

STENON KANAL KESİLERİ

Cengiz ÇETİN, A. Aydan KÖSE, Yakup KARABAĞLI, Mahmut ÖZYILMAZ, Emre KOÇMAN

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

ÖZET

Parotis bezinin kanal kesileri, maksillofasial travmalara eşlik edebilen komplike bir yumuşak doku yaralanmasıdır. Stenon kanalının onarımı yaralanmanın bölge ve tipine göre farklılık gösterebilir. Erken mikrocerrahi onarım ile sonradan oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Parotis kanal kesisi, stenon kanal kesisi, maksillofasial yumuşak doku yaralanması

SUMMARY

Stenon Duct Lacerations

Parotid duct lacerations are complicated soft tissue injuries which are usually associated with maxillofacial trauma. Treatment of stenon duct injuries varies with location and type of injury. Immediate microsurgical repair of duct can prevent troublesome complications.

Key Words: Parotid duct laceration, stenon duct injury, maxillofacial soft tissue injury

Günümüzde motorlu araçların artışı ile beraber trafik kazaları ve buna paralel olarak sıklaşan komplike fasial yaralanmalar geçtiğimiz yüzyılda rekonstrüktif cerrahinin arayış içinde olduğu alanlardan biriydi. Estetik ve fonksiyonel bir onarım için kırık stabilizasyonu kadar sinir, kas ve diğer yapıların da eski haline döndürülmesi gerekliliği bu dönemde ortaya çıkmıştır. Mikrocerrahi alanındaki gelişmeler bu bölgenin yaralanmalarında hasara uğrayan fasial sinir ve stenon kanalı kesilerinin de onarılıp; eski fonksiyonlarını kazanmalarını sağlamıştır.

Literatürde stenon kanalı yaralanmaları ile ilgili ilk bilgiler aslında trafik kazalarına değil, savaşlara aittir. Morestin, 1912 yılında yayınlanan makalesinde, 62 parotis bez ve kanal yaralanması sonucu gelişen fistüllerin uzunca bir zaman sonra spontan olarak kapandığını, parotisin de atrofiye olduğunu belirtmiştir¹. Günümüzde, bu tür yaralanmalar başarı ile tedavi edilmekte, fistül ve parotis atrofisi ile pek karşılaşmamaktadır.

Bu makalede kliniğimizde stenon kanal kesisi nedeni ile opere edilmiş 4 olgunun retrospektif değerlendirilmesi sunulmuştur.

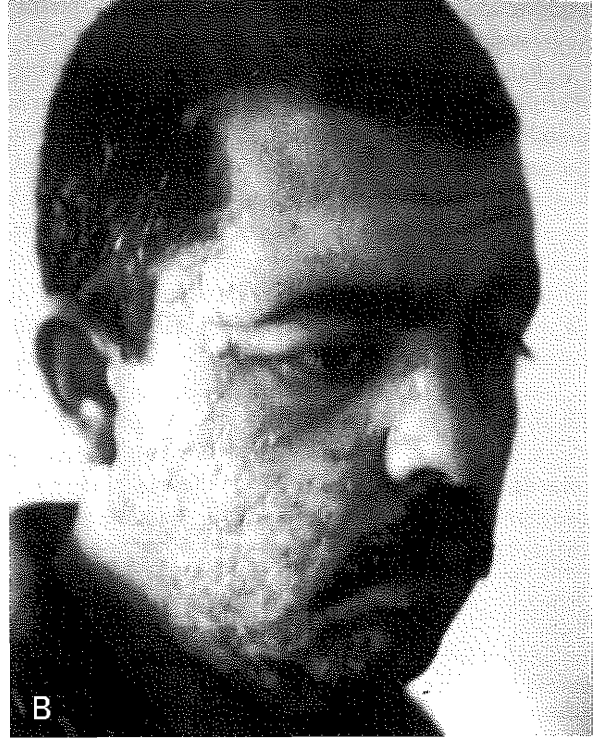
HASTALAR VE SONUÇLAR

1994-2001 yılları arasında

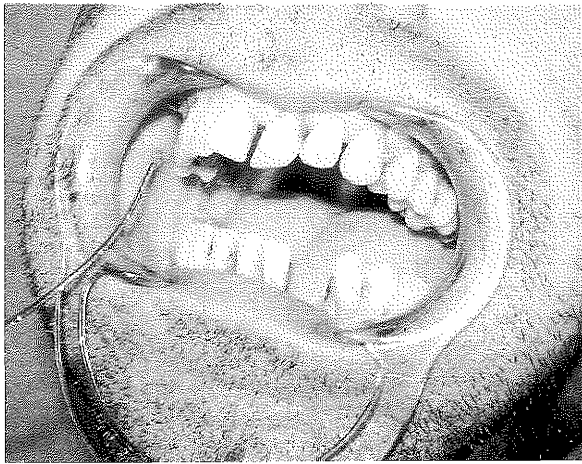
kliniğimize maksillofasial yaralanma ve stenon kanal kesili 5 olgu başvurdu. Olguların yaşları 4 ila 40 arasında değişmekte idi. Tüm olgular trafik kazası sonucu getirildikleri acil serviste değerlendirilmişlerdi; stenon kanal kesisi şüphesi ve eşlik eden diğer yaralanmaları nedeni ile genel anestezi altında acil eksplorasyon ve onarıma alınmışlardı. Hastaların üçünde izole stenon kanal kesisi mevcut iken (Şekil 1A,B), birinde parçalı mandibula fraktürü, fasial sinir terminal bukkal dal kesisi ve stenon kanal kesisi vardı. Bir hastada ise sadece fasial sinir terminal bukkal dal kesisi stenon kanal kesisine eşlik etmekte idi (Tablo 1). Tüm hastalarda stenon kanalları ağız içinden kateterize edilerek 8/0 ethilon ile anastomoz edildi (Şekil 2). Terminal bukkal dal kesileri sonorgana yakın olmaları nedeni ile nörotizasyona bırakıldı. Kateterler 14 gün yerlerinde tutuldu; yalnızca 4 yaşındaki hastada 10. gün kateter yerinden çıktı; tekrar takılmadı.

Tablo 1: Olguların dağılımı

Olgular	Yaş-Cins	Stenon kanal kesisi	Fasial sinir kesisi	Komplikasyon	Diğer
Olgu 1	4y-E	+	-	Kateter 10.günde çıktı	Serebral ödem
Olgu 2	14y-E	+	+	-	Parçalı mandibula fraktürü
Olgu 3	33y-K	+	+	-	-
Olgu 4	38y-E	+	-	-	-
Olgu 5	40y-E	+	-	-	-



Şekil 1A,B: Olgu 4 Preoperatif ve postoperatif erken 3. ay görünüm



Şekil 2 : Olgu 5 Postoperatif 1.gün kateterize stemon kanal ağzı



Şekil 3 : Olgu 2 Postoperatif 6. ay sialografisi

Hastalar 7 ay ila 4 yıl takip edildiler. 6. aylarda çekilen sialograflerinde tıkanma ya da daralmaya rastlanmadı (Şekil 3).

TARTIŞMA

Maksillofasial yaralanmalar genellikle yüz kemik kırıkları ile birliktelik göstermelerine karşın ileri

derecede parçalı yumuşak doku yaralanmalarında olaya parotis bezi, kanalı ve fasial sinir kesileri de eşlik edebilir. Parotis bezi kulağın hemen altında ramus mandibulayı sarar ve masseter kasının hemen üzerinde yer alır; fasial sinir parotisin yüzeyel ve derin lobları arasında seyredir. Stemon kanalı, parotisin ön yüzünden çıktıktan sonra hemen içe doğru döner, masseterin ön kenarından buc-

cinator kasını penetre ederek üst ikinci molar diş seviyesinde ağız içine açılır.

Kulağın tragusundan üst dudak orta kısmına çekilen düz bir hat stenon kanalının seyrini belirlemede yardımcı olabilir². Stenon kanalının hemen üzerinde fasial sinirin bukkal dalı masseter yüzeyinde seyrederek üst dudak kaslarını innerve eder. Korunaklı olması sebebi ile çok da sık yaralanmayan bu bölgenin kompleks yapısı, travmalarının da morbiditesinin yüksek olacağını gösterir³. Örneğin stenon kanal kesisi atlandığında ya da uygun tedavi edilmediğinde sialoseller ya da cilde fistülizasyonlar görülebilir⁴.

Stenon kanal kesilerinde tedavi seçeneğini, kesinin lokalizasyonu belirler:

a. Kesi masseter kası önünde ise ve distal kısım onarılabilir ise primer anastomoz tercih edilir; onarılamıyorsa kanal direk olarak ağız içinde yeni bir bölgeye açılabilir.

b. Kesi masseter kası üzerinde ise bir stent üzerinden primer kanal anastomozu yapılabilir.

c. Kesi parotisin kendisini de içeriyorsa en iyi seçenek parotis kapsülünü kapayıp basınçlı pansuman yapmaktır^{1,4}.

A ve b bölgelerindeki stenon kanal anastomozu, mikrocerrahi teknik ile büyütme altında yapılır. Damar onarımlarından farklı olarak kanalın çeperi daha kalın olduğundan anastomoz daha rahat yapılır; ancak iğne seçiminde dikkatli olunmalıdır. Olgularımızın ikisinde kesi a bölgesinde, diğer ikisinde ise b bölgesinde idi.

Tümünde kesiler defektsiz idi; mikrocerrahi teknik ve ince sütürler ile ucuca anastomoz yapıldı. Olgularımızın hiçbirinde yara yeri komplikasyonu, anastomoz hattında tıkanıklık ya da fistül gibi komplikasyonlar gözlenmedi. Stenon kanal kesileri, tanı konulup erken dönemde tedavi edildiği takdirde kolay onarılan, sorunsuz iyileşen yaralanmalardır. Ancak atlandığında gelişen fistül, sialosel gibi komplikasyonların tedavisi primer onarım kadar kolay olmayabilir; kişinin sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, maksillofasial yumuşak doku yaralanmalarında stenon kanal kesisi mutlaka akla getirilmeli ve kontrol edilmelidir.

Dr. A. Aydan KÖSE

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Meşelik 26480, ESKİŞEHİR

KAYNAKLAR

1. Tachmes L., Woloszyn T., Marini C. ve ark: Parotid gland and facial nerve trauma: A retrospective review. J Trauma, 30 (11): 1395-8, 1990
2. Manson P.N.: Facial injuries in Mc Carthy Plastic Surgery Philadelphia W.B.Saunders Company 906-7, 1990
3. Neuhaus R.W., Baylis H.I.: Parotid duct injury as a complication of differential 7th nerve ablation. Am J Ophthalmol, 93(1): 124-5, 1982
4. Von Sickels J.E.: Parotid duct injuries. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 52(4): 364-7, 1981