iler yaşlarda görülmesi ile birleştirerek endokrin bir neden aranabileceğini de düşünenler vardır (Tablo III) (4, 22, 23, 27).

Etyoloji: Mukosellerin küçük tükürük bezleri ile ilgili olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Bunların tümünün, tükürük bezi boşaltım kanalındaki akımın herhangi bir nedenle engellemesi sonucu oluştuğu savı uzun zaman geçerliliğini korudu (23, 26, 29). Fakat, 1950'lerde başlayarak günümüze dek gelen çalışmalar bu konuda daha değişik kavramlar getirdi (10). Taşma mukosellerinin araştırılması sonucu, bugün bunların gerçekten travma nedeniyle mukusun boşaltım kanallarının dışına çıkması sonucu oluştuğu kabul edilmektedir. Birikme mukosellerinin ise, genellikle iltihap, mukus tıkaçı, taş, lökoplaki vb. nedenlerle boşaltım kanalının tıkanması sonucu oluştuğu düşünülmektedir; tıkanmanın derecesine göre de kisti döşemesi gereken kübik epitelin basınç sonucu ya atrofiye uğrayarak ortadan kalktığı ya da yassı epitel metaplasisine uğradığı kabul edilirdi (7, 26, 28). Chaudhry (3), Sela ve Ulmanský (22), Standish (25) ve Thoma (28) ya göre, bu metaplazi, cölümler veya psödostrafiyeye epitelle sonuçlanır. Fakat, birikme mukosellerinin hemen hiçbirinde tıkanma nedeni (yapılan çok sayıda seri keside karşın) gösterilememiştir. Olguların % 30'unda ise, onkositlere benzer hücrelerin ana duktusları döşediği saptanmıştır. Eversole ve Sabes (7), 16 birikme mukoselinden oluşan serilerinde onkositik değişimi inceleyerek, bu hücreleri tam tıkanmama nedeniyle giderek artan bir basınçla ortaya çıkan reaksiyon olarak yorumladılar. Southam (2), daha ileri evrelerde ana duktusları döşeyen onkosite benzer hücrelerin kistik degenerasyona uğrayarak birikme mukosellerini oluşturduğunu bildirdi.

Lokalizasyon: Taşma mukoseline müköz tükürük bezlerinin olduğu her yerde rastlanır; en çok alt dudak (% 70) sonra sırasıyla yanak, damak, ağız tabanı dil ve retromoler bölgede görülürler. Dildekilere Nuhn-Blandin kisti denir. Üst dudakta da müköz tükürük bezlerinin olduğu bilinmektedir, ama taşma mukoselle-

rine hemen hiçbir zaman burada rastlanmaz (Tablo II ve IV) (4, 10, 22). Travma için en uygun yer kanınlar bölgesi olduğu için de alt dudaktakiler en çok bu bölgenin mukozasında görülürler.

Bunların tam tersine, birikme mukoseli hiç bir zaman alt dudakta olmaz (4, 10, 17, 25).

Klinik belirtiler

Süre: Mukosellerin oluş süreleri hayli değişik oranlarda bildirilmiştir; 1 hafta ile 5 yıl arasında değişen süreler vardır (10). Ortalama oluşma süreleri için genel olarak kabul edilen 3 hafta ile 3 ay arasındır (10).

Şişlik: Doktora başvuru, mukozanın hemen altında, ya da derinde olan ağrısız, çok kez flüktüan bir şişlik nedeniyledir. Hasta, ağızındaki oluşumdan fizik ya da psşik nedenle rahatsız olmadığı sürece, bu şiş için doktora başvurmaz (25, 27).

Renk ve kıvam: Mukoseller saydam görünümlü, yüzeydekiler mavimsi mor renktedirler (4, 10, 22, 26, 27). Yüzeye yaklaştıkça da yumuşak kıvamlı ve flüktan olurlar. Derindekiler, özellikle dudakta rastlananlar ise lastik kıvamında, nodüler, fikse olmayan oluşumlardır. Bunların üzerindeki doku ise kendi rengindedir (4, 26, 27).

Büyükük: Değişik boylarda olabilmelerine karşın ne birikme ne de taşma mukosellerinin çaplarının 1 cm yi geçmediği kabul edilir (4, 22, 28).

Patolojik bulgular: Histolojik olarak mukoseller iki değişik görünümde karşımıza çıkar. Bunlardan ilki, yırtılan bir boşaltım kanalından lamina propria'ya ve submukozaya yayılan mukus gölcüğü biçimindedir. Aynı gölcük derin dokularda, örneğin çizgili kas lifleri arasında da görülebilir. Bunun çevresinde musifajlar'dan zengin bir dokuya rastlanır. Bu doku bazı kaynaklarda "olgunlaşmamış epitel" olarak yorumlanmıştır (8). Ancak Gomori gümüş çöktürme yöntemi ile çevredeki bağ dokusundan lumene kadar uzanan ve lumen çevresinde yoğunlaşan argirofil lifler görülür (4, 10, 14). Arada görülebilen gerçek epitel adacıklarının salgı kanallarını temsil ettiği düşünülmektedir (2). Günümüzde bu dokunun değişik evrelerdeki bir granülasyon dokusundan oluşan demarkasyon çizgisi olduğu kabul edilmiştir (4, 10, 14, 24). Bu doku içerisinde nötrofil polimorflara değişik oranlarda rastlanabilir; mast hücrelerinin varlığı ise hemen her zaman özel boyalarla gösterilebilir (9). Mukus gölcüğü içinde lenfosit ve plazma hücrelerine pek rastlanmaz; çevrede ise belirgin değildirler (9, 10). Burada görülen çok sayıdaki musin yüklü makrofajların (musifaj) çğunluğu köpüklü görünümündedir. Bunlar degenere olarak amorf birikintiler oluşturmak eğilimindedirler (9). Köpüksüz olanların ise asit fosfataz, B-glukoronidaz ve E 600'e hem duyarlı, hem de dirençli esterazlar ile arilamidaz içerdiği saptanmıştır (10). Bunlardan alkali fosfataz ve arilamidaz, taşma mukosellerindeki artmış fibroblastik aktivitenin belirtisi sayılmaktadır (10, 16).

İkinci görünüm ise, genişlemiş bir duktus içerisindeki mukus gölcüğü biçimindedir (2, 4, 10, 14, 25, 26, 27). Duktus içerisindeki epitel ya doğal görünümündedir ya da onkositler, yassı epitel metaplazisi v.b. gibi değişikliklere uğramış biçimdedir (4, 25). Basıncın fazlalığına ve süresine bağlı olarak epitelin ortadan kalktığı da ileri sürülmektedir (26). Bu epitelde doğal olarak tükürük bezlerinde bulunan asit fosfataz, B-glukoronidaz ve E 600'e dirençli esteraz ürünleri belirgin biçimde artar (10). Ancak fibroblastik aktiviteyi kanıtlayacak bir bulguya rastlanmamaktadır (16). Ortada ise her zaman mukus vardır (4, 27).

MATERYEL VE METOD

Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Birimi materyali arasında 1972-85 yılları arasında görülen 55 mukosel olgusu yeniden incelendi ve bunların iki tanesi birikme mukoseli, diğerleri ise taşma mukoseli olarak değerlendirildi. Birikme mukosellerinden biri rezidiv yaparak tekrar geldiğinden, olgular 54 mukosel üzerinden değerlendirildi.

Tablo I: 1972-85 yılları arasında birbirimizce görülen mukosellerin tür, yaş ve cins olarak dökümü.

YAŞ	TAŞMA TÜRÜ			BİRİKME TÜRÜ			TOPLAM
	E	K	TOPLAM	E	K	TOPLAM	
0 - 10	1	3	4	0	0	0	4
11 - 20	8	5	13	0	0	0	13
21 - 30	7	4	11	0	0	0	11
31 - 40	6	4	10	0	0	0	10
41 - 50	6	0	6	0	0	0	6
51 - 60	1	4	5	1	1	2	7
61 -	2	1	3	0	0	0	3
TOPLAM	31	21	52	1	1	2	54

Tablo II: 1972-85 yılları arasında birimizce görülen mukosellerin lokalizasyon ve tür olarak dağılımı.

LOKALİZASYON	TAŞMA	BİRİKME	TOPLAM
Alt dudak	37	0	37
Ağız tabanı	3	0	3
Yanak	4	0	4
Üst dudak	0	2	2
Dil	4	0	4
Retromoler Bölge	1	0	1
Dişeti	3	0	3
TOPLAM	52	2	54

Harrison'un (10) serisinde önemli tutulan tür birikme mukoselleridir. Bu nedenle 45:10 olan oranda 45 taşma mukoselinin sayısı selektivite açısından gerçeği yansıtmayabilir.

Tablo III: Cohen (4), Harrison (10), Sela ve Ulmanky (22)'nin yayınladığı mukosel olgularının birleştirilmiş dökümü.

YAŞ	TAŞMA TÜRÜ	BİRİKME TÜRÜ	TOPLAM
0 - 10	44	0	44
11 - 20	123	1	124
21 - 30	85	4	89
31 - 40	47	1	48
41 - 50	31	8	39
51 - 60	18	9	27
61 -	8	17	25
TOPLAM	356	40	396

Tablo IV: Cohen (4), Harrison (10), Sela ve Ulmansky (22)'nin yayınladıkları mukosel olgularının lokalizasyonu yönünden birleştirilmiş dökümü.

LOKALİZASYON	TAŞMA	BİRİKME	TOPLAM
Alt dudak	258	1	259
Ağız tabanı	44	9	53
Yanak	40	14	54
Üst dudak	0	6	6
Dil	9	0	9
Retromoler Bölge	1	2	3
Damak	4	8	12
TOPLAM	356	40	396

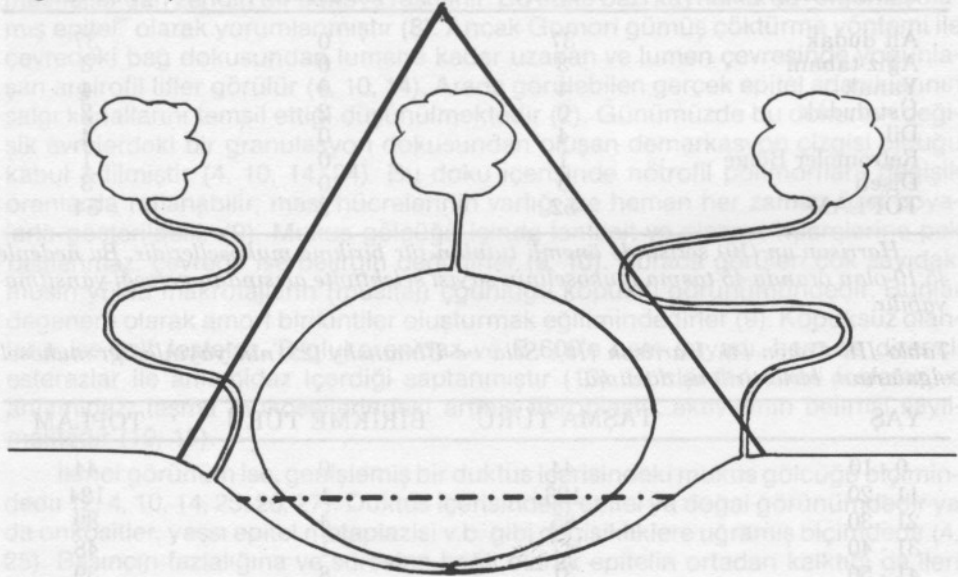
BULGULAR

Elimizdeki olgular, mukosellerin en sık 2., sonra sırasıyla 3. ve 4. dekadlarda görüldüğünü gösteriyordu.

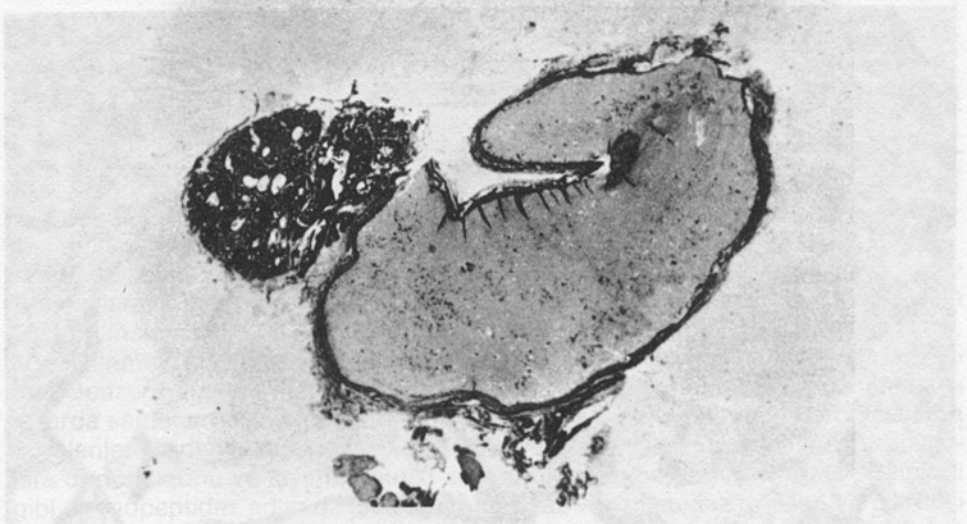
Olguların en genci 7, en yaşlısı ise 76 yaşında idi, her ikisi de erkekti.

Toplam olarak kadınlarda 21 erkeklerde 31 mukosel olgusu saptandı; bunların arasında kadınlarda 1. ve 6. dekadlarda, erkeklerde 4. dekadta daha çok olgu, 2. 3. ve 7 dekadlarda sayısal eşitlik vardı. 5. dekadta ise iki grupta da olgu yoktu. Olguların sadece 2 sinde epitel adacığı saptanabildi.

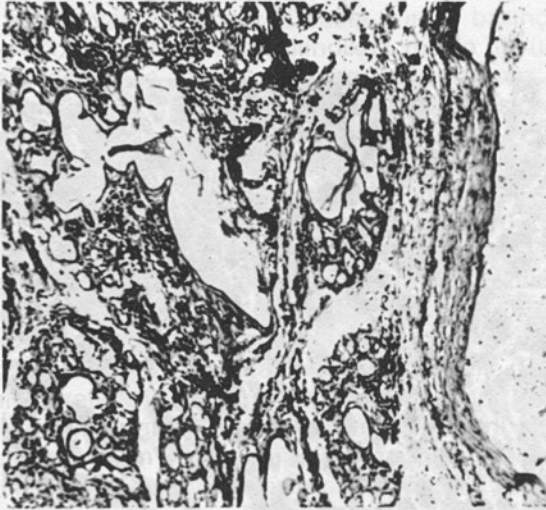
Saptanan iki birikme mukoseli de 6. dekadtan bir erkek ve bir kadın hastada, her ikisi de üst dudakta idi. Bunlardan ilki bir yıl sonra rezidiv nedeni ile ikinci kez geldiğinde, dağınık mukus ve epitel görülmüş, epikriz ile mukosel düşünülebileceği belirtilmişti.



Şekil 1: Oluşmuş bir mukosel ve yanındaki küçük tükürük bezleri. Uygulanan eksizyon ile (düz çizgi) komşu duktuslara zarar verilmesi olasılığının yüksekliği görülmekte. Oysa önerilen marsupializasyon (noktalı çizgi) ile bu sakıncalar ortadan kalkmakta.



Resim 1: Taşma Mukoseli; içinde musifajlar bulunan mukus gölcüğüne çevreleyen bağ dokusundan çeperin kenarında tükürük bezi izlenmekte (H . E x 16)

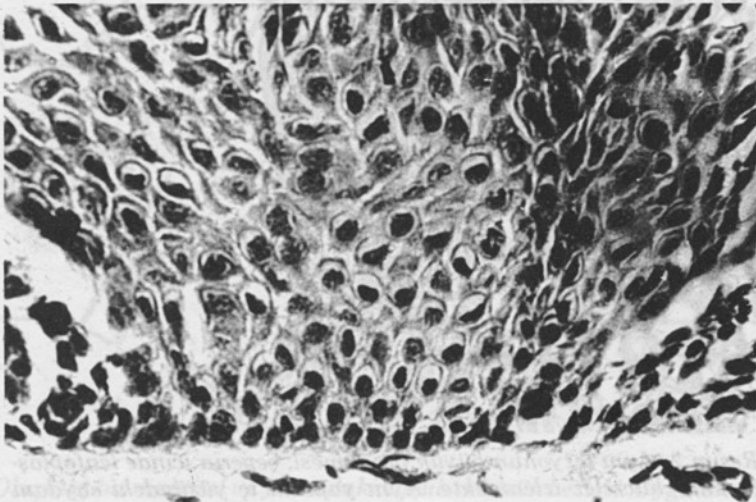


Resim 2: Aynı lezyonun büyük büyütmesi; çeperin içinde lenfoplasmositer hücreler izlenmekte. Aynı yapının iç yüzündeki saydam sitoplazmalı musifajlar yer yer mukus gölcüğü içinde de izlenmekte (H . E x 80)



Resim 3: Birikme mukoseli; genişlemiş olan duktusu döşeyen yalancı çok katlı epitel hücrelerinde onkositlere ve yassı epitele dönüşme (küçük kare) izlenmekte (H . E x 80)

genişliğinde, dağılmış mukus ve epitel görülmüş, epikriz ile mukosel düşünülmesi degi belirtilmiştir.



Resim 4: Aynı metaplazi alanının büyük büyütmesi (H . E x 250).

TARTIŞMA

Mukosellerin oluşmasında iki tür olayın düşünülmesi gerektiğine inanmaktayız. Bunların iki ayrı histolojik görünüm verdiği bilinen bir gerçektir. Daha sık görülen taşma (Ekstravasyon) tipinde, bağ dokusu içinde sınırlandırılmış musin gölcüğü izlenir (Resim 1).

Raekallio'ya (16) göre, aktif makrofajların belirgin özelliklerinden biri kuvvetli lizozimal enzimatik aktivitedir. Saptanan asid fosfataz, B-glukoronidaz, E 600'e dirençli esteraz arilamidaz tepki ürünleri, olaydaki lizozomal enzimatik aktiviteyi düşündürmektedir.

Doğal olarak makrofajların, lizozomal etki ile mukusu parçalamak, yok edilmesini sağlamak için bu alanda yoğunlaştıkları sonucu çıkarılabilir. Bunların musin yüklü olmalarının ve köpüklenmelerinin nedeni buna bağlı olabilir. Harrison (10), köpüklenmeyi olayın yaşı ile ilgili görmektedir. Kanımızca bu yargı oldukça doğrudur. Benzer bulguları materyalimizde inceleme olanağı bulduk. Buradaki makrofajlarda saptanan alkali fosfataz etkileme ürünü, başka yerlerdeki fibroblastlarda görülenlere eşdeğerdir. Bu da bize bir turnover nedeniyle, makrofajların fibroblastlara dönüştüğünü ve taşan mukusu sınırlandırmaya çalıştığını vurgular. Bilindiği gibi aminopeptidaz adını da alan alkali fosfataz ve arilamidaz iyileşen yaralardaki fibroblastlarda görülür (10, 16). Böylece, duktusun yırtılması ile yatağından taşan mukusun önce zayıf bir iltihapsal reaksiyon uyandırdığını, bu nedenle olaya eklenen makrofajların sınırlandırma görevini üstlenip öncelikle göllenen mukusu ortadan kaldırmaya çalıştığını düşünebiliriz. Eğer tükürük bezinin sinir sistemine bir zarar gelmediyse, tükürük akımı devam edecek ve makrofajların yok edemeyeceği bir birikinteye ortaya çıkacaktır. O zaman da turnover mekanizması çalışmaya başlayarak, ortaya çıkan fibroblastlar bir demarkasyon oluşturacak fibrositlere dönüşecektir.

Taşma mukosellerinin meydana gelmesinde bir tıkanmanın söz konusu olmadığı görüşüne (3, 22, 25, 28) tümüyle katılmaktayız. Böyle bir olayın tükürük bezinin asinüs yapısını bozacak kadar sürekli basınç oluşturması bize mantıklı gelmemektedir. Asinüs yapıları silindikçe, müsün büyük bir basınç oluşturamayacaktır; ara dönemde çıkartılmış olan mukosellerde bu olayı görmek olasıdır. Ancak, eskimiş olan mukosellerde görülen sıkışmış granülasyon dokusu ve fibrosis, asinüs yapıları tümüyle ortadan kalktıktan sonra bile, buraya bir akım girdiğini gösterir. Bunun nedeni, dış sinirsel uyarana gereksinmesi olmayan tükürük bezinin, duktusunun yırtılmasından sonra bile, salgıya devam etmesidir. Eğer duktusu yırtan travma tükürük bezi asinüslerini de yıkıma uğrattı ise, zaten mukosel oluşumu beklenemez. Taşan mukus göllendiği yerde staz oluşturarak retrograd bir biçimde tükürük bezini bezini atrofiye uğratırsa, o zaman genişlemiş bir boşaltım kanalı ve tükürük bezi asinüsleri görürüz (Resim 3); bu kanalda süregen bir basıncı simgeleyen onkositlere rastlarız. Bazan burada gene aynı süregen basınç nedeniyle çok katlı yassı epitel metaplazisi görülebilir (Resim 3, 4). Yazarları, bütün mukosellerin retansiyonu sonucu oluştuğu biçimde yanılığa düşüren olgunun bu genişlemiş duktuslar olduğunu sanıyoruz. Yeterli kesit yapıldığında ise, taşma mukosellerinde hem mukus gölcüğü hem de genişlemiş boşaltım kanalı görülür. Gölcüğün üzerindeki bezin sonu ise, bize göre, atrofi ve fibrosistir; artık ortada mukus görülmez.

Görülen ikinci tür histolojik tablo ise gerçek birikme (retansiyon) mukosellerine özgüdür. Gerçekten çok ender olan bu tür daha değişiktir. Tıkanma vardır. Birikme mukosellerini döşeyen epitelde, doğal olarak tükürük bezi duktuslarında

bulunan asit fosfataz, B-glukoronidaz ve E 600'e dirençli esteraz tepki ürünleri belirgin biçimde artar; bu da lizozimal enzim aktivitesinin varlığını düşündürür. Taşma mukoseli gibi, burada da mukusun ortadan kaldırılmasına çalışılmaktadır; eksik olan alkali fosfatazdır (10). Başka bir deyişle, fibroblastik aktivite belirgin değildir. Buna neden, bağ dokusunun makrofaj turnover'ına çok daha yatkın olmasıdır. Epitel içindeyse bu turnover olağan değildir. Bu türdeki mukosellerde bir neden bulmak olası değildir.

Elimizdeki olguların dökümü, lokalizasyon, yaş ve cinsiyet açısından literatürden elde edebildiğimiz verilere tam olarak uyum gösteriyordu. Elde bulunan iki birikme mukoseli yer, yaş ve oran olarak (yaklaşık % 4) literatür verilerine uymaktaydı.

54 mukosel olgusunun 52'sinde tükürük bezi lobulusları görülüyordu. 18 olguda makrofajlar belirgin derecede artmıştı. Diğer olgularda ise, göze batacak kadar çok değillerdi ve makrofajların belirgin derecede artmadığı kesitlerde mukus havuzcuğunu çevreleyen fibröz çeperde lenfosit ve plazma hücresi infiltrasyonu vardı.

Mukosellerin boyunun 1 cm.yi geçmediği bütün araştırmacılarca kabul edilmekle beraber, aynı araştırmacıların birçoğu ranulaları da sublingual bezin birikme mukoseli olarak yorumlamaktadırlar. Bu görüşe uyulursa, 10 cm. çapını bulan mukosellerin varlığını da kabul etmek gerekir.

Mukosellerin tedavisinde, bazı yazarların tam bir eksizyon önermelerine karşın (15), bazıları marsupyalizasyonun yeterli olacağını, ancak bir residiv görüldüğü zaman eksizyon gerekebileceğini ileri sürmektedirler (18). Eksizyon sırasında zaten çok yakın olan komşu tükürük bezlerinin sağlam kanallarına yüksek olasılıkla zarar verilebileceği düşüncesi, kişiyi mukosellerin tedavisinde marsupyalizasyon yönteminin daha yararlı olacağı sonucuna götürmektedir. Zarar gören duktuslardan yeni mukosellerin oluşması kaçınılmaz gibidir. Zaten residivlerin çoğu komşu tükürük bezlerinin yeni lezyonlarıdır. Başka bir deyişle residiv sayılmazlar (Şekil 1).

Üst dudakta görülen mukosellerin birikme tipinde olması olasılığının yüksekliği gözönüne alınarak, bunları eksizye etmek, ancak cerrahi sınırlarını kısıtlı tutmak gerekir.

Bu yöntemde, kist üzerindeki mukoza bir pens yardımıyla tutularak dairesel biçimde kesilir. Böylelikle mukosel içinde birikmiş mukusun boşalması sağlanır. Bu işlem, küçük mukosellerin tedavisi için yeterlidir. Ancak daha büyük olanlarda, kist kubbesinin eksizyonundan sonra residive neden olacak yapışmayı önlemek amacıyla ağız mukozası ile kist duvarı birbirine dikilebilir.

Bilindiği gibi, açık yaraların üzerini epitelin kapatması olayı uzun yıllar epitelin yara kenarlarından proliferasyon olarak alttaki bağ dokusunu örtmesi biçiminde düşünüldü. Sonradan, alttan gelişen bağ dokusu proliferasyonunun sonucunda, bu epitelin yüzey epiteli ile aynı düzeye geldiği yorumu klasikleşmişti (17,28). Ancak günümüzde, epitelin granülasyon dokusu üzerinden "kayarak," yarası örtüldüğü kanıtlanmış bulunmaktadır (21). Özellikle genç lezyonların iç yüzünü granülasyon dokusunun döşediği belirtilmişti. Üzeri marsupyalizasyon sonucu açılmış bir mukoselin içindeki granülasyon dokusu, insizyon kenarları ve duktus ağzından proliferasyon alan epitel ile kolayca örtülür. Eğer sadece bağ dokusu kalmışsa iyileşmenin daha geç olması doğaldır. Böylece kanalın ağzı kapanmamış, komşu duktuslara da zarar verilmemiş olur.

KAYNAKLAR

- 1 - Abbey, S., Cohlmiia, D.D. ve Reynolds, G.E.: Sublingual Cyst, Report of Case. Oral Surg. 124: 1155-1160, 1961.
- 2 - Bhaskar, S.N, Bolden, T.E. ve Weinemann, J.P.: Pathogenesis of Mucoceles. J.Dent. Res. 35: 863-874, 1956.
- 3 - Chaudhry, A.P., Reynolds, D.H., La Chapelle, C.F. ve Vickers, R.A.: A Clinical and Experimental Study of Mucocele (Retention Cyst). J.Dent. Res. 39: 1253-1962, 1960.
- 4 - Cohen, L.: Mucoceles of the Oral Cavity. Oral Surg. 19: 365-372 1965.
- 5 - Cottalorda, J.: Contribution à l'étude de la pathogenie de la pathogenie de la grenouillette Sublinguale commune. Ann. anat.path. 1: 441-468, 1924, (10'dan naklen).
- 6 - Emmelin, N.: Nervous Control of Salivary Glands. Handbook of Physiology, Alimentary Canal. American Physiological Society, Washington D.C., 1967.
- 7 - Eversole, L.R. ve Sobes, W.R.: Minor Salivary Gland Duct Changes Due to Obstruction. Arch. Otolaryngol. 94: 19-24, 1971.
- 8 - Glen, J.B.: Canine Salivary Mucoceles - Results of Sialographic Examination and Surgical Treatment of Fifty Cases. J.Small Anim. Pract. 13: 515-526, 1972 (10'dan naklen).
- 9 - Harrison, J.D.: Minor Salivary Gland of Man: Enzyme and Mucosubstance Histochemical Studies. Histochem. J. 6: 633-647, 1974.
- 10 - Harrison, J.D.: Salivary Mucoceles. Oral surg. 39: 268-278, 1975.
- 11 - Harrison, J.D. ve Garret, J.R.: Enzyme Histochemistry of Experimental Mucoceles. Proc. Roy. Microsc. Soc. 7: 48, 1972 a.
- 12 - Harrison, J.D. ve Garret, J.R.: Mucocele Formation in Cats by Glandular Duct Ligation. Arch. Oral Biol. 17: 1403-1414, 1972 b.
- 13 - Lucas, R.B. Pathology of Tumours of the Oral Tissues. 2. Baskı, Churchill Livingstone, 1972.
- 14 - Mandel, L. ve Baummarsh, H.: Ranulae. Oral Surg. 10: 567-574, 1957.
- 15 - Peterson, L.W.: Cyst of Bone and Soft Tissues of the Oral Cavity and Contiguous Structures. "Textbook of Oral Surgery. Ed.G.O.Kruger. 4.Baskı, The C.V.Mosby Company, St.Louis, 1974" içinde.
- 16 - Raekallio, J.: Enzyme Histochemistry of Wound Healing. Fischer, Stuttgart, 1970.
- 17 - Robbins, S.L.Pathologic Basic of Disease. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1974.
- 18 - Robinson, H.B.G.: Cysts of the Oral Cavity. "Oral and Maxillofacial Surgery. Ed. W.H. Archer. 5. Baskı, I.Cilt.W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto, 1975" içinde.
- 19 - Robinson, L.ve Hjorting, H.E.: Pathologic Changes Associated With Mucous Retention Cysts of Minor Salivary Glands. Oral Surg. 18: 191-205, 1964.
- 20 - Ross, R.: The Fibroblast and Wound Repair. Biol.Rev. 43: 51-96, 1968.
- 21 - Saphir, O.Nose and Paranasal Sinuses. Ed. O.Saphir. 2.Cilt. Grune and Stratton, New York, 1959.
- 22 - Sela, J. ve Ulmanky, M.: Mucous Retention Cyst of Salivary Glands. J.Oral Surg. 27:619-623, 1969.
- 23 - Southam, J.C.: Mucous Retention cyst of the Oral Mucosa. Abstract of Paper Presented at 1972. Meeting of the Oral Pathology Club.
- 24 - Southam, J.C. Retention Mucoceles of the Oral Mucosa. J.Oral Pathol (Basılacak).
- 25 - Standish, S.M. ve Shafer, W.G.: The Mucous Retention Phenomenon. J.Oral Surg. 17: 15-22, 1959.
- 26 - Tahsinoğlu, M. ve Manisalı, Y.: Retansiyon Kistleri. Odonto-Stomatol. (İstanbul) 3: 12-17, 1961.
- 27 - Thoma, K.H.: Oral Surgery. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1969.
- 28 - Thoma, K.H. Diseases of Salivary Glands. "Thoma's Oral Pathology. Ed. J.Gorlin ve M.Goldman. 6. Baskı, II. Cilt The C.V. Mosby Company, St.Louis, 1970 içinde.
- 29 - Wyke, B.D.: The Neurology of Facial Pain. Brit. J.Hosp. Med. 1: 46-65, 1968.