

**KULAK BURUN BOĞAZ
ANABİLİM DALI**

DERS NOTLARI

**ORAL KAVİTE
FARENKS
VE
TÜKRÜK BEZLERİ**

Prof. Dr. Levent ERİŞEN

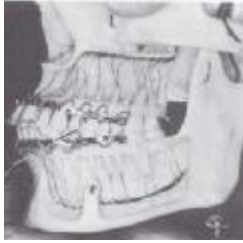
1. ANATOMİ

ORAL KAVİTE

Oral kavite (ağız boşluğu), önde *vermillion* hattından (alt ve üst dudakların mukoza ve cilt birleşim hattından) arkada *isthmus faucium*'a kadar uzanan, alttan ağız tabanı, üstten sert damak ve yanlarda yanak mukozası ile sınırlı bir anatomik boşluktur (Şekil-1).



Şekil-1

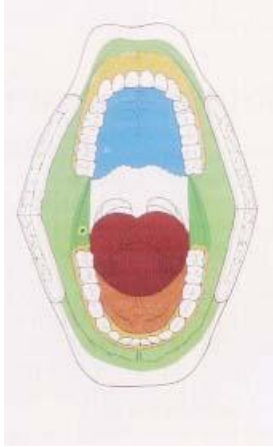


Şekil-2

Yanda ön tonsil plikaları, üstte tonsil üst kutupları seviyesinden geçen hayali çizgi ve altta *sulcus terminalis*'in oluşturduğu *isthmus faucium*, arkada oral kaviteyi orofarenksten ayırır.

Ağız kapalı iken üst ve alt diş arkusları oral kaviteyi 2 bölüme ayırır: Ön bölüme *vestibulum oris* (oral kavite girişi), arka bölüme *cavum oris propria* (esas ağız boşluğu) denir. Ağız kapalı iken, bu 2 boşluğu birbirine bağlayan bölge, mandibula ramusu ile son molar diş arasında kalan *retromolar trigon*'dur. Bu alanın önemi; maksillofasiyal travma veya başka bir nedenle mandibülomaksiller fiksasyon yapılan kişilerde, bu bağlantı ile sulu gıdaların (bir pipet yardımıyla) alınabilmesidir (Şekil-2).

Oral kavite bir boşluk olmasına rağmen, anatomik olarak homojen bir bölge değildir ve birçok alt anatomik bölgeyi içermektedir (Şekil-3).



Şekil-3

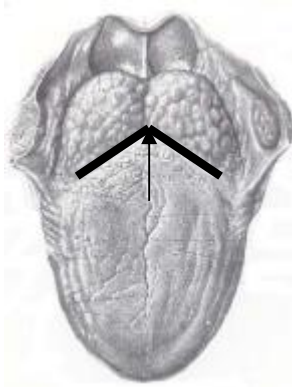
Bu alt anatomik bölgeler:

- Alt ve üst dudak mukozası
- Yanak mukozası
- Dişetleri ve dişler (üst ve alt diş arkusları)
- Sert damak
- Yumuşak damağın bir kısmı
- Dil korpusu
- Ağız tabanı ve
- Retromolar trigon'dur.

Oral kavite muayene edilirken tüm alt anatomik bölgeler tek tek gözden geçirilmez, yoksa bazı patolojik bulgular saptanamaz. Ayrıca patolojinin yerleştiği yere göre ayırıcı tanı da farklı yorum yapılabilir.

Oral kavitenin temel fonksiyonu, yeterli bir çiğneme için uygun ortam hazırlamaktır.

DİL: Çok katlı yassı epitelle döşeli bir kas ve yumuşak doku kitlesidir. *Corpus linguae* (dil gövdesi) ve *radix linguae* (dil kökü) olmak üzere 2 ana bölüme ayrılır (Şekil-4).



Şekil-4

Hareketli ve fonksiyon açısından daha önemli olan ve kaslardan oluşan dil gövdesi, dilin 2/3 ön kısmını oluşturur ve oral kavitede bulunur. Hareketsiz olan ve daha çok lenfoid dokudan oluşan dil kökü, dilin 1/3 arka kısmını oluşturur ve orofarenkste bulunur. Bu iki bölümü ayıran yapı ters V şeklindeki *sulcus terminalis*'tir (Şekil-4, kalın çizgiler). Bu sulkusun arka orta bölümündeki çukurluk *foramen caecum linguae*'dir (Şekil-4, ince ok) ve buradan embriyolojik olarak tiroid bezi köken alır. Tiroid bezinin normal embriyolojik gelişimi sırasında olabilecek sorunlar, tiroglossal kist ve/veya fistüller veya lingual tiroid şeklinde karşımıza çıkabilir.

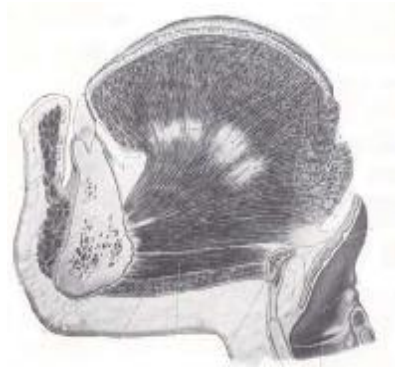
Dil gövdesinin sert damağa doğru bakan bir dorsal yüzü, ağız tabanına doğru bakan bir ventral yüzü, bir ucu ve 2 yan kenarı mevcuttur.

Dorsal yüzünde tat duyusu için özelleşmiş olan **tat tomurcukları** (uçta **filiform papillalar**, ön-yanda **fungiform papillalar**, arka-yanda **foliat papillalar** ve arkada sulkus terminalis boyunca **sirkumvallat papillalar**) bulunmaktadır.

Dilin özel tat duyusu dışında, artikülasyon, çiğneme ve yutma fonksiyonlarında da temel görevi vardır. Dil bu görevleri için gerekli hareketliliğini, dilin intrensek (dilinde başlayıp, içinde sonlanan) ve ekstrensek (dilinde başlayıp, dile uzanan) kasları sağlar (Şekil-005a, b). Dilin kaslarını innerve eden sinir 12. kafaçifti nervus hipoglossus'dur.

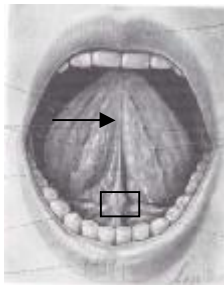


Şekil-5a: Dilin ekstrensek kasları



Şekil-5b: Dilin intrensek kasları

Dilin ventral yüzünü görmek için muayene sırasında ya hastaya dilin yukarı kaldırması söylenmeli veya dil basacağı ile dil ucu hekim tarafından yukarı kaldırılmalıdır (Şekil-6).



Şekil-6

Ventral yüze bakıldığında, ilk olarak dil ucundan ağız tabanına doğru bir mukoz katlantısı "*frenulum linguae*" (Şekil-6, ok) görülür. Frenulumun kısa ve veya fibrotik kalın olması halk arasında **dil bağı** diye adlandırılan **ankiloglossi**'dir. Frenulum lingua, altta ağız tabanı boyunca yanlara doğru *plica sublingualis* adlı mukoz katlantıları ile devam eder. Bu 2 mukoz katlantısının birleştiği yerdeki tümseğe *caruncula sublingualis* denir (Şekil-6, dikdörtgen).

Buraya dikkatle bakıldığında burada 2 adet ostium görülür. Bunlar submandibüler bezlerin kanallarının (*Wharton*) açıldığı deliklerdir. Sublingual bezlerin kanalları (*Bartholin*) ise sublingual plika üzerindeki multipl deliklerle sonlanır. Diğer major tükürük bezi olan parotisin kanalı (*Stenon*) ise yanak mukozasında 2. üst molar diş hizasında sonlanır.

AĞIZ TABANI: Esas olarak U şeklindeki mandibula ile hiyoid kemik arasında gergin bir şekilde diyafram gibi uzanan milohiyoid kas tarafından oluşturulur (Şekil-7a ve b).



Şekil-7a



Şekil-7b

Ayrıca genioglossus ve geniohiyoid kasları da burayı desteklemektedir. Dilin ventral yüzünde olduğu gibi ağız tabanının da görülebilmesi için dil ucunun yukarı kaldırılması gereklidir.

Bu bölgenin muayenesinde palpasyon, özellikle boyundan diğer el desteği ile yapılan bimanuel muayene önem kazanmaktadır.

Ağız tabanı bu şekilde içten dışa doğru, mukoza, mukoza altı, kas, cilt altı ve ciltten oluşan, sert desteği olmayan bir bölgedir. Bu nedenle bu alandaki enfeksiyonlar ve malign neoplastik patolojiler çok kolaylıkla lokal yayılım gösterebilirler.

MANDİBULA: Oral kaviteyi ön-alt ve yandan çevreleyen en önemli rijit yapılardan biridir. Embriyolojik olarak 2 ayrı kemikten oluşup, yaklaşık 1 yaşında bu 2 kemiğin birleşmesi ile tek kemik halini alır (Şekil-8).



Şekil-8



Şekil-9

Kondiler ve koronoid olmak üzere 2 çıkıntısı, ramusu, kollumu, korpusu ve mentumu vardır. Trigeminal sinirin mandibüler dalından kaynaklanan inferior alveolar sinir, damarla birlikte kollum seviyesinde mandibula içine girerek, foramen ovale'den cilt altına çıkar (Şekil-9). Bu nedenle bu uzanım boyunca olan fraktürler veya cerrahi tedavi amacıyla cerrah tarafından yapılan mandibula kesileri (mandibulotomi veya mandibülektomi) veya sinirin malign neoplastik patolojilerle invaze olması, alt dişlerde anesteziye neden olur.

Temporamandibüler eklem: Mandibulanın kondiler çıkıntısı ile temporal kemiğin fossa mandibularis'i arasındaki eklemdir (Şekil-10).



Şekil-10

Dental patolojilerden, maksillofasiyal ve kafatabanı travmalarından, otojenik hastalıklardan ve genel artropatilerden etkilendiğinden günlük pratikte klinik önemi büyüktür. Genel olarak hastalıklarına "**Temporamandibüler Eklem (Costen) Sendromu**" adı verilir ve başta baş ağrısı olmak üzere, birçok diğer hastalık tablosunu taklit eden yakınmalara neden olabilir. Eklem çevresindeki travmatik, enflamatuvar ve neoplastik olaylar trismusu neden olabilir.

Çene ekleminin başta çiğneme olmak üzere artikülasyonda da rolü vardır. Çiğneme kasları;

- Muskulus temporalis superfisyalis
- Muskulus masseterikus
- Muskulus pterigoideus lateralis ve
- Muskulus pterigoideus medialis'tir.

Tüm bu kasların motor innervasyonu 5. kafaçifti trigeminus'un 3. dalı (nervus mandibularis) ile sağlanmaktadır.

DİŞLER: Gıdaları öğütmek için gerekli mekaniği sağlarlar. Enamel, dentin ve sementumdan oluşurlar. 20 adet olan primer dişler 3 yaş civarında tamamlanır. 32 adet olan kalıcı sekonder dişler 6 yaş civarında çıkmaya başlar ve 18 yaş civarında tamamlanır. Maksiller alveolustaki dişler (özellikle 2. premolar ve 1. molar diş) maksilla ile yakın komşuluktur. Bazen bu dişlerin kökleri sinüs içine uzanabilir ve bu durumda dental kökenli sinüzitler olabileceği gibi, bu dişlerin çekimi sonrasında oro-antral fistüller de gelişebilir.

Ağız kapalı iken alt ve üst diş arkularının birbirleri ile ilişkisi (**oklüzyon**) de önemlidir. Normal oklüzyonun yanında alt çenenin aşırı önde olması (**prognati**) veya geride olması (**retrognati**) de söz konusu olabilir (Şekil-11a ve b).



Oklüzyonun normal olması temporomandibüler eklemin fonksiyonları için de çok önemli olup, maloklüzyonlarda Costen Sendromu görülebilir.

Şekil-11a: Normal oklüzyon **Şekil-11b:** Prognati

SERT DAMAK: Her 2 taraftaki simetrik yapıların orta hatta birleşmesi ile oluşan ve oral kaviteyi nazal kaviteden ayıran yapıdır (Şekil-12).



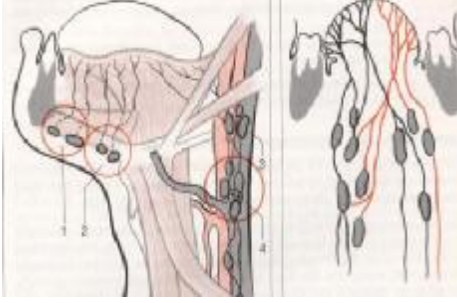
Şekil-12

Sert damağın 2/3 ön kısmını her 2 maksiller kemiğin palatinal çıkıntısı, 1/3 arka kısmını ise palatinal kemiğin horizontal çıkıntısı yapar. Bu yapıların orta hatta birleşmesinde embriyolojik olarak sorun olursa, komple veya inkomple, izole veya dudak yarığı ile birlikte olan damak yarıkları veya maksiller kistler karşımıza çıkabilir. Bu gelişimsel bozukluğun en basit şekli **bifid uvula**'dır. Sert damak mukozasının bir diğer önemi ise, alt dudakta olduğu gibi mukoza altında bol miktarda minör tükrük bezinin olmasıdır. Bu nedenle sert damakta bir şişlik, kitle görüldüğünde bunun minör tükrük bezlerinden kaynaklanabileceği unutulmamalıdır.

Mukozası: Oral kavite mukozası "**Non-Keratinize Çok Katlı Yassı Epitel**" dir. Bu nedenle bu bölgeden kaynaklanan malign neoplazmların çoğu çok **yassı hücreli karsinom**'dur.

Damarları: Genel olarak arteriyel beslenmesi eksternal karotid arter'dendir. Venöz drenaj ise internal jugüler ven'e olur. Ancak pterigoid pleksus aracılığı ile kavernoöz sinüsle de

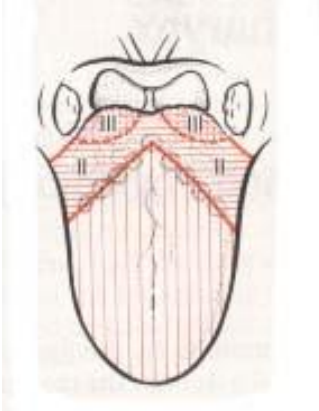
bağlantılıdır. Bu nedenle bu bölge enfeksiyonlarında bu bağlantı ile kavernoöz sinüs tromboflebiti gelişme riski vardır.



Şekil-13

Lenfatik drenajı son derece zengin bir bölgedir (Şekil-13). Bu nedenle bu bölgenin enflamatuvar ve malign neoplastik patolojilerinde çok sıklıkla servikal lenf nodu patolojisi de eşlik eder. Bundan dolayı bu bölgenin muayenesi sırasında boyun lenf nodlarının da mutlaka palpe edilmesi gereklidir. Oral kavitenin lenf drenajında ilk durak, submental, submandibüler, üst derin jugüler ve parotis içi preauriküler lenf nodu gruplarıdır. Ayrıca dil kökü ve ağız tabanının bilateral lenf drenajı olduğu da unutulmamalıdır.

İnnervasyonu: Oral kavite birçok kafaçiftinin innerve ettiği motor ve sensoriyel innervasyonun yanında, özel tat duyusunu alan sinir liflerinin de bulunduğu bir alandır. Fonksiyonel açıdan en önemli organ olan dilin innervasyonu Şekil-14’de görülmektedir.



Şekil-14

Dilin motor siniri 12. kafaçifti **nervus hipoglossus**’tur. Sensöriyel innervasyonu 2/3 önde 5. kafaçifti trigeminal sinirin dalı olan **nervus lingualis**, 1/3 arkada ise 10. kafaçifti **nervus vagus**’tur. Tat duyusunu ise 2/3 önde 7. kafaçifti nervus fasiyalisin dalı olan **korda timpani**, 1/3 arkada ise 9. kafaçifti **nervus glossofarengus** alır.

Ağız tabanının motor innervasyonu trigeminal sinirin mandibüler dalıyla olurken, sensöriyel innervasyonu yine trigeminal sinirle olur.

Çiğneme kasları ise motor sinirlerini yine trigeminal sinirin mandibüler dalından alır.

Ayrıca trigeminal sinir, 2. dalı maksiller sinirle üst dişlere, 3. dalı mandibüler sinirle alt dişlere de duysal dallar verir.

Temporomandibüler eklemin duysal innervasyonu ise mandibüler sinirin aurikülotemporal dalından olur.

Bu bölgeyi innerve eden tüm duysal sinirlerin diğer dalları dış kulak yolunu da innerve ettiğinden, bu bölgenin enfeksiyöz-enflamatuvar ve malign neoplastik patolojilerinde kulakta yansıyan (sekonder) ağrı (otalji) olabilir.

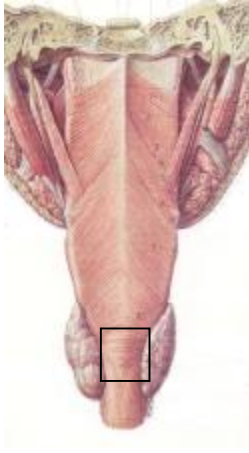
Dudak hareketlerini sağlayan motor lifler, tüm mimik kaslarında olduğu gibi 7. kafaçifti fasiyal sinirden gelir. Ayrıca yumuşak damak hareketini ise, 9. ve 10. kafaçiftlerinin (nervus vagus ve glossofarengus) oluşturduğu pleksus farengus sağlar.

Bu nedenle bu bölge muayene edilirken hastaya yaptırılacak olan aktif hareketlerle ve bazı duyu muayenesi ile birçok kafaçiftinin motor ve sensöriyel muayenesi de yapılabilir:

- Dil hareketleri ile 12. kafaçifti
- Dudak hareketleri ile 7. kafaçifti
- Çene hareketleri ile 5. kafaçifti
- Yumuşak damak hareketleri ile 9 ve 10. kafaçifti
- Tat duyusu ise 7. ve 9. kafaçifti
- Sensöriyel muayene ile 5., 9. ve 10. kafaçifti

FARENKS

Farenks üstte kafatabanından (sfenoid sinüs tabanından) altta krikofarengal sfinktere kadar uzanan, aşağı doğru gittikçe daralan, 1. ile 6. servikal vertebralar seviyesinde yerleşimli, erişkindeki uzunluğu yaklaşık 12-13 cm olan, mukoza ile kaplı, kaslı bir yapıdır (Şekil-15a). Arkadan ve yandan üst, orta ve alt farengal konstrüktör kaslarla çevrili olup, önden birçok boşlukla bağlantılıdır (Şekil-15b).



Şekil-15a



Şekil-15b

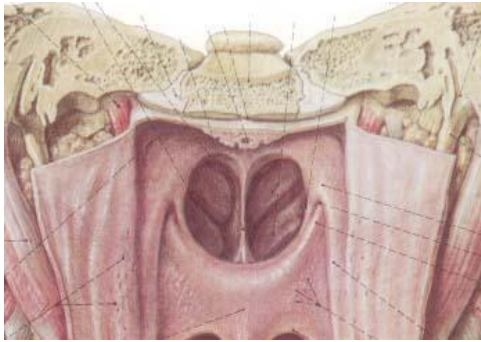
Önde koana ile nazal kaviteyle devamlılığı olan üst kısmı “**Nazofarenks**” veya “**Epifarenks**”,

önde “*isthmus faucium*” ile oral kaviteyle devamlılığı olan orta kısmı “**Orofarenks**” veya “**Mezofarenks**”,

önde “*aditus ad laryngeum*” ile larenksle devamlılığı olan alt kısmı ise “**larengefarenks**” veya “**hipofarenks**” olarak adlandırılır.

Arkada konstrüktör kasların altta bırakmış olduğu zayıf alana “**Killian Üçgeni**” denir (Şekil-15a, dikdörtgen) ve buradan gelişen, özellikle yaşlılarda görülen divertikülüm ise “**Zenker Divertikülü**” olarak adlandırılır.

NAZOFARENKS: Kafatabanından yumuşak damak seviyesine kadar uzanan, önde koanalar ile nazal kaviteyle devamlılık gösteren farenks bölümüdür (Şekil-16).



Şekil-16

Nazofarenkste bulunan normal anatomik yapılar şunlardır:

- Üstte kafatabanı, sfenoid sinüs tabanı,
- Ön-üstte koanalar ve nazal kavite
- Ön-altta yumuşak damağın farengal yüzü,
- Yanda;
 - Östaki ostiumları
 - Tubal tonsiller (**Gerlach Bademciği**)
 - **Rosenmüller Çukuru**
- Arkada, arka duvar ve farengal tonsil (adenoid)

Embriyolojik bir yapı olan “**Pharyngeal Bursa**” bazen embriyolojik gelişim sırasında kaybolması gerekirken yerinde kalabilir ve nazofarenksin arka duvarında kistik bir yapı şeklinde karşımıza çıkabilir.

OROFARENKS: Yumuşak damak seviyesinden epiglot üst kenarına kadar uzanan farenks bölümüdür (Şekil-17).

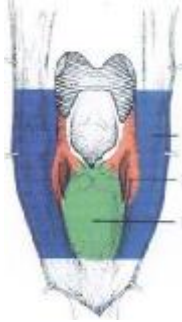


Şekil-17

Önde oral kavite ile devamlılığı olan orofarenksin alt anatomik bölgeleri şunlardır:

- Ön-üstte yumuşak damağın ön yüzü,
- Ön-ortada “*isthmus faucium*” ve oral kavite,
- Ön-altta dil kökü ve vallekulalar,
- Yanlarda palatinal tonsiller,
- Arkada arka duvar ve 2.-3. servikal vertebraların korpusları ile prevertebral fasya.

HİPOFARENKS: Epiglot üst kenarından, krikoid kıkırdağın alt kenarına (krikofarengeal sfinktere) kadar uzanan farenks bölümüdür (Şekil-18).



Şekil-18

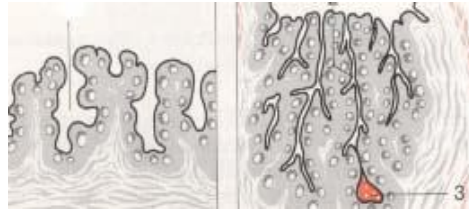
Hipofarenksde bulunan yapılar ve komşulukları şunlardır:

- Ön-üstte larengeal giriş (*aditus ad laryngeum*) ve ariepiglotik kıvrımlar, aritenoidler
- Ön-altta postkrikoid bölge,
- Arkada 3-6. servikal vertebra korpusları ve prevertebral fasya,
- Yanlarda priform sinüsler, ki bu yolla gıdalar özefagusa iletilir,
- Altta servikal özefagus.

Mukozası: Nazofarenks solunum yolu mukozası olan “silyalı yalancı çok katlı silindirik epitelle” döşelidir (Şekil-19).



Şekil-19



Şekil-20

Ancak orofarenkse doğru transizyonel epitele döner.

Orofarenks ve hipofarenks ise oral kavitede olduğu gibi “non-keratinize çok katlı yassı epitel” ile döşelidir.

Ayrıca farenksin mukozası içinde bol miktarda lenfoid doku bulunmaktadır (Şekil-20) ve epitel ve lenfoid doku birlikte “**Lenfoepitelyal Doku**” olarak adlandırılır. Bu bir bakıma “*mucosa associated lymphoid tissue - MALT (mukoza ile ilişkili lenfoid doku)*” olup bu konuya fizyoloji kısmında ayrıntılı değinilecektir.

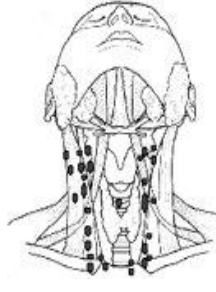
Damarları: Farenksin tüm bölümleri arteriyel beslenmesini eksternal karotid arterden alırken, venöz drenajı internal jugüler vene olmaktadır. Oral kavitede olduğu gibi venöz drenajın piterigoid pleksus ile kavernöz sinüsle bağlantısı vardır.

Vücudun dışarı açılan iki ana sistemi olan sindirim ve solunum sistemlerinin giriş kapılarının (oral ve nazal kavitenin) hemen arkasında bulunan farenks, vücuda giren ve immün sistemi stimüle eden tüm ajanlara (allerjenler, mikroorganizmalar ve yabancı cisimler) ilk immünolojik yanıtın verildiği bölgedir. Bu nedenle bu bölgenin hem lenfoid dokusu (yukarıda kısaca bahsedilen) ve hem de lenfatik drenajı son derece zengindir. Bunun kliniğe yansımaları, bu bölge enfeksiyon ve malign neoplazmlarında çok sıklıkla servikal lenf nodu patolojilerinin de görülmesidir.

Farenks hem servikal derin lenf nodu gruplarına drene olurken, hem de retrofarengal lenf nodlarına da drene olur.



Şekil-21



Şekil-22

Nazofarenks başta üst derin jugüler (2. bölge) olmak üzere tüm servikal lenf nodu gruplarına [özellikle arka üçgen (sternokleidomastoid kas arkasında kalan) lenf nodlarına-5. bölge] (Şekil-21), orofarenks üst, orta ve alt derin jugüler lenf nodlarına (2., 3, 4. bölge), hipofarenks ise üst, orta, alt derin jugüler lenf nodları ile birlikte pretrekeal, paratrakeal (6. bölge) lenf nodlarına drene olur (Şekil-22).

Innervasyonu: Genel olarak farenksin sensöriyel ve motor innervasyonu servikal pleksustan olur. Motor innervasyonunda 7., 9, ve 10. kafaçiftleri, sensöriyel innervasyonunda ise; nazofarenkste 5., orofarenkste 9., hipofarenkste 10. kafaçiftleri rol alır.

TÜKRÜK BEZLERİ

Tükrük bezleri;

1. Major tükrük bezleri,
2. Minör tükrük bezleri

olmak üzere 2 gruba ayrılırlar.



Şekil-23

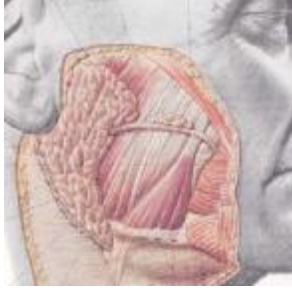
Major tükrük bezleri;

- Parotis,
- Submandibüler ve
- Sublingual bez

olup (Şekil-23), minör tükrük bezleri başta oral kavite ve farenks olmak üzere, tüm üst sindirim ve solunum yolu mukozası altında yaygın olarak yerleşirler ve 700-1000 kadardır.

PAROTİS: Cilt altında, gergin bir bağ dokusu ile çevrili kapsül içinde bulunan ve retromandibüler-preauriküler yerleşimli en büyük tükrük bezidir. Tanımlanan bu yalancı kapsül lateralde çok incedir ve parotis şişliklerinde ağrıya neden olur. Bezin alt ucunda bu bağ dokusu mantosunda bir açıklık vardır, onun için enfeksiyonları ve tümörleri bu açıklıktan pterigopalatin fossaya ve parafarengal boşluğa uzanabilir.

Üst bölümü, medialden mandibula ramusu, arkadan dış kulak yolu ve üstten zigomatik ark ile çevrilidir. Alt kısmı (servikal bölüm) çene köşesi ile mastoid çıkıntı arasındadır. Aşağıda sınır sternokleidomastoid kasın ön kenarı ve digastrik kasın arka karnıdır. Bezin servikal kısmının önemi, buradan köken alan neoplazmların kolaylıkla mediale orofarenkste doğru büyüüp, kum saati şeklinde lezyonlara neden olabilmesidir.



Şekil-24a



Şekil-24b

Parotis bezi kanalı (*Stenon*) yaklaşık 6 cm boyundadır, bezin ön kenarından çıkarak masseter kasını çaprazlar ve bukkinatör kas ile bukkal mukozayı delerek ağız boşluğuna açılır (Şekil-24a). Ostium kenarları mukozada hafif kabarıklık yapar ve enflamasyonlarında kırmızı ve ödemli bir hal alır. Kanalın orifisi üst 2. molar diş seviyesindedir (Şekli-24b).

Fasiyal sinir stilomastoid foramenden temporal kemiği terk eder ve 0.5-1.5 cm'lik kısa bir seyirden sonra parotis bezi parenkimi içine girer (Şekil-25a ve b) ve hemen temporal, frontal, zigomatik, bukkal ve servikal dallarına ayrılır. Bu periferik dallar arasında çeşitli anastomozlar vardır. Fasiyal sinir tüm mimik kasları ve platizmayı innerve eder. Herhangi bir parotis cerrahisinde fasiyal sinir dallarını bulmanın en emin yolu trunkusu ortaya koymaktır.



Şekil-25a



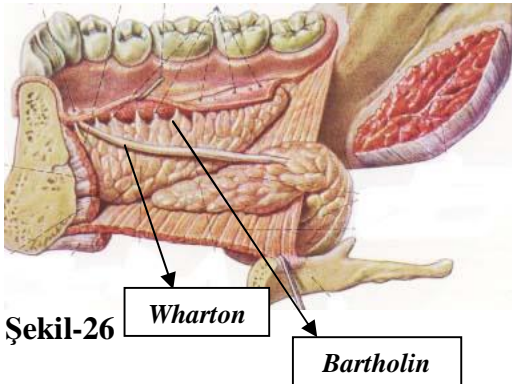
Şekil-25b

Fasiyal sinirin daha medialinde, transvers fasiyal, maksiller ve retroauriküler arter gibi parotisi besleyen eksternal karotid arterin dalları vardır. Bezin venöz drenajı internal jugüler vene olmaktadır.

Parotis bezi içinde ve bez çevresinde bol miktarda lenf nodu vardır. Bu lenf nodları submandibüler bölge lenf nodları yolu ile veya direkt olarak üst derin jugüler lenf nodları ile bağlantılıdır. Bu nedenle parotisin enfeksiyon ve malign neoplazmlarında bu lenf nodlarında da patoloji saptanırken, aurikula, dış kulak yolu, skalp, alt göz kapağı gibi bazı komşu anatomik bölgelerin lenf drenajı da parotis içi ve çevresi lenf nodlarına olduğundan bu bölgelerin enfektif ve malign neoplastik patolojilerinde, intra ve periparotid lenf nodları da etkilenir. Yani parotis maligniteleri başka lenf nodlarına metastaz yapacağı gibi, başka bölge maligniteleri de parotise lenf nodu metastazı yapabilir. Ayrıca bez içi ve çevresi bu lenf nodlarından kaynaklanan lenfoma da görülebilir.

Parotis bezi sekresyonunun otonomik kontrolünü sağlayan semptomimetik lifler karotid pleksusdan gelir ve vazokonstriksiyona neden olur, tükrük oluşumundaki etkileri parasempatomimetikler kadar fazla değildir. Pregangliyonik parasempatik lifler *N. Petrosus Superficialis Minor* ile otik gangliyonu gelir ve buradan kalkan postgangliyonik lifler *N. Auriculatemporalis* ile beze ulaşır. Bunlar tükrük yapımına arttırırlar.

SUBMANDİBÜLER BEZ:



Şekil-26

Wharton

Bartholin

Önden digastrik kasın ön karnı, arkadan stilomandibüler ligament ve üstten mandibula ile sınırlı üçgende gömülü olarak bulunur. Bezin esas bölümü milohiyoid kasın inferiorundadır ve süperfisiyal servikal fasya ile kaplıdır.

Bezin boşaltıcı kanalı *Wharton* yaklaşık 5 cm. uzunluğundadır. Ağız tabanı mukozasının altından öne doğru uzanarak, ağız tabanındaki sublingual karunküldeki ostiumla sonlanır (Resim-6 ve 26).

Klinik önemi; enfeksiyonlarının U şeklindeki bez boyunca, ağız tabanında flegmon ve apse oluşturacak şekilde ağız tabanının arkasına doğru yayılabilmesidir.

Bez kanalının lingual sinir ile yakın ilişkisi vardır ve kanal siniri arka-dıştan çaprazlar. Onun için bir taş nedeni ile olan akut obstrüksiyonun tedavisi için kanala bir prob ile girildiğinde sinir zedelenmesi mümkün değildir. Ancak kanal ensizyon ile açılacak olursa, sinir zedelenebilir. Yine bezin çıkarılması sırasında yakın komşuluktan dolayı hipoglossal sinir de zedelenebilir. Bu nedenle sayılan bu sinirlerin bezin çıkarılması sırasında görünür hale getirilmesi ile zedelenmeleri önlenir.

Bezın otonomik innervasyonu: pregangliyonik parasempatometik lifler korda timpani yolu ile lingual sinirle birlikte submandibüler gangliyonu gelir. Buradan kalkan postgangliyonik lifler aynı sinirle beze ulaşır. Sempatik lifler ise superior servikal gangliyondan gelir.

SUBLİNGUAL BEZ: Major tükürük bezlerinin en küçük olanıdır. Ağız tabanı mukozası altında bulunur. Arka kısmı submandibüler bezin ön kenarı ile temastadır. Boşaltıcı kenarı multipl olup (**Bartholin Kanalları**) ağız tabanındaki plika sublingualis'teki multipl ostiumlara açılır (Resim-6 ve 26). Otonomik innervasyonu submandibüler bez ile aynıdır.

Klinik önemi; boşaltıcı kanallarının birinin tıkanması ile oluşan retansiyon kistleri, ağız tabanında morumsu kistik yapı olarak karşımıza çıkar, büyük boyutlara ulaşabilir ve **Ranula** ismi ile anılır. Boyutlarına bağlı olarak dil hareketlerini engelleyerek yutma, konuşma fonksiyonlarını bozabilir. Tedavisi cerrahi olarak eksizyondur.

MİNÖR TÜKRÜK BEZLERİ: Farenks, oral kavite, nazal kavite, sinüsler, larenks ve trakea mukozası altında dağınık olarak bulunurlar.



Şekil-27a



Şekil-27b

Dudakların içi yüzündeki mukozada ve sert damak mukozasında daha yoğunlardır (Şekil-27a ve b). Bu nedenle dudak ve sert damak mukozasında patolojik bir bulgu saptandığında ayırıcı tanıda minör tükürük bezlerinden kaynaklanan bir patoloji olabileceği öncelikle akla getirilmelidir.

Tüm tükürük yapımının yaklaşık %5-8'ini oluştururlar. Fakat bir veya daha fazla major tükürük bezi fonksiyon dışı kalırsa, mukozanın nemlendirilmesi işini anlamlı derecede kompanze edebilirler. Radyoterapi gibi bir nedenden sonra fonksiyonlarını kaybederlerse ciddi kserostomi görülebilir.

Klinik önemleri; minör tükürük bezi tümörlerinin genellikle malign olması (adenoid kistik karsinom, asinik hücreli tümör gibi), benign tümörlerinin (pleomorfik adenom gibi) daha seyrek görülmesidir.

2. FİZYOLOJİ

Oral kavite, farenks ve tükürük bezleri, başta;

- **SOLUNUM** ve
- **SİNDİRİM (Yutma)**

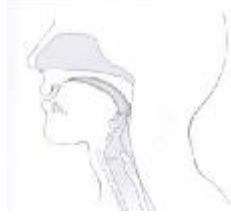
olmak üzere **YAŞAMSAL** ve

- **Konuşma**
- **Tat** ve
- **İmmün fonksiyon**

olmak üzere **YAŞAM KALİTESİ** açısından önemli fizyolojik görevleri olan bölgelerdir.

YUTMA

Yutma; afferent ve efferent yollarında 5. 7. 9. 10. ve 12. kranial sinirlerin rol aldığı, merkezi **Medulla Oblongata**'da olan bir fizyolojik refleks arkıdır.



Şekil-28a



Şekil-28b

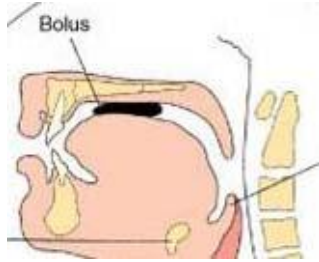


Şekil-28c

Yutma fonksiyonu 3 aşamada gelişir:

1. Oral evre (Şekil-28a)
2. Farengal evre (Şekil-28b)
3. Özefageal evre (Şekil-28c)

1. ORAL EVRE: Yutmanın istemli olarak gelişen I. evresidir.



Şekil-29a

Gıdaların çiğnenmesi, hazırlanması ve oluşan lokmanın (**bolus**), dil gövdesinin şekil değiştirip sert damak üzerine basınç yapmasıyla arkaya doğru itilmesi evresidir. Lokmanın istmus fausium'u geçmesi ile bu evre tamamlanır (Şekil-29a).

Bu aşamada; normal bir çiğneme için; dişleri, çiğneme kaslarını ve temporamandibüler eklemi içeren normal bir çiğneme sistemine gereksinim vardır. Gıdaların hazırlanması; çiğneme ile gıda parçalarının küçültülmesi ve tükürük ile nemlendirilmesi demektir.

Tükürük Bezleri ve Tükürük Fizyolojisi:

Fiziksel, kimyasal ve mental faktörler tükürük yapımını stimüle eder. Günlük tükürük üretimi 1000-1500 ml. arasındadır ve %99'u sudur. Geri kalanı inorganik, organik ve hücreli materyaldir. Bunlar içinde; elektrolitler (Na, K, Ca), amilaz, immünglobulinler (IgA, M, G), albumin ve lizozim, kallikrein ile tripsin gibi enzimler sayılabilir.

Tükürüğün miktar ve kalitesine her bir tükürük bezi çeşitli oranlarda katılır:

Parotis bezi;	Tüm tükürüğün yaklaşık %30'u	Esas olarak seröz
Submandibüler bez;	Tüm tükürüğün yaklaşık %55-65'i	Müköz ve seröz karışık
Sublingual bez;	Tüm tükürüğün yaklaşık %5'i	Esas olarak müköz
Minör tükürük bezleri;	Tüm tükürüğün yaklaşık %5-8'i	Karışık, müköz ağırlıklı

Parotis salgısı esas olarak; Na, K ve Ca eketrolitlerini, amilazı, IgA'yı, albumini, lizozimi, kallikreini ve tripsin inhibitörlerini içerir. IgG ve IgM az miktarda vardır. Ancak enflamatuvar olaylarda artar. Tükürük içerik ve miktarı, dinlenme hali ile stimülasyon durumunda farklıdır. İçeriği akım hızına, mevsime, cinse ve beslenme alışkanlığına göre değişiklik gösterir.

Tükürüğün Fizyolojik Fonksiyonları:

1. Lizozimler ve özellikle IgA olmak üzere Ig'ler gibi taşınabilir koruyucu proteinler yolu ile mekanik ve immünolojik defans mekanizmaları aracılığı ile üst solunum yolu ve oral kavite mukozasını korur.

2. Gıdaları kayganlaştırarak ve amilaz ile sindirim, yutma ve çiğneme fonksiyonlarına yardımcı olur.

3. Tükürük vücut içinden kaynaklanan çeşitli maddelerin ve yabancı materyalin dışarı atılmasına yardımcı olur. Tükürük ile iyot, koagüle edici faktörler, alkaloidler ve *Ebstein-Barr*, polio kızamık, koksaki, sitomegali ve hepatit virusları vücuttan dışarı atılır. Kan grubu maddelerinin de tükürük ile dışarı atılması adli hekimlikte önemlidir.

4. Dişleri korur. Flor gibi inorganik ve organik tükürük içeriği dental enamelın yapımı ve korunması için önemlidir. Ayrıca dişlerde bakteri birikimlerini engeller.

5. Tat tomurcuklarını devamlı yıkayarak ve gıdaları sıvı içinde çözerek tat duyusuna yardımcı olur.

6. Artikülasyona yardımcı olur.

SEKRESYON BOZUKLUKLARI:

KSEROSTOMİ / SİYALOPENİ; tükürük salgısının azalmasıdır. Son derece rahatsızlık verici bir durumdur. Otonom sinir sistemi ile ilgili santral patolojiler, tükürük bezi hastalıkları, kusma ve diareye bağlı dehidratasyon, radyoterapi ve *Sjögren* gibi sistemik hastalıklar neden olabilir.

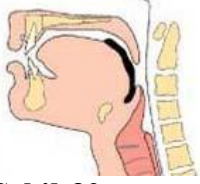
SİYALORE; tükürük yapımının artmasıdır. Predispoze nedenler; ağız, dil ve diş hastalıkları ile psikojenik faktörlerdir.

PİTYALİSMUS; ağızdan salyanın dışarı akmasıdır, tükürük miktarında artış yoktur. Parkinson, epilepsi ve yutma kasları paralizileri gibi nörolojik hastalıklarda görülür.

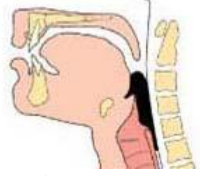
Tükürük yapımını etkileyen birçok sistemik hastalık ve ilaç tabloda gösterilmiştir.

NEDEN	SİYALOPENİ	SİYALORE	SERÖZ SALGI	MÜKÖZ SALGI
Hipertansiyon	+			
Endojen depresyon	+			
Akut enflamasyon	+			
Marasmus	+			
Radyoterapi	+			
Sjögren	+			
Kusma		+		
Nevrozlar ve heyecanlanma		+		
Gebelik		+		
İştah açıcılar		+		
Meyve sularındaki asitler		+	+	
Topikal anestezipler	+			
Genel anestezi, barbitüratlar	+			
Parasempatometikler		+	+	
Sempatometikler	+			+
Çeşitli psikotik ilaçlar	+			

2. FARENGEAL EVRE: Yutmanın istem dışı olarak gelişen II. evresidir.



Şekil-30a



Şekil-30b

Lokmaların dil köküne değmesi ile yutmanın bundan sonraki evreleri istem dışı refleks olarak gelişir. Bu aşamada orofarenks ve hipofarenks rol alır (Şekil-30 a ve b).

Bu aşamada üst-arkadan gelen havayolu ile üst-örnen gelen sindirim yolu çaprazlaşır ve sindirim yolu alt-arkaya doğru, solunum yolu ise alt-öne doğru devam eder (Şekil-31). Onun için bu evrede özellikle gıdaların normalde gitmesi gerektiği özefagus yerine başka bölgelere (nazofarenks ve larenkse, alt solunum yoluna) kaçmaması için birçok refleks mekanizma çalışır.



Şekil-31

Gıdaların nazofarenkse kaçmasını (nazal regürjitasyon) engelleyen mekanizma kolaydır:

- Yumuşak damak 9. ve 10. kafaçiftleri yardımı ile arka-üste eleve olur,
- Konstriktör farengeal kasların kasılması ile nazofarenks arka duvarı alt bölümünde *Passavant* adı verilen mukoza kıvrımı olur

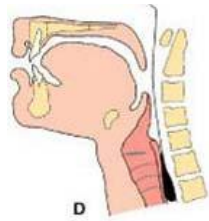
ve bu iki yapı birleşerek orofarenks nazofarenks bağlantısı kapatılır.

Ancak çok daha önemli olan ve koruyucu mekanizmaların bozulması durumunda yaşamla bağdaşmayan aspirasyonların görüldüğü, gıdaların alt solunum yoluna kaçmasının (aspirasyonun) önlenmesi için çok daha fazla ve karmaşık mekanizmalar işler:

- Dilkökü arkaya doğru hareket eder,
- Larenks öne-yukarıya doğru eleve olur,
- Epiglot arkaya doğru düşer,
- Larenksin sensoriyel innervasyonu,
- Solunumun refleks olarak durması,
- Ventriküler bandların addüksiyonu,
- Vokal kordların addüksiyonu (ki aspirasyonu önleyen en önemli mekanizmalardan biri budur).

Bu önlemler sonucu gıdalar nazofarenks ve larenkse, dolayısı ile alt solunum yollarına kaçmadan her iki priform sinüse doğru kayarak larengeal girişi geçer. Gıda hipofarenkse gelince özefageal giriş açılır ve farengeal konstriktör kasların seri kasılımları ile gıdalar özefagusa itilir.

3. ÖZEFAGEAL EVRE: Yutmanın istem dışı olarak gelişen III. evresidir.



Şekil-32

Gıdaların özefagusa girmesi ile longitudinal ve sirküler kasların otonomik kasılmaları ile gıdalar özefagus boyunca alt sfinktere (kardiyaya) doğru itilir.

Fizyopatolojik durumlar: Epiglot ile larengeal girişin kapatılması normal yutma için kesin gerekli bir durum değildir. Örneğin; larenks kanseri nedeni ile parsiyel larenjektomi olan ve epiglotu alınan kimseler genellikle yeniden yutmayı öğrenebilirler.

Ancak larengeal girişin korunması için, endolarenks ve hipofarenksin sensoriyel innervasyonunu sağlayan vagus ve glossofarengeal sinir ile farengeal konstriktör kaslar mutlaka sağlam olmalıdır. Bu nedenle larenksin sensöriyel paralizilerinde ciddi, tek taraflı motor paralizilerinde ise hafif aspirasyon görülebilir.

Otonom ve santral sistemini tutan hastalıklar krikofarengeal kasta spazma veya tonus artışına neden olabilir. Bu ise, krikoid kıkırdak seviyesinde yutarken rahatsızlık hissedilmesi olan globus semptomuna, gerçek disfajiye ve hipofarengeal divertikuluma yol açabilir.

Özellikle dil, yumuşak damak ve farengeal kasları etkileyen 9, 10 ve 12. kafaçifti olmak üzere bir veya daha fazla kraniyal sinir paralizisi de yutma fonksiyonunu bozabilir.

KONUŞMA

Konuşmanın 4 evresi bulunmaktadır:

1. **REZERVUAR / hava (enerji) kaynağı:** Akciğerler, ekspirasyon havası
2. **VİBRASYON / titreşim:** Larenks / glottik bölge, kord hareketleri
3. **REZONANS / yankılanma:** Farenks, oral kavite, nazal kavite, sinüsler
4. **ARTİKÜLASYON / telaffuz:** Yumuşak damak, dil, dudak, çene

Bu 4 aşamadan 3. ve 4. aşamalar, farenks ve oral kaviteyi ilgilendirmektedir.

Rezonans ile bozuklukları:

- *Rinolali klavza* / kapalı hım-hım konuşma:
Örneğin, adenoid vejetasyon, septum deviasyonu, konka hipertrofisi veya nazofarenks kanseri
- *Rinolali aperta* / açık hım-hım konuşma:
Örneğin; damak yarığı, tümör nedeniyle damak rezeksiyonu

Artikülasyon bozuklukları:

- *Disartikülasyon:*
Periferik veya santral nedenler

TAT DUYUSU

Tat duyusunun sensoriyel organları; dil, sert damak, yanak mukozası, ön tonsil plikası, tonsil, farengeal arka duvar ve özefageal girişte bulunan tat duyusuna spesifik sinirlerin serbest uçlarıdır. Dil üzerinde bu sinir uçlarının yoğunlaştığı tomurcuklara **Papilla** adı verilir. 4 çeşit papilla vardır: bunlar vallat, foliat, fungiform ve filiform papillalardır. Tatla ilgili sinir uçlarının tat duyusunu alma üzere uyarılabilmeleri için, tükürük veya sıvı gıdalar ile nemlendirilmeleri ve tadı algılanacak maddelerin solüsyon halinde eriyik içinde olması gereklidir. Bunu ise tükürük sağlar.



Şekil-33

Temel tat duyuları ekşi, tuzlu, tatlı ve acıdır. Diğer tüm tatlar bu temel tatların karışımıdır. Tatlı duyusu genellikle dilin ön, tuzlu duyusu ön ve arka-yan, ekşi duyusu arka-yan ve acı duyusu ise arka-orta bölümlerinde algılanır (Şekil-33).

Tat duyusu dilin 2/3 ön kısmında fasiyal sinirden köken alıp lingual sinir ile dile gelen korda timpani ile algılanırken, 1/3 arka kısımda glossofarengal sinirin periferik dalları ile algılanır.

Birçok gıdanın tadı aynı zamanda olfaktör sinir ile de alınır. Tat ile koku duyusu arasında yakın sinerjistik etkileşim vardır. Bu nedenle herhangi bir nedenle koku alma duyumuz bozulmuş ise bundan tat duyumuz da olumsuz etkilenir. Dil ve oral mukozadaki saf sensoriyal sinir lifleri de ekşi ve baharatlı gıdalar ile stimüle edilebilir.



Şekil-34a



Şekil-34b

Tat duyusunun değerlendirilmesi pek kolay değildir. Çeşitli tatların belirli orandaki solüsyonlarının tanınması ile subjektif olarak ölçülebileceği gibi (Şekil-34a), günlük kullanımda olmasa bile akademik çalışmalar için elektrofizyolojik bir test olan “Elektrogustometri” ile de objektif olarak ölçülebilir (Şekil-34b).

Tat duyusu tıbbi terminolojide “**GUZİ**” olarak adlandırılır.

FİZYOPATOLOJİ:

Tat duyusu hastalıklarının sınıflandırılması:

HİPOGUZİ; tat duyusunun azalmasıdır. Örn. radyoterapi, presbiguzi.

HİPERGUZİ; tat duyusunun artmasıdır. Örn. glossofarengal nöralji.

AGUZİ; tat duyusunun kaybolmasıdır. Korda timpani lezyonlarında olduğu gibi (kulak operasyonlarında kesilmesi) **parsiyel** veya toksinlerde olduğu gibi **total** veya belli maddelerin algılanmamasında olduğu gibi **selektif (tat körlüğü)** olabilir.

PARAGUZİ; tat duyusunun yanlış algılanmasıdır. Virus infeksiyonları neden olabilir.

KAKAGUZİ; tipik olarak serebral sklerozda görüldüğü gibi hoş gitmeyen tat algılamasıdır.

TAT HALÜSİNASYONU; olmayan tadın algılanmasıdır. İlaç alışkanlığı olanlarda, psikozlarda ve santral sinir sistemi hastalıklarında görülebilir.

Tat bozuklukları genelde sanıldığından daha sıktır. Direkt veya indirekt travmatik, enflamatuar, viral ve iatrojenik nedenlerin dışında, nöral lezyonlar, ilaçlar, endokrin hastalıkları ve bazı vitamin yetmezliklerinde de görülebilir. Tat bozukluklarına neden olan hastalık grupları aşağıda gösterilmiştir:

HASTALIK GRUBU

Konjenital, herediter hastalıklar

Lokal lezyonlar

Eksojen kimyasal toksinler

İlaç toksitesi

Periferik sinir lezyonları

Santral tat bozuklukları

Endokrin hastalıkları

Diğer

NEDEN

Ailesel disotonimide tat tomurcuklarının aplazisi, tat körlüğü

Oral kavite ve farenksin mukozal atrofisi, atrofik rinit, glossit, stomatit, kandida ve *Sjögren* hastalığı eşlik edebilir.

Sensöriyel tat duyusunu alan sinir uçlarına alkol, nikotin, tütün, ağız gargaraları, asitler ve bitkisel zehirlerin hasarı,

Periferik sinirlerin; arsenik birleşimleri, karbon disülfid, tetrakloreten ve tetraklorokarbonlar ile hasarı,

Santral olfaktör yolla karbonmonoksidin hasarı, Asetil salisilik asit, biguanidin, karbamazepin, levodopa, etambutol, altın, griseofulvin, lityum, metiltiourasil, oksifedren, penisilamin, fenilbutazon. Ayrıca eter yağlarının, klorheksinin ve heksetidinin lokal kullanımı.

Fasiyal sinir paralizi, otitis media, kulak operasyonları ve lingual sinir lezyonlarında korda timpaninin hasarı,

Kafatabanı tümör ve lezyonlarında glosso-farengeal sinir lezyonları ve nöraljileri.

Ender olarak tonsillektomi sonrası.

CO zehirlenmesi, serebral kontüzyon, serebral korteks hastalıkları, serebral arteryoskleroz, progressif paralizi.

Gebelik, diabetes mellitus, hipotiroidizm, adrenal yetmezliği.

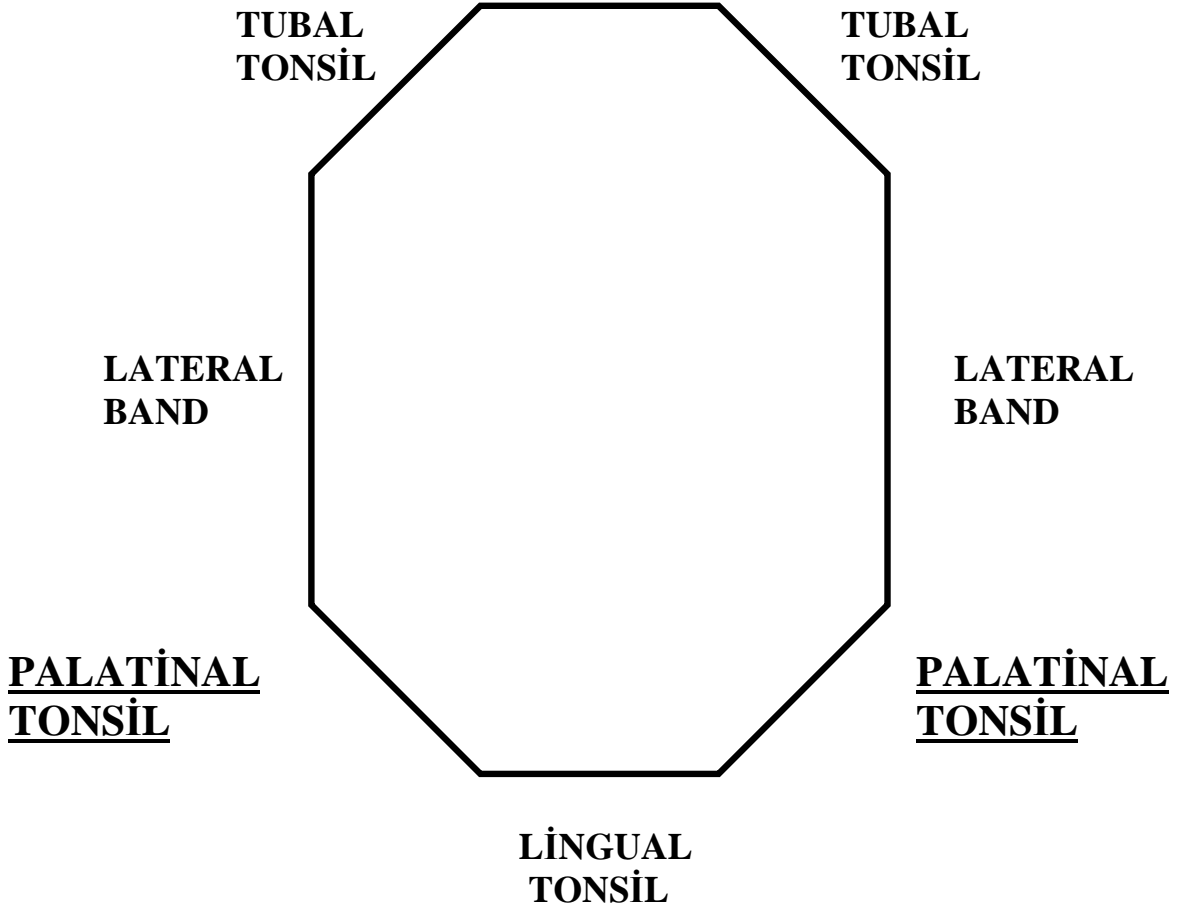
Radyoterapi, protezlerin mekanik ve kimyasal hasarı, demir ve bakır yetmezliği, vitamin A ve B2 yetmezliği.

İMMÜN FONKSİYON

Vücudun dışarıya açılan 2 ana sistemi olan solunum ve sindirim yolunun giriş kapılarının (oral ve nazal kavite) hemen arkasında yerleşen farenks, immün sistemi uyaran tüm ajanlara (mikroorganizma, yabancı cisim, allerjen vs.) ilk immünolojik yanıtın verildiği bölgedir. Bunun sonucu olarak hem bu bölgede mukoza ile birlikte olan yoğun lenfoid yapı vardır, hem de bu bölgenin servikal lenf nodlarına drenajı zengindir. Dolayısı ile bu bölgenin enfektif ve malign neoplastik patolojilerine çok sıklıkla servikal lenf nodu patolojisi de eşlik eder.

Bu bölgede mukoza ile lenfoid dokular çok iç içe olduğundan bu ikisini birden tanımlamak için “**Lenfoepitelyal Doku**” terimi kullanılır. Aslında bu doku vücudun çeşitli yerlerinde de var olan “**mukoza ile ilişkili lenfoid doku** (*mucosa associated lymphoid tissue-MALT*)” diye isimlendirilen bir sistemin parçasıdır. Bu doku tüm farenks mukozasında çok yaygın olmasına rağmen, bazı yerlerde daha fazla yoğunlaşma gösterir ve bu bölgeler “**TONSİL**” olarak isimlendirilir.

ADENOİD
FARENGEAL TONSİL



Bu lenfoid dokunun yoğunlaştığı yerler;

- nazofarenks arka duvarında farengeal tonsil (adenoid vejetasyon),
- nazofarenks yan duvarında tubal tonsil (**Gerlach bademciği**),
- nazofarenks yan duvarından orofarenks yan duvarına doğru uzanan lateral bandlar,
- orofarenks yan duvarlarında palatinal tonsiller, ve
- dilköündeki lingual tonsillerdir.

Bunların tümünü oluşturduğu yapıya ise, “**WALDEYER’in Lenfatik Halkası**” adı verilir. Bu lenfatik halkanın özelliği diğer tüm lenfatik yapıların aksine hem afferentlerinin (getirici kanallarının) hem efferentlerinin (götürücü kanallarının) olmaması, sadece efferentlerinin olmasıdır.

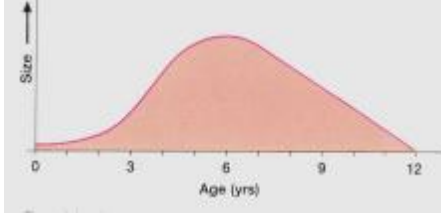
Waldeyer’in lenfatik halkası aslında vücuttaki tüm immün sistemin bir parçasıdır ve aşağıda belirtilen fonksiyonları vardır:

1. Çevresel patojenik ve antijenik organizmaları kontrol ederek ve mukozaya temasını engelleyerek immünolojik reaksiyonların başlamasını engeller.
2. Lenfositleri oluşturur.
3. Antijenlere karşı B ve T lenfositleri açığa çıkarır ve spesifik haberci ve hafıza lenfositlerinin yapımına yardımcı olur.
4. Uygun plazma hücrelerini oluşturduktan sonra spesifik antikoru yapar. Tonsil dokusunda her türlü immünglobulin görülebilir.

5. Oral kavite ve sindirim sistemine hem humoral, hem de hücrel immünite için immün stimüle olan lenfositleri topikal olarak sağlar.
6. Lenfatik ve kan dolaşımına immünoaktif lenfositlerin oluşturulmasına ve akıtılmasına yardımcıdır.

Kısaca söylemek gerekirse, lokal ve sistemik yolla vücuttaki genel humoral ve hücrel immün sisteme katkı yapar. Ancak bu fonksiyon tamamen kaçınılmaz değildir, üyenin bir veya birkaç üyesinin alınması (örneğin, adenotonsillektomi) sonrası genel immün sistemde çok anlamlı bir azalma olmaz.

Bu lenfoid yapının gelişimi de tüm vücuttaki immün sistemin gelişimine paralel seyrederek.



Şekil-35

Yaşamın ilk yılında bebeğin immün sistemi tamamen inaktiftir ve anneden geçen antikolar ile pasif olarak gerçekleşir. Çocuk 2-3 yaşına kadar genellikle dar ve kapalı bir ortamda kaldığından (genellikle evde bakıldığından) immün sistemi uyaran ajanlar minimum olduğundan lenfoid doku hipofonksiyonudur.

Bu yaştan sonra çocuk dış ortama açıldığından (kreş, park, gezme vs.) immün sistem uyaranları artar ve farenksin lenfoid yapısı da dahil olmak üzere tüm immün sistem hiperfonksiyona girer. Bu nedenle bu yaştaki çocuklarda bu yapıyı oluşturan lenfoid dokuların hastalıkları (özellikle enfeksiyöz ve hipertrofik) bir dereceye kadar fizyolojik kabul edilir. Sonrasında vücudun tanımadığı uyaranlar giderek azaldığı için tekrar bu dokuların fonksiyonu azalır.

Dolayısı ile farenks lenfoid yapısının hastalıkları genellikle 3-9 yaş arasında görülür, yani çocukluk dönem hastalıklarıdır.

3. TANI YÖNTEMLERİ

1. Anamnez / Öykü
2. Fizik muayene
3. Endoskopi
4. Radyolojik tetkikler
5. Mikrobiyolojik tetkikler
6. Patolojik tetkikler

1. ANAMNEZ / ÖYKÜ

- Hastanın sosyal profili
 - Adı-soyadı
 - Yaşı
 - Cinsi
 - Mesleği
 - Medeni durumu
 - Yaşadığı yer ve ne zamandır burada yaşadığı
 - Doğduğu yer
- Hastayı hekime getiren primer yakınma(lar)
- Hastanın sekonder yakınması(ları)
- Primer ve sekonder yakınmaların ayrıntılı öyküsü
- Primer ve sekonder yakınmalarla direkt ilgisi olabileceğini düşündüğümüz ama hastanın ifade etmediği tüm kulak burun boğaz ve baş-boyun yakınmaları sorulması ve öyküsü
- Hastanın primer ve sekonder yakınmalarıyla direkt ilgisi olmasa da diğer tüm kulak burun boğaz ve baş-boyun yakınmaların sorulması ve öyküsü
- Diğer sistemlerin öyküsü
- Özgeçmiş
 1. Sistemik hastalıklar
 2. Devamlı aldığı ilaçlar
 3. Geçirdiği kaza veya ameliyatlar
 4. Bu yakınmaları için o güne kadar yaptırdığı tetkikler, aldığı tanılar ve tedaviler ile bu tedavilerden yararlanma oranı
- Alışkanlıklar;
 1. Sigara-alkol
 2. Konuşma alışkanlığı
 3. Yemek alışkanlığı
- Soygeçmiş

2. FİZİK MUAYENE

Öncelikle muayene sırasında hastaya ne yapılacağı açıkça belirtilmelidir. Bu hastanın kooperasyonuna, öğürme refleksinin doğmamasına ve muayenenin tatmin edici olması açısından gereklidir.

Kulak burun boğaz ve baş-boyun bölgesinin diğer sistem muayenelerinden bazı farklılıkları mevcuttur. Bunlar:

1. Aydınlatma
2. Muayene yöntemi:
 - a. İnspeksiyon
 - i. Aletsiz bakı
 1. Primer bölgenin bakışı
 2. Boynun bakışı
 - ii. Aletli bakı
 1. Direkt
 2. İndirekt
 - b. Palpasyon
 - i. Primer bölgenin palpasyonu (kulak, burun, oral kavite, farenks)
 - ii. Boynun palpasyonu
3. Bölgeye özel fizyolojik durumlar:
 - a. Otonomik refleksler
 - b. Sekresyon
 - c. Kanlanma
 - d. Yoğun sensöriyel innervasyon

1. Aydınlatma:

Mutlaka muayene edeceğimiz bölgeyi aydınlatmaya gereksinimimiz vardır, ekstremitelerde veya batında olduğu gibi güneş ışığı veya parlak bir lamba ışığında muayene yapamayız. Bu amaçla alın aynası ile hastanın arkasındaki sıcak ışık kaynağından gelen ışığı muayene edeceğimiz yere yönlendirmeyi mutlaka becerebilmeliyiz (Şekil-36).



Şekil-36

2. Muayene yöntemi: Klasik 4 muayene yönteminden (inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon) sıklıkla inspeksiyon ve palpasyonu kullanırız,

a. İnspeksiyon:

- i. Aletsiz, çıplak gözle bakı (Şekil-37):



Şekil-37

Dudakların normal, simetrik duruşu, hareketleri ve rengi; dudak mukozası ve cildinin durumu ve yüzeyindeki değişiklikler; dudakta ülserasyon ve endürasyon araştırılmalıdır.

Ağız kapalı ve dudaklar açık iken oklüzyon ve dişlerin pozisyonuna bakılmalıdır. Çenenin konturları, simetrisi, mandibula hareketleri ve temporamandibüler eklem fonksiyonları değerlendirilmelidir.

Ayrıca tükürük bezlerinin kanallarının açıldığı ostiumlara da dikkat edilmelidir.

Çıplak gözle muayeneyi boyun yapılarını gözden geçirerek bitirmeliyiz. Boyunda herhangi bir şişlik, lokal enfeksiyon bulgusu (fistül ağzı, hiperemi, akıntı), skar ve pulzasyon olup olmadığına bakılmalıdır.

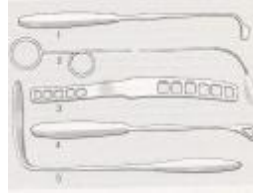
ii. Aletle bakı;

1. Direkt;

Aletle direkt bakıda sadece oral kavite ve orofarenksin büyük bir bölümü muayene edilebilir, tümünün görülmesi olanaksızdır. Oral kavite ve orofarenks için kullanılacak alet temelde dil basacağıdır (Şekil-38a). Bunun yanında Şekil-38b'de gösterilen diğer aletlerde yardımcı olarak kullanılabilir.



Şekil-38a



Şekil-38b

Aletle muayenede, alet mutlaka sol ele alınmalı, sağ el ise hastanın başına konarak ona pozisyon vermelidir. Dil basacağı kullanılarak oral kavite ve orofarenksin tüm alt anatomik bölgeleri ayrıntılı olarak gözden geçirilmelidir.

Bu amaçla;

- Alt ve üst dudağın mukozası,
- Yanak mukozası,
- Diş ve dişetleri (mandibula ve maksilla arkusu),
- Retromolar trigon,
- Dilin dorsal ve ventral yüzü,
- Ağız tabanı,
- Sert damak,
- Yumuşak damak ve uvula,
- Palatinal tonsiller, ön ve arka tonsil plikaları ve
- Orofarenks arka duvarına

mutlaka bakılmalıdır. Dil basacağı bile kullanılsa orofarenkse ait olan dilköküne direkt bakıda ulaşılamaz. Bu nedenle buraya indirekt yöntemle bakılmalıdır.

Özellikle orofarenks muayene edilirken, öğürme refleksini uyandırmamak için dil basacağı dil korpusu dışında bir yere (özellikle dilköküne) değdirilmemeli ve dil korpusuna tam bastırabilmek ve dişlerin seviyesinden kurtulabilmek için, dil basacağı yere 45 veya 90 derece açı ile dil korpusuna bastırılmalıdır. Ayrıca tüm oral kavitede olduğu gibi dil içerde iken palatinal tonsiller muayene edilmelidir. Eğer öğürme refleksi uyandırılırsa veya dil aşırı

dışa doğru itilirse, palatinal tonsiller birbirine yaklaşarak yalancı hipertrofik olarak algılanabilir (Şekil-39a ve b).

Özellikle palatinal tonsiller incelenirken bazen 2 dil basacağından da yararlanılabilir (Şekil-40). Bu arada kript ağızından çıkabilecek materyale dikkat edilir. Tonsillerin boyutu (Şekil-41) ve tonsil fossasındaki bağ dokusu ile ilişkisi (yapışık olup, olmadığı), tonsil plikalarındaki mukozanın özellikleri ve rengi, tonsil yüzeyinin özellikleri ve rengi (eksuda, kript içeriği, debris) not edilir. 2 taraf arasındaki tonsil boyutu karşılaştırılır.



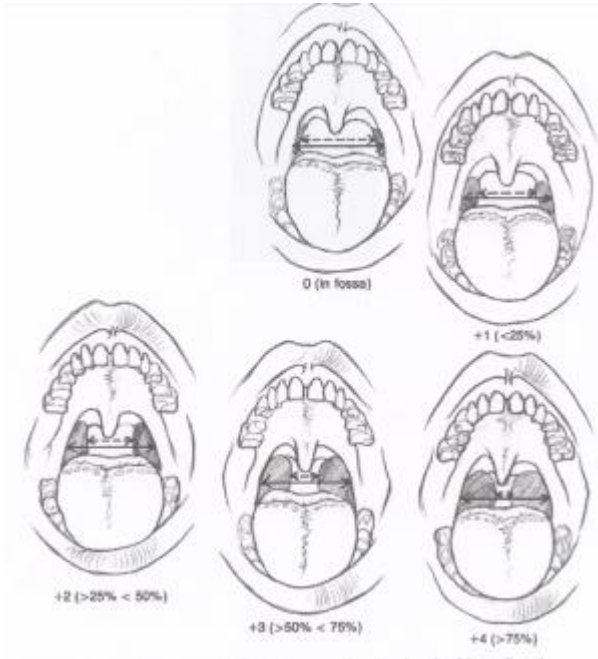
Şekil-39a



Şekil-39b



Şekil-40



Şekil-41

Direkt bakıda ayrıca;

- Dudak hareketlerine bakılarak 7. kafaçiftinin (fasiyal sinir) (Şekil-42 ve 43)
- Çene hareketlerine bakılarak 5. kafaçiftinin (trigeminal sinir) 3. dalının (mandibüler sinir),
- Dil hareketlerine bakılarak 12. kafaçiftinin (hipoglosal sinir) (Şekil-44)
- “K” dedirterek veya öğürme refleksi uyarılıp (orofarenks arka duvarına dokunularak) yumuşak damak hareketlerine bakılarak 9. ve 10. kafaçiftlerinin (glossofarengeal ve vagal sinirler) motor dallarının muayenesi yapılabilir.



Şekil-42



Şekil-43



Şekil-44

NOT: Oral kavite ve orofarenksin muayenesi sırasında, varsa mutlaka diş protezleri çıkarılmalı ve dil ağız içinde iken muayene yapılmalıdır.

2. İndirekt, ayna muayenesi;

Her ne kadar iyi aydınlatsak da, yardımcı alet kullansak da direkt bakıda görmeyeceğimiz alanlar mevcuttur. Bu alanlar:

- Nazofarenks,
- Dilkökü,
- Hipofarenks ve
- Larenks'tir.

Bu nedenle buraları görmek için indirekt, ayna muayenesine gereksinim duyarız ve bu amaçla;

- indirekt nazofarengoskopi (posterior rinoskopi) ve
- indirekt hipofarengoskopi / larengoskopi yaparız.

İndirekt larengoskopi, hipofarengoskopi:



Şekil-45

Dil, sol elin orta ve baş parmak arasına alınır. İşaret parmağı ile üst dudak ve çene yukarı ve arkaya doğru itilir. Alt dişler tarafından frenulumun zedelenmemesi için dil dikkatlice dışarı çekilmelidir. Alin aynasından gelen ışık yumuşak damak seviyesine düşürülür. Larenks aynası (6-7 numara) vücut ısısına girdiğinde buğulanmaması için, bir ısı kaynağında ısıtılır ve ağız içine sokulmadan önce mutlaka ele değdirilerek aşırı sıcak olup olmadığı kontrol edilir. Sonra uvulaya degecek şekilde içeri sokulur (Şekil-45).

Ayna ve hasta başı hareket ettirilerek hipofarenks ve larenksin çeşitli bölümleri muayene edilir. Bu arada aynanın dilkökü ve farenks arka duvar mukozasına değmemesine dikkat edilmelidir. Yoksa öğürme refleksi olabilir. Hastaya "i" dedirtirilerek epiglotun daha dik durması sağlanıp, larenks daha iyi görülebilir. Ayrıca hastaya "i" dedirterek kord hareketleri de gözlemlenir. Öğürme refleksi aşırı hassas olan hastalarda topikal anestezi kullanılabilir.

İndirekt larengoskopi / hipofarengoskopiye şu alanlar muayene edilmelidir:

- Orofarenks: Dilkökü, her iki vallekula, epiglotun lingual yüzü.
- Hipofarenks: Priform sinüsler, hipofarenks arka duvarı, postkrikoid alan.
- Hipofarenks ile larenks arası sınır: Glossoepiglottik ve ariepiglottik kıvrımlar.
- Larenks: Epiglot, aritenoid kıkırdaklar, ventriküler bandlar, vokal kordlar ve ventrikül, subglottis.

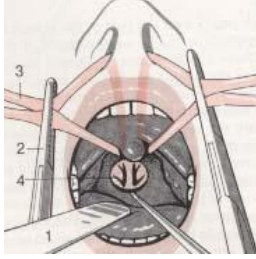
İndirekt nazofarengoskopi (Posterior rinoskopi):



Şekil-46

Bu muayene tekniği için fazla miktarda alıştırmaya yapmak ve hasta ile iyi koopere olmak gerekir. Sol eldeki dil basacağı ile dil korpusuna bastırılarak dil, yumuşak damak ve farenks arka duvarı arasındaki mesafe artırılır. Ayna farenks mukozasına değdirilmemelidir, yoksa öğürme refleksi doğar (Şekil-46).

Eğer yumuşak damak gergin kalıp, nazofarenksin görülmesini engellerse, hastaya burundan soluması, burun çekmesi veya “ha” demesi öğütlenir. Böylece yumuşak damak gevşeyerek olarak nazofarenksin görülmesine izin verir. Nazofarenks aynası (4-5 numara) bir ısı kaynağında ısıtıldıktan ve sıcaklığı kontrol edildikten sonra ağız içine sokularak nazofarenkse görüş sağlanır. Ayna hareket ettirilerek nazofarenksin çeşitli kısımları gözlemlenir. Normal yapıları lokalize etmek ve oryantasyon için orta hattaki septum arka vertikal kenarı (vomer) referans noktası olarak kullanılabilir. Eğer öğürme refleksi aşırı ise topikal anestezi ajan kullanılabilir.



Şekil-47

Eğer bu yöntemle nazofarenks görüntülenemezse palatal retraksiyon (velotraksiyon) veya endoskopi yapılır (Şekil-47). Velotraksiyon için mutlaka topikal anestezi gereklidir ve bunu takiben 2 adet kauçuk kateter veya aspirasyon tüpü her iki nazal kaviteden geçirilir. Oral kavite ve nazal kaviteden çıkan birer uç bir forseps ile tutulup öne doğru çekildiğinde, yumuşak damak öne doğru gelir ve nazofarenks kolaylıkla görülür.

İndirekt nazofarengoskopiye şu normal anatomik yapılara dikkat edilmelidir:

- Septum arka kenarı / vomer
- Koanalar
- Alt ve orta konkanın arka kuyrukları
- Nazofarenks üst duvarı (sfenoid sinüsün tabanı)
- Nazofarenks arka duvarı ve buradaki lenfoid doku
- Nazofarenks yan duvarında;
 - Östaki ağzı, ostiumu
 - Tubal tonsiller
 - Rosenmüller çukuru
- Yumuşak damağın nazofarengeal yüzü.

Bu bölgelerde aşağıda belirtilen patolojik özelliklere bakılmalıdır:

- Koanaların açıklığı ve genişliği
- Alt ve orta konkaların arka uçlarının şekli, hipertrofisi
- Nazofarenkte deformite veya skar bulgusu (örn. travma)
- Nazal septumun arka kenarının şekli, deviasyon
- Nazal kavite arka kısmını dolduran veya nazofarenkse taşan nazal polip
- Her 2 tuba östaki ve Rosenmüller fossanın şekli, simetrisi
- Çocuklarda büyümüş adenoid ile nazofarenksin obstrüksiyonu
- Nazofarenks tümörleri
- Konada anormal sekresyon

- Nazal kavite arka kenarı ve nazofarenks mukozasının nem, kuruluk, kalınlık ve rengi gibi özellikleri.

b. Palpasyon:

- i. Oral kavite, farenks ve tükürük bezlerinin palpasyonu



Şekil-48

İnspeksiyonu takiben, bir ele eldiven giyilerek, hastanın öğürme refleksinin izin verdiği ölçüde, mutlaka:

- Ağız tabanı
- Dil korpusu ve kökü
- Yanak ve dudaklar
- Palatinal tonsiller ve
- Bimanuel olarak submandibüler bez ve parotis

palpe edilmelidir (Şekil-48)

Sadece infiltratif ve submukozal lezyonlar ile ülsero-vejetan olup infiltratif parçası da olan patolojiler palpe edilmeden tam olarak değerlendirilmemiş olur. Endoskopi öncesi, özellikle adenoid vejetasyon tanısında “nazofarenks tuşesi” de yapılır iken, günümüzde endoskopi ile bu bölgeyi rahat gördüğümüzden, hastayı rahatsız edici bu muayeneyi uygulamamaktayız.

- ii. Boynun palpasyonu



Şekil-49

Boyun palpasyonu genellikle hastanın arkasına geçilerek yapılmalıdır. Aynı anda iki taraflı karotis refleksini uyarmamak ve senkoba neden olmamak için boynun iki tarafı aynı anda palpe edilmemelidir. Önce sağ, sonra sol lateral kısım palpe edilmeli, en son ise boyun orta kısmı palpe edilerek muayene bitirilmelidir.

Boyun laterali palpe edilirken, boyun o tarafa ve öne doğru hafifçe eğilir. Bu manevra ile sternoklaidomastoid kasın gevşemesi ve bu kas altındaki patolojilerin daha rahat palpe edilmesi sağlanmış olur. Bir sistematizm içinde submental bölgeden başlanarak tüm lenf nodu grupları palpe edilir (Şekil-49).

En son boyun orta hattı, tiroid kıkırdak, larengeal krepitasyon ve tiroid bezi palpe kontrol edilir.

Boyunda bir kitle saptığında bu kitlenin şu özelliklerine dikkat edilmelidir:

1. Topografik lokalizasyon;

- *Boyun orta hattı*
 - Zone-Ia
 - Zone-VI
 - Submental bölge
 - Prelarengeal bölge
 - Pretarakeal bölge
 - Suprasternal bölge
- *Boyun laterali*
 - Zone-I
 - Zone-II
 - Zone-III
 - Submental bölge
 - Submandibüler bölge
 - Üst jugüler bölge
 - Orta jugüler bölge

- Zone-IV
- Zone-V
- Alt jugüler bölge
- Supraklaviküler bölge
- Arka üçgen bölgesi
- Suboksipital bölge
- Retroauriküler bölge
- Preauriküler bölge

2. Şekil ve boyut

3. Mobilite;

- Mobil
- Vertikal aksda
- Horizontal aksda
- Semimobil
- Fikse
- Derin dokulara fikse
- Cilde fikse

4. Kıvam;

- Kistik
- Fluktuan
- Yumuşak
- Elastik
- Sert

5. Lokal enfeksiyon bulguları;

- Fistül
- Isı artışı
- Hiperemi
- Ağrı

6. Hassasiyet;

- Spontan
- Palpasyonla
- Yutkunmakla

7. Pulzasyon;

- Yok
- Var
- Direkt pulzasyon
- Yansıyan

8. Sınırlar;

- Düzenli, çevre yapılardan iyi ayırt edilebilen
- Düzensiz, çevre yapılardan iyi ayırt edilemeyen

9. Lobulite;

<ul style="list-style-type: none"> • Uniloküler • Multiloküler 	<ul style="list-style-type: none"> • Paket tarzında
--	--

3. Bölgeye özel fizyolojik durumlar:

- Otonomik refleksler:

Oral kavite ve farenks de dahil olmak üzere, KBB ve Baş-Boyun bölgesi otonomik reflekslerin çok yoğun olduğu bölgedir. Bu nedenle hastayı muayene ederken hem istenmeyen reaksiyonlar gelişebilir (senkop, aritmi, taşikardi gibi), hem de hastanın öğürme refleksi uyanarak muayenemiz güçleşebilir. Bazen hastaların öğürme refleksi çok aşırı olup, biz uyardıktan bile muayeneyi engelleyebilir. Bu durumda topikal anestezik maddelerden yararlanmak lazımdır.

- **Sekresyon:**

Bu sahada sekresyonları çok olması, sekresyonla bulaşan bazı hastalıkların (örneğin, hepatit-B) ve muayene ederken hastanın ekspirasyon havasını bize doğru vermesi nedeniyle de solunum havası ile bulaşan hastalıkların (örneğin, tüberküloz) bulaşmasına neden olabilir. Bu nedenle:

- a. Hasta-hekim
- b. Hasta-sağlık personeli ve
- c. Hasta-hasta

bulaşlarına karşı önlem almamız gereklidir.

- **Kanlanma ve yoğun sensöriyel innervasyon:**

Bu bölgelerin yoğun kanlanmasından ve sensöriyel innervasyonundan dolayı, eğer muayeneyi uygun yapmayacak olursak, hemorajilere ve ciddi ağrılara neden olabiliriz.

Hastanın KBB ve Baş-Boyun muayenesi bittikten sonra mutlaka sistemik muayenesi de yapılmalı ve özellikle KBB ve Baş-Boyun bölgesi ile direkt ilgili olabilecek aşağıdaki sistemler dikkatle gözden geçirilmelidir:

- n Respiratuar sistem
- n Gastrointestinal sistem
- n Lökomotor sistem
- n Nörolojik muayane
 - Kraniyal sinirler
 - Periferik sinirler
- n Dermatolojik muayene

3. ENDOSKOPI

Son yıllarda soğuk ışık kaynaklı endoskopik yöntemlerin gelişmesi, diğer tıp branşlarında olduğu gibi ilgi alanı genellikle karanlık alanlar olan KBB branşını da çok etkilemiş ve direkt bakıda göremediğimiz ve bazen indirekt ayna muayenesinde zorlandığımız bölgelerin endoskopi ile rahat ve ayrıntılı bir şekilde görülmesi mümkün olmuştur.



Şekil-50a



Şekil-50b

Fleksibl (Şekil-50a) ve/veya rijit (Şekil-50b) endoskoplarla, ayna ile indirekt olarak muayene ettiğimiz nazofarenks, dilkökü (Şekil-51), hipofarenks ve larenksi (Şekil-52) ayrıntılı görmek mümkündür.



Şekil-51



Şekil-52

Endoskopik yöntemler sadece bize sadece zor görülen yerlerin ayrıntılı görülebilme avantajını değil, aynı zamanda;

- Görüntülerin resim veya film şeklinde kaydı ile;
 - a. gerektiğinde hekimler arası veya disiplinler arası konsültasyon yapılabilmesi
 - b. gerektiğinde hastaya hastalığının açıklanabilmesi,
 - c. tedavi öncesi ve sonrası durumun değerlendirilebilmesi,
 - d. eğitim ve tıbbi çalışmalarda kullanılabilmesi ve
- Endoskopi yardımı ile cerrahi tedavi yapılabilmesi (özellikle burun, sinüs ve larenks ameliyatlarında) avantajlarını da getirmektedir.

4. RADYOLOJİ

Bu bölgelerin patolojilerinde istenebilecek radyolojik tetkikler şunlardır:

1. Direkt radyolojik incelemeler;
mandibula grafisi (Şekil-53a), lateral nazofarenks grafisi (Şekil-53b) gibi
2. Kontrastlı grafiler;
baryumlu pasaj grafisi (Şekil-54a), siyalografi (Şekil-54b)
3. Ultrason,
4. Anjiyografi,
vasküler lezyonlarda tanı (Şekil-55a) ve tedavi (embolizasyon) (Şekil-55b) amaçlı
5. Sintigrafi,
tiroid, tükrük bezi patolojilerinde ve malign hastalıklarda kemik metastazını saptamak için
6. Bilgisayarlı tomografi (Şekil-56)
7. Manyetik rezonans görüntüleme (Şekil-57)



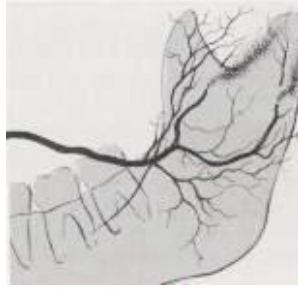
Şekil-53a



Şekil-53b



Şekil-54a



Şekil-54b



Şekil-55a



Şekil-55b



Şekil-56



Şekil-5

5. MİKROBİYOLOJİ

Bu amaçla 2 temel tetkik yöntemlerine başvurulabilir:

1. Kültür:

- Bakteri
- Mantar
- Virüs

Enfektif olaylarda kültür hem sorumlu ajanı saptamak, hem de onun antibiyotik duyarlılığını (antibiyoqram) belirlemek için yapılmaktadır. Ancak akut enfeksiyonlarda genellikle kültüre başvurulmadan, o enfeksiyona neden olabilecek olası mikroorganizmaları kapsayan ilaçlarla (amprik) tedavi yoluna gidilmektedir.

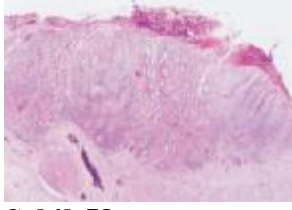
2. Serolojik tetkikler:

- Viral;
 - i. *Paul-Bunnell*
 - ii. *Ebstein-Barr* virüsü
 - iii. Sitomegalovirus
- Bakteriyel
- Diğer
 - i. Klamidya
 - ii. Toksoplazma

6. PATOLOJİ

Patolojik incelemeler için örnek 2 türlü alınabilir:

1. Doku örneği (Şekil-58);



Şekil-58

Doku örneği hastadan;

- *Punch* biyopsisi (ısırarak) veya
- Açık biyopsi;
 - Ensizyonel veya
 - Eksizyonel

olarak alınabilir.

2. Hücre örneği / “İnce İğne Aspirasyon Sitolojisi”



Şekil-59a



Şekil-59b

Üzerindeki cilt veya mukozanın sağlam olduğu her türlü kitleden açık biyopsi öncesi mutlaka ince iğne aspirasyon sitolojisi yapılmalıdır (Şekil-59a ve b).

SEMPTOM ve BULGULAR

1. Oral Kavite ve Orofarenks Hastalıklarında Görülen Semptom ve Bulgular:

- n Ağrı
- n Şişlik / kitle (Şekil-60)
- n Ülser / hemoraji (Şekil-60)
- n Tat duyusu bozuklukları
- n Diş / protez sorunları
- n Renk değişiklikleri
- n Konuşma bozuklukları / disartikülasyon
- n Fetor oris / halitozis
- n Tükürük salgısı değişiklikleri
- n Boyunda şişlik / lenfadenopati / lenfadenomegali
- n Disfaji
- n Dispne
- n Glossodinia
- n Dil yüzeyi değişiklikleri
- n Trismus
- n Tortikollis
- n Uyku sorunları
- n Sistemik ve dermatolojik hastalıklarda görülen bulgular



Şekil-60

Bunlar içinde:

- n Ağrı
 - n İyileşmeyen yara
 - n Yeni lokalize veya yaygın şişlik
 - n Mukozal yüzeylerin görünümünde değişiklik
 - n Halitozis
 - n Çiğneme, yutma ve solunum fonksiyonlarında değişiklik ve
 - n Kilo kaybı
- özellikle malignite açısından dikkat edilmesi gerekli semptom ve bulgulardır.

2. Nazofarenks Hastalıklarında Görülen Semptom ve Bulgular:

- n Burun tıkanıklığı
- n Burun / geniz akıntısı
- n Epistaksis
- n Boyunda lenfadenopati
- n Kranial sinir tutulumları
- n Uyku sorunları
- n Kulak sorunları
- n Tekrarlayan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları
- n Konuşma bozuklukları
- n Koku bozuklukları
- n Trismus

Nazofarenks malignitesini düşündürecek özellikle dikkat edilmesi gerekli semptom ve bulgular ise:

- n Sert, fikse boyun kitlesi (özellikle boynun arka üçgeni ve üst jugüler bölgede)

- n Şiddetli ağrı
- n Unilateral epistaksis
- n Unilateral pürülan burun akıntısı
- n Unilateral effüzyonlu otitis media ve
- n Unilateral iletim tipi işitme kaybı' dır.

3. Hipofarenks ve Servikal Özefagus Hastalıklarında Görülen Semptom ve Bulgular:

- n Ağrı
 - Odinofaji
 - Yansıyan otalji
 - Retrosternal
- n Disfaji
- n Regürjitasyon
- n Hematemez
- n Reflü
- n Fetor oris
- n Boyunda şişlik
- n Disfoni
- n Dispne
- n Kilo kaybı
- n Uyku sorunları

4. Tükürük Bezleri Hastalıklarında Görülen Semptom ve Bulgular:

- n Şişlik (Şekil-61)
 - Başlangıç
 - Süreç
 - Yemeklerle ilgisi
 - Eşlik eden semptomlar
- n Lokal enfeksiyon bulguları
 - Ciltte kızarıklık ısı artışı
 - Fistül, süpürasyon
 - Hassasiyet
- n Ağrı
- n Ülserasyon
- n Kserostomi
- n Sialore
- n Pityalism
- n Fasiyal paralizi, parezi
- n Boyunda kitle, lenfadenopati



Şekil-61

Bunlar içinde tükürük bezi lokalizasyonunda şişlikle birlikte:

- Şişliğin cilde veya derin dokulara fiksasyonu,
- Ağrı,
- Ülserasyon,
- Fasiyal sinir paralizisi veya parezisi,
- Boyunda kitle, lenfadenopati

yakınma ve bulguları da varsa, tükürük bezi malignitesinden şüphelenmek gereklidir.

AĞRI:

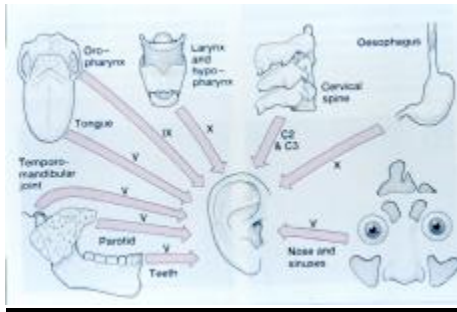
n Süreç

n Lokalizasyon

- Boğazda
- Kulakta / “**YANSIYAN (Sekonder) OTALJİ**” (Şekil-62)

n Ortaya çıkışı

- Spontan
- Yutkunurken / “**ODİNOFAJİ**”
- Çiğnerken



Şekil-62

Yansıyan otalji;

- n** 5. kafaçifti yolu ile; burun ve paranasal sinüslerden, nazofarenksten, diş ve çeneden ve tükürük bezlerinden,
- n** 2. ve 3. servikal sinirler yolu ile; servikal disk ve vertabralardan,
- n** 9. ve 10. kafaçifti yolu ile; orofarenksden, hipofarenksden, dilden kaynaklanabilir.

Önemli Not: 40 yaş üstü bir hastada inatçı tek taraflı boğaz ve kulak ağrısı aksi ispatlanana kadar “*FARENKS KANSERİ*” varsayılmalıdır.

Yansıyan otalji nedenleri

1. Trigeminal sinir yoluyla:

- *Burun ve paranasal sinüs lezyonları;*
 - Rinosinüzitler, özellikle maksiller ve sfenoidal
 - Nazal kavitede kontakt mukoza alanları
- *Nazofarenks lezyonları;*
 - Ülserasyonlar ve/veya neoplazmlar
 - Akut nazofarenjit
 - Adenoidektomi sonrası
- *Diş ve çene lezyonları;*
 - Çeneye gömülü molar diş, özellikle alt çenede
 - Dental taşıyıcılar
 - Apikal apseler
 - Maloklüzyon
 - Temporomandibuler eklem hastalıkları, özellikle artiriti
- *Tükürük ve bezi ve kanallarının lezyonları;*
 - Akut enfeksiyonlar
 - Siyalolityazis
- *Sfenopalatin nöralji.*

2. Vagus ve glossofarengal sinir yoluyla:

- *Orofarenks lezyonları;*
 - Akut farenjit ve tonsillitler
 - Peritonsiller, parafarengal veya retrofarengal apseler
 - Tonsillektomi sonrası

- Tüberküloz lezyonu ülserasyonları
- Neoplazmlar
- *Larengofarenks lezyonları;*
 - Epiglotit
 - Tüberküloz lezyonu ülserasyonları
 - Neoplazmlar
- *Dil lezyonları;*
 - *Uzun stiloid çıkıntı,*
 - *Glossofarengal nöralji.*

3. İkinci ve üçüncü servikal spinal sinirler yoluyla:

- *Servikal disk lezyonları,*
- *Servikal vertebra artiritleri,*
- *Fibrozitler*

Oral kavitede ağrının en sık nedeni diş hastalıklarıdır. Çürük dişler çiğneme sırasında veya ısınma değişikliklerinde ağrıya neden olur. Periodontal hastalıklar da diş fırçalaması sırasında ağrıya ve çürüyen gıda debrislerinin birikimi ile halitozise neden olur. Uygun olmayan veya anormal ağız kapanmasına neden olan diş protezleri de ağrı yapabilir. Dişleri içeren alveoler çıkıntılardaki atrofi de protezlerin ağrı oluşturmaya neden olur ve yaşlı hastalarda sıklıkla görülür. Eğer diş kökü sinüs içine doğru uzanıyorsa, maksiller sinüzit de diş ağrısına neden olabilir. Malign hastalıklara bağlı ağrı şiddetli ve sabittir.

BOĞAZ AĞRISI: Boğaz ağrısı belki de tıp alanında en sık görülen semptomdur. Hastalar bu terimi boğazda kuruluştan gerçek ağrıya kadar her türlü yakınmayı ve hissi ifade etmek için kullanırlar. Onun için anamnezin ilk aşamasında boğaz ağrısı yakınmasının gerçek tanımının ve özelliklerinin kesin öğrenilmesi önemlidir. Bu yakınmanın temel özelliği ağrı olabilir, ancak şiddeti sıvı, katı ve bazen tükürüğün yutulması ile etkilenebilir. Bu yakınmanın değerlendirilmesinde, nedenler açısından erişkin ve çocuk popülasyonunun ayrı tutulması daha yararlıdır.

Boğaz Ağrısı Etiyolojisi:	ÇOCUKLAR:	- Akut farenjitis - Akut tonsillitis - Enfeksiyöz mononükleoz - Kan hastalıkları
	ERİŞKİNLER;	Akut, Kronik,
		- Tonsillitis - Farenjitis - Peritonsiller abse - Kandidiyazis (AIDS) - Tonsillitis - Farenjitis (Tütün, alkol) - Gastrik reflü - Vitamin eksiklikleri - Uzun stiloid proçes

Erişkinlerde boğaz ağrısı: Farenksin akut enflamatuvar lezyonları çok siktir ve bu patolojilerde antibiyotikle veya onsuz (çoğu zaman) immün sistem etken organizmayı genellikle ortadan kaldırdığından hızla iyileşme olur. Ancak erişkinlerde kronik boğaz ağrılarının nedeni daha karışık olabilir.

Akut boğaz ağrısı:

Enfektif olaylar: Üst solunum yolunun viral enfeksiyonları, farenksi etkileyen bazı patolojilere sıklıkla eşlik eder. Streptokok farenksi sıklıkla sekonderden daha çok primer olarak etkileyen bir organizmadır. Klinik olarak hasta boğaz ağrısından yakınıdır. Servikal lenfadenopati ve ateş sıklıkla vardır.

Eğer viral orijinli ise değişik ölçülerde burun sorunları (rinit) ve göğüs enfeksiyonuna bağlı prodüktif öksürük de vardır. Farengial duvarlarda müköpürülen akıntının bulunması bakteriyel orijini düşündürür. Boğaz sürüntüleri her zaman faydalı olmasa da bakteriyel enfeksiyonu ekarte ettirebilir.

Kandida enfeksiyonları da boğaz ağrısına neden olur ve diabet, radyoterapi ve kemoterapi alan hastalar, lenfomalı hastalar gibi immün sistemi baskılanmış kimselerde ender değildir. AIDS de bu tür mantar enfeksiyonu riskini artırır. Tanı tipik muayene görünümü ve kültür ile yapılır.

Peritonsiller Apse: Tonsil küpsülü ile superior farengial kaslar arasında pü birikimidir. Apse öncesi bir sellülit evresi olur. Hasta tek taraflı boğaz ağrısı ve disfajiden yakınıdır. Bu tükürüğün bile yutulmamasına ve ağızdan salya aksamına neden olabilir. Ses “Sıcak Patetes Sesi” özelliği kazanır. Trismus çok belirgindir ve orofarenksin görülmesi güçleşir. İpsilateral otalji ve servikal adenopati diğer bulgulardır. En belirgin klinik bulgu, uvula kökünü karşı tarafa itecek şekilde unilateral tonsiller enflamasyondur.

Diğer Patolojiler: Kan hastalıkları boğaz ağrısına neden olabilir. Agranülositozis ve akut lösemiler immün sistemi baskılayarak ağız boşluğu ve farenksde ülserlere ve nekrozlara neden olabilir. Ağrı bu durumda genellikle şiddetlidir ve kanama eşlik edebilir. AIDS de rekürrent tonsilit veya farenjit ile kendini gösterebilir.

Kronik boğaz ağrısı: Kronik boğaz ağrılı bir erişkin hastada öncelikle orak kavite veya farenksde malignite ekarte edilmelidir. Eşlik eden kilo kaybı, disfaji, ses kısıklığı ve yoğun alkol ile tütün kullanımı gibi ana semptomlar malignite şüphesini güçlendirir.

Erişkinde boğaz ağrısının en sık nedeni kronik farenjitdir. Bu enflamasyon multifaktöriyeldir ve genellikle non-enfektifdir. Mide asidi reflüsü ile olan farengial irritasyona bağlı devamlı boğaz ağrısı olabilir. Kronik rinosinüzütlere bağlı kronik farenjitler de görülebilir. Yine çeşitli nedenlerle burun tıkanıklığı olan ve ağız solunumu yapan kişilerde de kronik farenjit gelişebilir. Bu tür intrensek faktörler dışında ekstrensek faktörler de bu patolojiye neden olabilir. Bunların başında gelen tütün ve alkol kullanımı özellikle farengial mukozada irritan etki yapar. Ayrıca pasif sigara içiciliği, hava kirliliği, aşırı sıcak, soğuk veya kuru ortam, tozlu-kirli ortamlarda bulunmak da kronik irritasyon ile kronik farenjite neden olabilir.

Çocuklarda boğaz ağrısı: Genç çocuklar sıklıkla boğaz ağrısından yakınırlar ve bunların hemen hepsi akutur.

Aku boğaz ağrısı:

Viral enfeksiyonlar: Viruslar belkide boğaz ağrısının büyük bir bölümünü oluşturur. Viral farenjitis genellikle aynı virusun neden olduğu burun ve trakea gibi diğer solunum sistemini bölgelerinin enfeksiyonu ile birlikte dir. Onun için hastanın ek olarak burun yakınmaları ve öksürük gibi ek semptomları vardır. Bu olgularda göreceli olarak normal görünümlü bir tonsil vardır. Bunlarda antibiyotiğe gerek yoktur.

Tonsillitis: Akut bakteriyel tonsilit tamamen farklı bir klinik tablo çizer. Çocuk sistemik olarak kötü görünür, disfaji, halitozis, ateş ve servikal lenfadenopati vardır. Tanı tonsillerin görünümü ile konabilir. Benzer görünüm veren ender birkaç hastalık ekarte edilmelidir. Ayrıca tanıda difteri ve kan hastalıkları unutulmamalıdır.

Enfeksiyöz Mononükleoz: Glandüler Ateş “Glandular Fever” olarak da adlandırılır. Sıklıkla 10-20 yaş arasında görülür ve akut boğaz ağrısı ile karşımıza çıkar. Tonsiller bütün olarak büyümüşlerdir ve membranöz bir eksuda ile kaplıdırlar. Servikal lenfadenopati vardır ve

palatal peteşi olabilir. Bazen hepatosplenomegali palpe edilebilir. Tanı periferik yaymada atipik lenfositlerin bulunması ile konur. Çoğu olguda pozitif monospot veya *Paul-Bunnell* testi vardır. Tedavi semptomatiktir. Antibiyotik gereksizdir ve eğer streptokokkal infeksiyon sanılıp aminopenisilin verilirse deri döküntüleri oluşabilir.

ÖNEMLİ NOT:

- Akut boğaz ağrılarının çoğu viral orijinlidir.
- Bakteriyel tonsillit, tonsillere ve hastanın genel durumuna, öyküsüne ve fizik muayene bulgularına bakılarak genellikle doğru olarak tanınabilir.
- Peritonsiller apse çocuklarda daha enderdir.
- Antibiyotikler gerçek bakteriyel tonsilitin doğal seyrini kısaltır.
- Ülseromembranöz tonsillitte altda kan hastalığı yatabilir.
- Kronik boğaz ağrılı bir erişkinde malignite ekarte edilmelidir.
- 10-20 yaşlarında bir hastada özellikle tonsillerde membranöz bir eksuda varsa enfeksiyöz mononükleoz düşünülmelidir.

DISFAJİ:

n Katı gıdalarla	Obstrüksiyon
n Sıvı gıdalarla	Nöromusküler
n Suprasternal yerleşimli	Hipofarenks kökenli
n Retro-substernal yerleşimli	Özofagus

ÖNEMLİ NOT:

- Boğazda uzun süreli bazı şeylerin varlığını hissetmek tam ve ayrıntılı bir incelemeyi gerektirir.
- Hastanın gerçek disfajisinin olup olmadığı şüphelenmenin ötesinde ısrarla araştırılmalıdır.
- Mutlaka eşlik eden kardinal semptomlar sorulmalıdır.
- Akut disfaji genellikle enflamatuar olaylarda görülür. Fakat özellikle çocuklarda yabancı cisim ekarte edilmelidir.
- Kronik disfajili tüm olgularda baryumlu grafi normal olsa bile endoskopi gerekir.
- Disfajiye neden olan nörolojik hastalıkların tedavisi zordur.
- Özofageal striktürlerin gerçekten benign olduğunun saptanması için biyopsi esastır.
- Birçok globus farengeus olgusunda baryumlu grafi ve endoskopi gerekir.
- Globus farengeuslu olgularda gastrik sekresyonun azaltılması veya nötralize edilmesi hastalara yarar sağlayabilir.

Disfaji ve/veya Odinofajiye Neden olan Patolojiler:

1. Lokal nedenler:

- n Oral kavite / farenks
 - n Enflamatuar / Tonsillit
 - n Nöral / Nöraljiler
 - n Mekanik / YC, neoplazm
 - n Doğumsal / Yarı damak
 - n Diğer / Maksillofasial travma

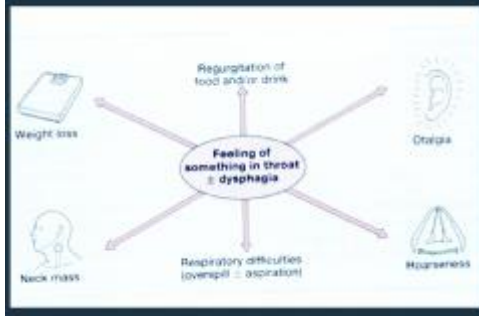
- n Larengeal
 - n Enflamatuvar / Epiglotit
 - n Nöral / Nöralji, paralizi
 - n Diğer / Travma, neoplazm
- n Özofageal
 - n Enflamatuvar / Reflü
 - n Motilite / Spazm, presbiözofagus
 - n Doğumsal / Divertikülüm, stenoz
 - n Neoplazm
- n Servikal vertebra
 - n Artrit
 - n Luksasyon / dislokasyon
 - n Disk hernisi
 - n Spondilolistezis

2. Sistemik nedenler:

- n Nörolojik
 - n Sererovasküler aksedan
 - n Polinörit
 - n Multipl skleroz
 - n Beyinsapı neoplazmları
 - n Myastenia
 - n Nöropati / Diabetik, alkolik
 - n Parkinson
- n Dermatolojik
 - n Skleroderma
 - n Pemfigus
- n Sistemik
 - n Enfeksiyonlar
 - n Tetanus
 - n Tiroidit
 - n Agranülositoz
 - n Hipokalsemi
 - n Lösemi
- n Otonomik
 - n Disfonksiyon
 - n Psikojenik / Globus histerikus

3. İlaçlar:

- n Antikolinergikler
- n Antidepresanlar
- n Antihipertansifler
- n Diüretikler
- n Fenotiyazinler



Şekil-63

Odinofaji, disfaji ile birlikte (Şekil-63):

- Otalji,
- Ses kısıklığı,
- Solunum sorunları (dispne, aspirasyon),
- Boyunda kitle, lenfadenopati,
- Kilo kaybı,
- Gıdaların regürjitasyoun

gibi yakınma ve bulgular da varsa, altta malignite gibi ciddi bir hastalığın olabileceği **unutulmamalıdır.**

ÜLSERASYON ve KANAMA:

Uzun süreli ülserasyonlar aksi ispatlanana kadar malign kabul edilmelidir. Oral kavitenin çeşitli yerlerinde görülen rekürrent ağrılı ülserler aftöz stomatitise bağlıdır. Diğer nedenler travma, liken planus, herpes ve *Vincent* anjini'dir. Tüm iyileşmeyen yaralara biyopsi yapılmalıdır.

Hemoraji sıklıkla diş protezlerine sekonder dişeti hastalıklarına bağlıdır. Bununla birlikte malignensi ve kanama diatezi de altta yatan patoloji olabilir.

Rekürrent oral ülserasyon: Rekürrens, oral kavitedeki ülserlerin sıklıkla görülen özelliğidir. Minör travmalar kadar hormonal, nutrisyonel faktörler de suçlanmasına rağmen nedeni tam olarak bilinmeyen aftöz ülserasyonlardan kaynaklanır. Daha sıklıkla sert damağı tutmasına rağmen herpes simpleks döküntüleri de benzer klinik özellikler gösterir. Rekürrent oral ülserasyonu olan bazı hastalarda vitamin B, folik asit veya demir yetmezliği altta yatan neden olabilir. Lezyon genellikle ufak bir vezikül ile başlar ve hızla ülser gelişir. Ağzın herhangi bir yerinde, değişik sayıda ve boyutta olabilir. Aşırı ağrılıdır ve 2-3 hafta içinde spontan düzelir.

Enfeksiyöz ülserasyon: Spesifik mikroorganizmalar oral ülserasyona neden olabilir. Ağızda tüberküloz enderdir. Primer şankır (sifiliz) tipik görünümüdür. Sümüklüböcek gibi uzanan ülserler 2. evrede görülebilir ve 3. evrede gummatöz döküntüler damağı etkileyebilir.

Akut ülseratif stomatitis (*Vincent* Anjini) spiroket ve anaerob ajanların oluşturduğu bir enfeksiyondur. Kötü beslenen, genel direnci düşük ve oral hijyeni kötü olan kişilerde görülür. Ülserler gingiva sınırı boyunca görülür ve yayılarak birbirleri ile birleşir.

Diğer ülser nedenleri: Özellikle kalıcı, büyüyen ve servikal lenfadenopati ile olan ülserlerde olası neoplastik nedenler gözden kaçırılmamalıdır.

Bazı hematolojik hastalıklar intraoral ülserlere neden olabilir. Agranülozis akut boğaz ağrısı veya dil ülserleri ile kendini gösterebilir. Akut lösemiler gingiva sınırlarında hemoraji ve ülserle birlikte olabilir.

Otoimmün hastalıklarda oral bulgu verebilir. *Reiter* sendromu; artritis, oküler lezyon ve oral ülserasyona neden olabilir. Behçet sendromu ürogenital ülserasyon ve uveitise neden olur.

TAT DUYUSU BOZUKLUKLARI:

Bkz. Fizyoloji / tat duyusu bölümü

Nedenleri:

- n Doğumsal; aplazi
- n Lokal: atrofi, glossit
- n Ekzojen; kimyasal toksinler
- n İlaçlar: asetil salisilik asit, karbamezapin
- n Periferik: kulak operasyonları (korda timpani kesisi), neoplazm
- n Santral; karbonmonoksit zehirlenmesi
- n Endokrin; diabetes mellitus

n Diğer; radyoterapi

RENK DEĞİŞİKLİKLERİ:



Renk değişiklikleri karşımıza;

- Beyaz lekeler “**Lökoplaki**” (Şekil-64) veya
- Kırmızı lekeler “**Eritroplaki**”

olarak çıkabilir.

Ancak her iki patoloji de “**pre malign**” lezyonlardır, yani malign transformasyon potansiyelleri vardır.

Şekil-64

Oral kavitenin beyaz lezyonları:

Ağızda sıklıkla görülen 3 lezyon vardır: - LİKEN PLANUS
- KANDİDİYAZİS
- LÖKOPLAKİ

Liken planus klinik ve histolojik olarak lökoplakiden zor ayrılır. Her ikisi de ağzın herhangi bir yerinde görülebilir. Liken çeşitli derecelerde ağrı ile birlikte. Bu iki lezyonu ayırmada ve maligniteyi ekarte etmede biyopsi esastır. Lökoplaki lezyonlarının %3-5'i premaligndir ve bunlar genellikle sigara içen kadınlardır.

Kandidiyazis ufak çocuklarda, debil erişkinlerde, geniş spektrumlu antibiyotik alanlarda ve immün sistemi baskılanmış kimselerde görülür. Tipik lezyon membran şeklinde birleşme eğiliminde olan beyaz plaklardır. Membran kaldırıldığında alttan taze kanamaya eğilimli intakt bir mukoza çıkar.

Lökoplaki plakları AIDS'li hastalarda siktir ve genellikle dilin lateralinde lokalizedir. Histolojik özelliklerden dolayı AIDS'li hastalarda görülen bu tür lezyonlar “**Saçlı Lökoplaki**” olarak da isimlendirilir.

Oral kavitenin kırmızı lezyonları:

Coğrafik dil: “*Erythema migrans lingua-Migratory Glossit*” olarak da bilinir. Tipik görünümü sahiptir ve paternleri zamanla değişen, giderek birbirleriyle birleşen, çeşitli kırmızı lekeler vardır. Kırmızı alanlarda filiform papillalar yoktur. Asemptomatiktir ve spontan olarak iyileşir.

Median rhomboid glossitis: Sirkumvallat papillaların hemen önünde kırmızı kitle ile ortaya çıkar. Embriyolojik bir yapı olan “tüberkulum impar”ın kalıntısıdır.

Vitamin yetmezlikleri: Vitamin B (riboflavin ve nikotonik asit) yetmezliği pellagraya neden olur. Bunda düzgünleşmiş kırmızı dudaklar (*cheilitis*) ve ağrılı glossit görülür. Vitamin C eksikliği gingiva kanamaları ve ciddi hipertrofileri ile birlikte skarların oluşumuna neden olur.

Kızıl: Akut streptokokkal tonsillit ile birlikte. Bununla birlikte kırmızı deri döküntüleri ile birlikte veya onlarsız çilek diline neden olur.

Eritroplaki:

KONUŞMA BOZUKLUKLARI:

Bkz. Fizyoloji / konuşma bölümü

n Artikülasyon bozuklukları;

DİSARTİKÜLASYON

veya

n Rezonans bozuklukları;

RİNOLALİ KLAVZA veya APERTA

şeklinde karşımıza çıkabilirler.

Ayrıca farenkste yerleşimli büyük hacimli tümörlerde görülen ve haşlanmış patetes yenip boğazımız yandığı anki konuşmamızda olduğu gibi “haşlanmış patetes sesi - *hot potato voice*” adı verilen bir konuşma bozukluğu da görülebilir.

TÜKRÜK SALGISI DEĞİŞİKLİKLERİ:

Bkz. Fizyoloji / yutma / oral kavite bölümü

- n Sialore,
- n Sialopeni, kserostomi,
- n Pityalism veya
- n Kanlı tükrük

şeklinde olabilir.

UYKU SORUNLARI:

- n Ağzı açık uyuma
- n Horlama / hırıltılı solunum
- n Huzursuz uyku
- n Terleme
- n Apne

HORLAMA VE UYKU APNESİ

Uykuyla ilgili hastalıklara genel ilginin artması ve uyku laboratuvarlarının oluşturulması ile günümüzde uyku ile ilgili solunum bozuklukları daha sıklıkla tanınmaktadır. Bu tür patolojiler potansiyel olarak fatal seyredabilen uzun süreli sorunlar oluşturmakla birlikte, gizli kalan ciddi kardiyovasküler sorunlara da neden olurlar. Özellikle horlama önceleri daha çok alaya alınan bir gece bulgusu olarak bilinir iken, günümüzde çok daha ciddi kardiyovasküler problemlere neden olabilen uyku apnesinin bir bulgusunun da olabileceği bilinmektedir.

Horlama; dil, yumuşak damak ve farengeal duvarlar gibi farengeal yapıların vibrasyonu ile oluşan farengeal stridorun bir şeklidir. *Sleep Apne* (uykuda nefesin kesilmesi); 7 saatlik bir uyku periyodunda, en az 10 saniye süren solunumun kesilmesi nöbetlerinin, saat başı ortalamasını 5'ten fazla saptanması olarak tanımlanır.

Uyku apnesi 3 grup patolojiye sekonder olabilir.

- **Santral (Merkezi) Uyku Apnesi:** Beyin sapındaki solunumu idare eden merkezin defektine bağlı olarak gelişir ve ender görülür.
- **Obstrüktif (Tıkayıcı) Uyku Apnesi:** Genellikle hasta ya sadece horlama ya da horlama ve apne ile KBB hekimine gelir. Santral apnenin tersine göğüs ve batin hareketleri ile solunum için çaba vardır, ancak bunlar başarısızdır. Neden olacak havayolu obstrüksiyonu yeri, burun, oral kavite, farenks veya larengotrakea olabilir.

Tıkayıcı uyku apnesi ve horlamaya neden olabilecek olası havayolu daralma bölgeleri ve en olası nedenler:

- Burun, Nazofarenks; - Nazal polipler
- Aşırı deviye septum
- Adenoidler
- Orofarenks, velofarenks; - Absolü veya relatif makroglossi
- Yumuşak damak
- Tonsiller
- Larengotrakea; - Obstrüktif lezyonlar, tümör, kist
- **Mikst (Karışık) Uyku Apnesi:** Hem santral, hem de tıkayıcı bulgular vardır.

Horlama varlığı uyku apnesinin öncüsü olabilir. Bazı hastalar özellikle alkol alımı ve sedatif ilaç alımı gibi sedatize durumlarda apne nöbetlerinin belirginleştiğini ifade ederler.

Olası komplikasyonlar:

Kardiyak:	-Pulmoner arter basıncında artış -Pulmoner hipertansiyon -Kor pulmonale -Kardiyak distritmler
SSS:	-Hipersomnolans -Letarji -Konsantrasyon ve hafıza azalması
Genel:	- Ani infant ölüm sendromu

Horlama veya apne epizoduna neden olan parsiyel havayolu obstrüksiyonu oksijen desatürasyonuna neden olur. Bu uzun süre devam ederse pulmoner hipertansiyona, takiben sağ ventriküler yetmezliğe ve kor pulmonaleye öncülük eder.

Normal uyku paterninin bozulması hasta da uykusuzluğa neden olur ve bu da gün boyunca uyuklama, hipersomnolans ve konsantrasyon ile hafıza kaybına neden olur. Son zamanlarda uyku apnesinin ani infant ölüm sendromu nedeni olduğu da belirtilmiştir.

Klinik bulgular:

Tıkayıcı Uyku Apnesi: Çeşitli derecelerde horlama vardır. Genellikle oldukça gürültülüdür ve farens tamamen tıkalı olduğunda apne nöbetleri ile kesilir. Havayı dışarı itebilmek için eklem hareketleri ile birlikte bir çaba vardır ve belirgin toraks ve abdomen hareketi görülür. Uykusuzluğa ve sekonder kardiyak komplikasyonlara bağlı semptomlar görülür.

Erişkin hastalar genellikle aşırı şişmandırlar ve kısa boyunları vardır, ancak rutin muayeneleri normal olabilir. Çocuklarda tonsiller ve adenoidler genellikle hipertroftiktir.

Santral Uyku Apnesi: Tıkayıcının tersine, bu hastalarda bir solunum çabası yoktur. Bununla birlikte uykusuzluk bulguları ve eşlik eden SSS patolojilerinin bulguları olabilir.

Değerlendirme: Tam bir KBB ve baş-boyun muayenesi herhangi bir üst solunum yolu tıkanıklığı yapan nedeni bilmek açısından esastır. Santral uyku apneli şahıslar nörolojik açıdan araştırılmalıdır.

Rinofarengolarengoskopi: Fleksibl rinofarengolarengoskop ile tıkayıcı bir patoloji açısından tüm üst solunum yolu kontrol edilebilir. Ayrıca uykuyu taklit edecek şekilde kısa süreli anestezik verilerek velofarengeal lümen değerlendirilebilir. Forslu negatif *Valsalva (Müller)* manevrası sırasında velofarenksin gözlenmesi bu bölgedeki potansiyel darlığın ölçülmesine yardımcı olabilir.

Radyolojik incelemeler: Radyolojik inceleme adenoid dokusu tespiti için basit lateral nazofarenks grafisini (eğer endoskopi yapılamıyorsa), çene eklemi ile bağlantılı olarak dilin boyutunu ve pozisyonunun değerlendirmek için diğer direkt grafileri içerir. Bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme havayolu tıkanıklığının değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ayrıca iskelet sistemini değerlendirmek için sefalometri de istenebilir.

Uyku Çalışmaları: Yukarıdaki rutin incelemelerden sadece tıkanıklığın seviyesi anlaşılabilir. Kesin tanı ve hastalığın tipi ile ciddiyeti için mutlaka uyku çalışmaları (**Polisomnografi**) yapılmalıdır.

Uyku sırasında şu parametreleri ölçmek mümkündür:

- Hipoksi ataklarını saptamak için transdermal oksijen satürasyon seviyesi
- Hipoksi sırasındaki aritmileri ve diğer kardiyak anomalileri saptamak için EKG
- Direkt gözlem ve nazal termistor ile hava hareketlerinin saptanması
- Göğüs duvarı ve abdomen hareketlerinin saptanması

ÖNEMLİ NOT:

- Horlama basit, anlamsız bir ses olarak alınmamalıdır.
- Uyku apnesi santral veya tıkaçıcı veya mikst olabilir.
- Tıkaçıcı uyku apnesi genellikle horlama ile birlikte.
- Tıkaçıcı uyku apnesi olanlarda apne nöbeti sırasında bir çaba vardır.
- Uzun süreli uyku apnesi ciddi kardiyak ve SSS komplikasyonlarına neden olabilir.
- Uyku çalışması de uyku apnesi şüphesi olan kişilerde gerekli tanı işlemidir.
- Çocukların çoğunda adenotonsillektomi tıkaçıcı uyku apnesinin kütatif tedavisi olur.
- Horlayan veya tıkaçıcı uyku apnesi olan erişkinlerin çoğunda tıkanıklık cerrahi ile giderilebilir.
- Tıkaçıcı uyku apnesi tedavisinde cerrahi dışı yöntemler de vardır.
- Ciddi tıkaçıcı uyku apnesinde trakeotomi yaşam kurtarıcı girişim olabilir.

BURUN TIKANIKLIĞI / BURUN-GENİZ AKINTISI:

- n Tek - çift
- n Devamlı - aralıklı (mevsimlerle ilişkisi)
- n Travma / cerrahi girişim
- n Başlangıç
- n Süreç
- n Meslek / allerjen
- n Eşlik eden semptom ve bulgular:
 - n Epistaksis
 - n Kötü koku
 - n Hapşuruk
 - n Kaşıntı

KULAK SORUNLARI

- n Tuba disfonksiyonu
- n Effüzyonlu ve/veya süpüratif otitis media
 - Akut, kronik, rekürrent
- n Otalji (primer veya sekonder)

FETOR ORİS

1. Oral kavite kaynaklı:

- Protezler, dolgular
- Paradontozis
- Gingivit
- Stomatit
- Eritema multiforme
- Pemfigus
- *Ludwig* anjini
- Ülsere tümörler

2. Farenks kaynaklı:

- Akut tonsillit
- *Vincent* anjini
- Enfeksiyöz mononükleoz
- Para / retrofarengeal apse
- Difteri
- Kronik tonsillit ve farenjit
- Yabancı cisim
- Evre-3 sifiliz

3. Havayolu kaynaklı:

- Atrofik rinit / Ozena
- Pürülan rinit / sinüzit
- Yabancı cisim
- Akciğer apseleri

- Bronşit / bronşiektazi
- Pnömoni

4. Sindirim sistemi:

- Hipofarengal veya özofageal divertikül
- Hiatal herni
- Özefajit
- Farengolarengeal reflü
- Hıçkırık veya kusma ile birlikte olan veya olmayan mide ve barsak hastalıkları

5. Sistemik hastalıklar:

- Ketozisle olan diabetes mellitus
- Renal yetmezlik, üremi
- Karaciğer koması

BOYUNDA KİTLE / ŞİŞLİK:

Boyun kitleleri 4 kritere göre sınıflandırılabilir:

1. Etiyolojilerine göre
2. Yaş gruplarına göre
3. Yerleşimlerine göre
4. Süreçlerine göre

1. Etiyolojilerine göre;

1. Doğumsal / gelişimsel
2. Enfeksiyöz / enflamatuar
3. Neoplastik

2. Yaş grubuna göre:

1. 0 - 20 yaş / Çocukluk dönemi
2. 21 - 40 yaş / Orta yaş dönemi
3. 41 ve üstü / İleri yaş dönemi

3. Yerleşimlerine göre:

1. Boyun orta hat kitleleri (Şekil-65a ve b)
2. Lateral boyun kitleleri (Şekil-65c ve d)

4. Süreçlerine göre:

1. 7 gün Akut, non-spesifik enfeksiyon
2. 7 hafta Kronik, spesifik enfeksiyon veya malign neoplazm
3. 7 ay Benign neoplazm veya doğumsal / gelişimsel patoloji



Şekil-65a



Şekil-65b



Şekil-65c



Şekil-65d

Lokalizasyonlarına göre boyun kitlelerinde tanı:

1. PREAURİKÜLER ALAN (Parotis):

1. Doğumsal: Kistik higroma,

- Hemanjiom,
Venöz malformasyon
2. *Enflamatuvar / Enfeksiyöz:* Lenfadenit (üst yüz ve ön skalp enfeksiyonlarına sekonder)
Parotit (viral veya bakteriyel)
Granüloamatöz (tüberküloz, sarkoidoz)
Sjögren sendromu
3. *Neoplastik:* Benign (pleomorfik adenom)
Malign (mukoepidermoid karsinom)
Lenfoma
Metastatik
2. *POSTAURİKÜLER ALAN:*
1. *Doğumsal:* Birinci brankiyal yarık anomalileri
2. *Enfeksiyöz:* Lenfadenit (arka skalp enfeksiyonlarına sekonder)
3. *SUBMENTAL ALAN:*
1. *Doğumsal:* Tiroglossal kanal kistleri
Kistik higroma
Dermoid kist
Venöz malformasyon
2. *Enfeksiyöz:* Lenfadenit (dudak çevresi, ağız içi ön kısmı ve nazal kavite enfeksiyonlarına sekonder)
3. *Neoplastik:* Tiroglossal kanal adenokarsinomu
Metastatik
4. *SUBMANDİBÜLER ALAN:*
1. *Doğumsal:* Kistik higroma
Hemanjiom
2. *Enflamatuvar / Enfeksiyöz:* Lenfadenit (yanak ve oral kavite orta kısım enfeksiyonlarına sekonder)
Submandibüler siyaladenit
Kistik fibrozis
3. *Neoplastik:* Submandibüler gland tümörleri (pleomorfik adenom, mukoepidermoid karsinom, adenoid kistik karsinom)
Metastatik
5. *JUGÜLODİGASTRİK ALAN:*
1. *Normal yapılar:* Servikal 2. vertebranın transvers çıkıntısı
Siteloid çıkıntı
2. *Doğumsal:* Birinci veya ikinci brankiyal yarık anomalileri
Kistik higroma
3. *Enfeksiyöz:* Lenfadenit (orofarenks enfeksiyonlarına sekonder)
4. *Neoplastik:* Parotis tümörleri, mesodermal neoplazmlar, metastatik
6. *BOYUN ORTA ALANI:*
1. *Normal yapılar:* Hiyoid
Tiroid istmusu
Tiroid kartilaj
2. *Doğumsal:* Tiroglossal kanal kisti
Dermoid kist
3. *Enfeksiyöz:* Lenfadenit
4. *Neoplastik:* Tiroid
Larenks

7. STERNOKLEİDOMASTOİD KASI ÖN KENARI:

1. Normal yapılar: Hyoid
Tiroid kartilaj
Karotis çatalı
2. Doğumsal: Birinci, ikinci ve üçüncü brankiyal yarık anomalileri
3. Neoplastik: Nörolemmom
Karotid cisim tümörü
Lenfoma
Sarkom
Metastatik

8. SPİNAL AKSESUAR SİNİR ALANI:

1. Neoplastik: Lenfoma
Metastatik (nazofarenks)
2. Enfeksiyöz: Lenfadenit (nazofarenks enfeksiyonlarına sekonder)

9. PARATRAKEAL ALAN:

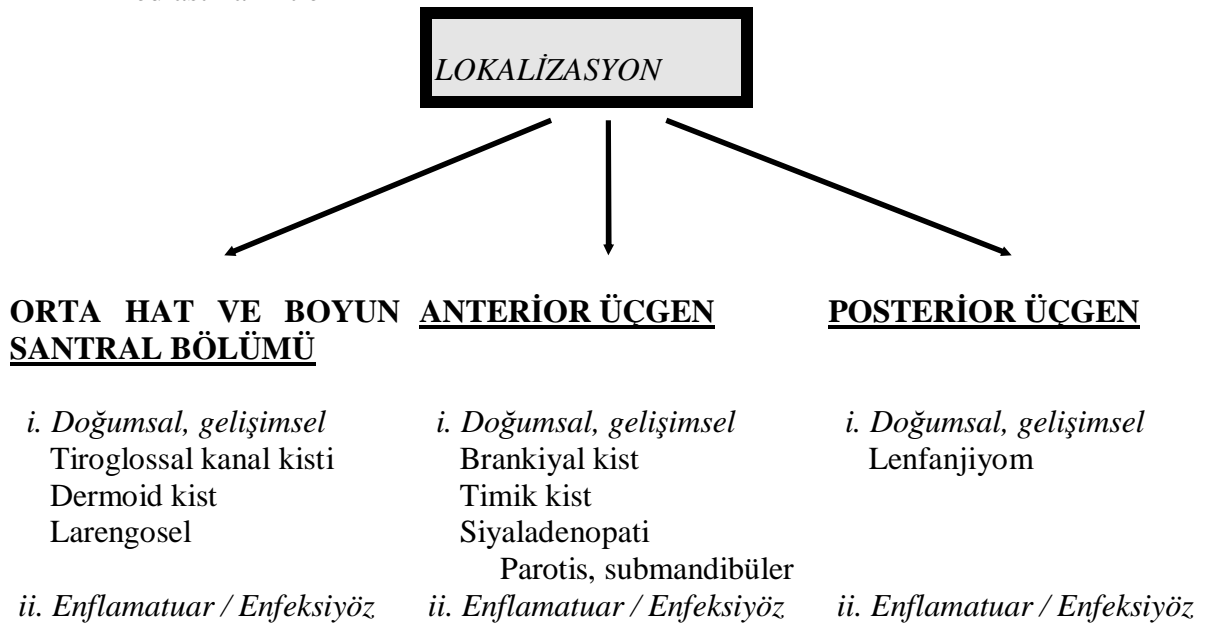
- Tiroid patolojileri
- Paratiroid patolojileri
- Özefageal divertikulum
- Metastatik

10. SUPRAKLAVİKÜLER ALAN:

1. Normal yapılar: Yağ tomağı
Pnömatosel
2. Doğumsal nedenler: Kistik higroma
3. Neoplastik: Lipom
Lenfoma
Metastatik

11. SUPRASTERNAL ALAN:

- Tiroid
- Lipom
- Dermoid kist
- Timus
- Mediastinal kitle



Adenitis (Bakteriyel,viral, granüloamatöz)	Adenitis (Bakteriyel,viral, granüloamatöz)	Adenitis (Bakteriyel,viral, granüloamatöz)
	Siyaladenit	
	Parotis, submandibüler	
<i>iii. Neoplastik</i>	<i>iii. Neoplastik</i>	<i>iii. Neoplastik</i>
Tiroid	Lenfoma	Lenfoma
Lenfoma	Primer vasküler tümörler	Metastatik
	Karotid cisim tümörü	
	Glomus	
	Hemanjiyom	
	Nörojenik	
	Nörilemmom	
	Tükrük bezi tümörü	
	Parotis, submandibüler	
	Metastatik	

Yaş grubu ve etyolojilerine göre;

<u>0-20</u>	<u>21-40</u>	<u>41 ve üstü</u>
1. Enfeksiyöz, enflamatuar <ul style="list-style-type: none"> • Non-spesifik, akut • Spesifik 	1. Enfeksiyöz, enflamatuar <ul style="list-style-type: none"> • Spesifik, kronik • Non-spesifik 	1. Neoplastik <ul style="list-style-type: none"> • Malign • Benign
2. Doğumsal, gelişimsel	2. Doğumsal, gelişimsel	2. Enfeksiyöz, enflamatuar
3. Neoplastik <ul style="list-style-type: none"> • Benign • Malign 	3. Neoplastik <ul style="list-style-type: none"> • Benign • Malign 	3. Doğumsal, gelişimsel



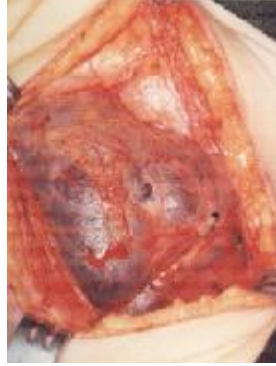
Önemli Not: 40 yaş üstü bir hastada, aksi ispatlanana kadar boyun kitlesi **“MALİGN”** kabul edilmelidir.

DOĞUMSAL / GELİŞİMSEL PATOLOJİLER

- Orta hat:
 - Tiroglossal kist (Şekil-65b)
 - Dermoid kist
 - Teratom
 - Timik kist
- Lateral:
 - Brankiyal kist, fistül (Şekil-65d)
 - Larengosel
 - Doğumsal tortikollis
- Değişik yerleşim:
 - Lenfanjiyom / kistik higroma (Şekil-66a ve b)
 - Hemanjiyom



Şekil-66a



Şekil-66b

ENFEKSİYÖZ

1. Süreç;
 - akut, kronik, rekürrent
2. Etken;
 - spesifik, nonspesifik
3. Köken;
 1. Boyun dokularından kaynaklanan
 - Boyun yumuşak doku enfeksiyonları
 1. Yüzeysel enfeksiyonlar
 - Fronkül
 - Karbonkül
 - Sellülit
 - Enfekte brankiyal, tiroglossal, dermoid, sebace kist
 2. Derin enfeksiyonlar
 - Derin boyun enfeksiyonları
 - Parafarengial apse
 - Retrofarengial apse
 - *Ludwig* anjini (Şekil-67)
 - Tükrük bezi enfeksiyonları / taşları
 1. Submandibüler sialadenit / siyalolityazis (Şekil-68)
 2. Parotitis
 - Virütik / Kabakulak (Şekil-69)
 - Bakteriyel (Şekil-70)
 - Tiroidit (Şekil-71)
 2. Başka bölgeden
 - Kulak burun boğaz ve baş-boyundan
 - § Tonsillit (Şekil-72a ve b)
 - § Adenoidit
 - § Rinosinüzit
 - § Otitis media
 - § Diş
 - Diğer bölgelerden
 - § Mikobakteriyel
 - Atipik
 - *M. avium*
 - *M. scrofulaceum*
 - *M. tuberculosis* / Tüberküloz (Şekil-73)

§ Mikotik

- Aktinomikozis
- Histoplazmozis

§ Bakteriyel

- Difteri
- Kedi tırmığı hastalığı
- Tüla remi
- Brusellozis
- Sifiliz

§ Protozoal

- Toksoplazmozis



Şekil-67



Şekil-68



Şekil-69



Şekil-70



Şekil-71



Şekil-72a



Şekil-72b



Şekil-73

ENFLAMATUAR

- Sarkoidoz (Şekil-74)
- Sjögren
- Kawasaki



Şekil-74

NEOPLASTİK

1. Benign

- a. Tükürük bezi kökenli; parotis (Şekil-75) ve submandibüler bez (Şekil-76)
- b. Tiroid kökenli (Şekil-77)
- c. Boyun yumuşak dokuları kökenli
 - i. Lipom
 - ii. Fibrom
 - iii. Nörofibrom
 - iv. Shwannom
 - v. Paragangliyom



Şekil-75



Şekil-76



Şekil-77

2. Malign

a. Boyun dokularından kaynaklanan

- i. Lenfoma (Şekil-78)
- ii. Tükürük bezi (Şekil-79)
- iii. Tiroid, paratiroid
- iv. Larenks (Şekil-80)
- v. Boyun yumuşak dokuları
 1. Liposarkom
 2. Fibrosarkom
 3. Rabdomiyosarkom
 4. Nörofibrosarkom
 5. Malign paragangliyom



Şekil-78



Şekil-79



Şekil-80

b. Başka bir primer odaktan metastaz yapan

- i. Klavikula üstü, Kulak burun boğaz ve baş-boyun'dan
 1. Oral kavite (Şekil-81)
 2. Farenks (Nazo, oro, hipofarenks) (Şekil-82)
 3. Larenks
 4. Servikal özefagus
 5. Tiroid
 6. Tükürük bezleri
 7. Burun boşluğu ve paranasal sinüsler
 8. Kulak ve temporal kemik
 9. Baş-boyun cildi
- ii. Klavikula altı
 1. Akciğer
 2. Meme

3. Gastrointestinal sistem; Mide (*Virchow* nodülü) (Şekil-83)
 4. Genitoüriner sistem
- iii. Primeri bilinmeyen



Şekil-81



Şekil-82



Şekil-83

ÖNEMLİ NOT: (Tüm boyun kitleleri)

- Üst solunum ve sindirim sisteminin ve KBB sahasının tam bir değerlendirilmesi yapılmadan boyundaki kitleden açık biyopsi yapılmamalıdır.
- İnce iğne aspirasyon sitolojisi tanıda ilk aşama olmalıdır.
- Boyun kitleleri tanısında 20:40 yaş ve 80:20 yüzde kuralı unutulmamalıdır.

Çocuklarda ve erişkinlerde boyun kitlelerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi uygundur. Boyun kitlelerinde 80:20 kuralı geçerlidir. Çocuklarda boyundaki kitlelerden %80'i benign ve lokalize bir patoloji iken, %20'si maligndir. Tersine erişkinlerde %80 olgu malign iken (ki bunların %80'i metastatik tümör olup, bunların da %80'inde primer odak üst solunum veya sindirim sisteminde, yani KBB ve Baş-Boyun sahasındadır.) %20 olgu benignidir. Erişkinlerde ayrıca klavikula altındaki bir yapıdan da boyuna metastaz olabileceği unutulmamalıdır.

- Özellikle adenokarsinomda klavikula altı patolojilerden boyun metastazı unutulmamalıdır.
- Tiroid bezi ve tükürük bezleri palpe edilmeli, vasküler bir üfürüm olup, olmadığı dinlenmelidir.
- Multipl boyun kitleleri hem daima lenf nodlarıdır.
- Eğer malign bir hastalık varsa, implantasyon riskinden dolayı boyundaki kitleden açık biyopsiden sakınılmalıdır.
- Çocuklarda boyunda lenf nodlarının kolayca palpe edilmesi normaldir.
- Lenfadenopati nedeni olarak HIV enfeksiyonu unutulmalıdır.

ÖNEMLİ NOT: (Pediatrik boyun kitleleri)

- Çocuklarda boyun kitlelerinin %80'i benignidir ve genellikle boyun ön üçgeninde lokalizedir.
- Çocuklarda boyun kitlelerinin %20'si maligndir ve genellikle boyun arka üçgeninde lokalizedir.
- Çocuklarda en çok görülen boyun orta hat şişliği tiroglossal kisttir ve yutma ve dilin öne çıkarılması ile hareketlidir.
- Çocuklarda multipl lateral boyun kitlelerinin en sık görülen nedeni enfeksiyonlara sekonder lenfadenopatilerdir.
- Çocuklarda izole lateral boyun kitlesinin en sık görülen nedeni brankiyal kistlerdir.

ÖNEMLİ NOT: (Erişkin boyun kitleleri)

- § Erişkinlerde orta hat boyun kitlelerinde en sık görülen tiroid patolojileridir.

- § Erişkinlerde lateral boyun kitlelerinde en sık görülen neden özellikle baş-boyundaki primer bir odaktaki yassı hücreli karsinomun neden olduğu metastatik malign hastalıktır.
- § HIV enfeksiyonunun akut bulgu ve semptomları enfeksiyöz mononükleozu taklit edebilir.

GLOSSODİNİA:

- n Lingua eksfoliata
- n Toksik stomatit
- n Gastrointestinal hastalıklar
- n *Plummer-Vinson* Sendromu (*Patterson-Brown-Kelly* Sendromu)
- n *Sjögren*
- n Megaloblastik anemi
- n Diabetes mellitus
- n Gıda allerjisi
- n Kontakt allerji
- n Pellagra
- n Mukovizsidozis
- n Psikojenik

DİLİN YÜZEYEL LEZYONLARI:

1. **Çatlak dil:** (Şekil-84)
 - Lingua plikata
 - *Melkersson-Rosenthal* Sendromu
2. **Gri-düz dil:**
 - Vitamin A yetmezliği
 - Radyoterapi
 - Liken planus
 - Progressif skleroderma
3. **Siyah kıllı dil:** (Şekil-85)
 - Antibiyotikler
 - Mikotik enfeksiyonlar
4. **Kırmızı dil:** (Şekil-86)
 - Pernisiyöz anemi
 - Kızıl; çilek görünümlü dil
 - Hepatik siroz
 - *Sjögren* sendromu
 - Median romboid glossit
 - Vasküler konjesyon
 - Hipertansiyon
 - Allerji
5. **Membranlı / Kaplı dil:** (Şekil-87)
 - Non-spesifik enfeksiyonlar
 - Mikotik enfeksiyonlar
 - Kızıl
 - Difteri
 - Tifus
 - Üremi



Şekil-84



Şekil-85



Şekil-86



Şekil-87

TRİSMUS:

1. Diş veya mandibula enfeksiyonları:
 - Çıkmamış dişler
 - Stomatit
 - Pulpit
 - Üst veya alt çene kemiği osteomyeliti
 - Temporomandibüler artiriti, artrozu,
 - Kronik poliartirit
2. Temporomandibüler eklem çevresindeki akut enflamasyonlar:
 - Peritonsillit ve peritonsiller apse
 - Parotis veya submandibüler bezin siyaladenit ve siyalolityazisleri
 - Otitis eksterna (diffüz veya sınırlı-fronkül)
 - Parafarengeal apseler
3. Travma:
 - Temporomandibüler eklem fraktürleri
 - Zigoma ve mandibula fraktürleri
 - Temporomandibüler eklem luksasyonu
 - Posttravmatik skar dokusu
4. Tümörler:
 - Temporomandibüler eklem çevresindeki benign ve malign neoplazmlar
 - Tümör rezeksiyonu sonrası
 - Radyoterapi sonrası skar
5. Diğer:
 - Doğumsal eklem ankilozu

DİŞ / PROTEZ SORUNLARI: (Şekil-88, 89 ve 90)

- n Diş çürükleri
- n Diş kırıkları
- n Dolgu
- n Protez
- n Gingivit
- n Periodontit



Şekil-88



Şekil-89



Şekil-90



Önemli Not: Oral kavite ve farenkste bu bölgenin kendi patolojilerine ait semptom ve bulguların yanı sıra sistemik hastalıkların da semptom ve bulgularının görülebileceği unutulmamalıdır. Örneğin; sifiliz, difteri, tüberküloz, lösemi, siyanoz, anemi, liken planus, pemfigus vs.

TÜKRÜK BEZİ PATOLOJİLERİNDEKİ SEMPTOM VE BULGULAR

Ağrı ve şişlik major tükürük bezlerinin patolojilerinin 2 ana semptomudur. Ağrı özellikleri spesifik tanıya yardımcı olabilir. Çiğneme ile olan ve geçici olan bez şişmeleri özellikle submandibüler bezde ise bez kanalının tıkaçıcı lezyonunu (taş) gösterir. Şiddeti giderek artan devamlı ağrılar malign hastalık açısından şüphe uyandırmalıdır.

Aksi ispatlanmadıkça tükürük bezindeki kalıcı büyümeler neoplastik kabul edilmelidir. *Sjögren* Sendromu da bir veya birkaç major tükürük bezinde şişlik yapabilir. Yine miksödem gibi endokrin patolojileri, oral hipokalsemikler gibi ilaçlar da tükürük bezlerinde hipertrofiye neden olabilir. Parotis bezi hastalığında fasiyal sinirdeki parezi veya paralizisi malignite açısından önemlidir.

Parotis ve submandibüler bez başta olmak üzere major tükürük bezlerinin patolojileri genellikle ağrının eşlik ettiği şişlik ile bulgu verir. Şişliğin özellikleri içinde aralıklı olup olmadığı, devamlı veya progressif olup olmadığı araştırılması özellikle önemlidir. Birçok tükürük bezi hastalığında çiğneme ile artan ağrı yakınması vardır. Major tükürük bezleri anatomik olarak lenf nodları ile yakın ilişki içindedir, onun için tükürük bezi kökenli olmayan patolojiler onları taklit edebilir. Parotis bezinin derin lobunun büyümelerinin tonsil bölgesinde şişliklere neden olabileceği ve boyundan palpe edilemeyip, görülemeyeceği de unutulmamalıdır.

Minör tükürük bezleri oral kavite ve damakta lokalizedir. Ağız içinde sıklıkla tükürük retansiyon kistlerine neden olurlar.

PAROTİS BEZİ:

Parotis bezinde şişlik nedenleri:

- Ekstraparotid; - Mandibulanın kalın olması
 - Masseter hipertrofisi
 - Lipom
 - Eksternal karotis anevrizması
- Parotid; - Neoplazm
 - *Sjögren*
 - Sarkoidoz
 - Sistemik hastalıklar
 - İlaçlar

Parotis bezinde şişlik ve ağrı nedenleri: - Kabakulak

- Bakteriyel parotit
- Siyalektazi
- Neoplazm
- Taş

ŞİŞLİK: Parotomegali, bezi diffüz olarak veya lokal olarak etkileyebilir. Ekstraparotid hastalıklar parotis şişliği gibi karşımıza çıkabilir. Tek taraflı lokalize şişlik hemen daima neoplastiktir ve %80 oranında benign pleomorfik adenom'dur. Malign parotid tümörlerinde sıklıkla ağrı, fasiyal paralizisi veya parezisi parotomegaliye eşlik eder.

***Sjögren* Sendromu:** Hafif bir ağrı veya ağrısız olan bilateral parotis bezi şişliği *Sjögren* Sendromu'nun özelliğidir. Kserostomi (ağız kuruluğu) ve keratokonjiktivitis sikka (göz kuruluğu) ve romatoid artrit ile birliktedir. Diğer tükürük bezleri de aynı şekilde etkilenebilir. Otoimmün hastalık olduğu sanılmaktadır. Tanı sublabiyal minör tükürük bezi biyopsisindeki tipik görünüm ile konabilir.

Sarkoidozis: Multisistem hastalığıdır ve parotisi de etkiler. Şişlik diffüzdür ve sıklıkla uveitis de eşlik eder. Tanı bez biyopsisi veya daha doğru olarak nazal konkalarda görülen spesifik histolojik değişiklikler ile konur. Serum asetilkolinesteraz seviyeleri artmıştır.

Diğer Nedenler: Birçok sistemik hastalık ve ilaç parotiste büyümeye neden olabilir.

Sistemik hastalıklar: - Obezite
- Hipotiroidizm
- Cushing Sendromu
- Gut
- Diabetes mellitus

İlaçlar: - Östrojen kontraseptifler
- Dekstropropoksifen

AĞRI ve ŞİŞLİK: Parotiste ağrıdan yakınan hastaların çoğu değişik derecelerde şişlikten de yakınır. Parotiste lokalize ağrıların çoğu çiğneme ile artar. Bu hastaya çiklet çiğnetilerek veya limon suyu içirilerek ağrı oluşturulabilir.

Kabakulak: Bilateral parotis şişliği ve ağrısının en sık görülen nedeni kabakulağa neden olan viral bir enfeksiyondur. Sıklıkla çocuklar etkilenir. Tek taraflı olması enderdir (Şekil69). Bez dokunmakla çok hassastır ve çocukta trismus ve ateş vardır. Süpürasyon oluşturacak şekilde sekonder bakteriyel kontaminasyon olmadığı sürece tedavi semptomatiktir. Kabakulak parotitinin ender komplikasyonları orşitis ve unilateral sensörinöral işitme kaybıdır.

Bakteriyel enfeksiyon: Genellikle tek taraflıdır. Hasta genellikle yaşlı, dehidrate ve debildir veya majör cerrahi sonrası iyileşme dönemindeydir. Tüm bez şişmiştir ve ileri derecede hassastır ve intraoral olarak parotis kanalı ağızda pü görülebilir (Şekil-70).

Neoplazm: Özellikle malign ise ağrı ve şişlik beraberdir. Sekonder bakteriyel enfeksiyon parotit bulgularını verir. Fasiyal sinir genellikle etkilenmiştir ve cilt şişliğe yapışık olabilir. Ayrıca şişliğin derin dokulara (masseter kası, mandibula gibi) fiksasyonu, cilde ülserasyon ve eşlik eden lenf nodu büyümeleri malignite lehinedir.

Siyalektazi: Parotis kanal sisteminde kayba ve harabiyete neden olan siyalektazi rekürrent ağrı ve şişlik nöbetlerinin en sık nedenidir. Birçok hasta tedavi gerektirmeyen minimal semptomlara sahiptir. Özellikle taş ile birlikte ise ve şiddetli yakınmaları olan hastalarda parotidektomi gerekir.

Parotis taşı: Parotiste taş submandibüler beze göre çok azdır. Cerrahi girişim gereklidir.

SUBMANDİBÜLER BEZ

Submandibüler bezde şişlik nedenleri:

- Neoplazm

Submandibüler bezde şişlik ve ağrı nedenleri:

- Lenf nodu tutulumuna neden olan intraoral hastalık (Submandibüler bölgede bu semptomlara neden olabilir)
- Taş
- Neoplazm

ŞİŞLİK: Submandibüler bezin ağrısız diffüz şişliği enderdir. Bu olgularda neoplazm ekarte edilmelidir.

AĞRI ve ŞİŞLİK: En sık görülen nedeni oral kavitedeki enfeksiyona sekonder şişliklerdir. Bunun nedeni enflamatuar cevapta, sıklıkla attake olan lenf nodları ile bezin birlikte olmasıdır. Alt molar dişlerin atipik enfeksiyonları, dişeti hastalıkları ve metastatik intraoral kanserler bu alanda şişliklere neden olabilir.

Submandibüler taş: Bezde şişlik ve ağrıya neden olan en sık görülen primer hastalık taşıdır. Semptomlar tipik olarak yemek zamanları ile ilgilidir. Genellikle kanalın distal parçası bloke olur ve birçok taş ağız tabanında palpe edilebilir. Çoğu taş radyopaktır.

Neoplazm: Özellikle ağrısız seyreden herhangi bir submandibüler şişlikde mutlaka neoplazm ekarte edilmelidir. Bu bölgede benign neoplazmların oranı parotise göre çok daha azdır.

ÖNEMLİ NOT:

- Bilateral parotis şişliğinin en sık nedeni kabakulak parotitidir.
- Tek taraflı diffüz akut parotis bezi şişliği hemen daima bakteriyel parotitidir.

- Lokalize parotis şişliği neoplastik olabilir.
- Neoplastik parotis bezi şişliklerinin çoğu benignidir.
- İlerleyici ağrı, cilde yapışıklık ve ülserasyon, derin yapılara fiksasyon, boyunda lenfadenopatinin varlığı ve fasiyal sinir tutulumu malign hastalık lehinedir.
- Submandibüler bölgedeki ağrı ve şişliğin en sık nedeni intraoral hastalıktır.
- Submandibüler taşlar, submandibüler bezdeki rekürrent ağrı ve şişliğin en sık nedenidir.
- Ağrılı veya ağrısız submandibüler bezin lokalize şişliği tersi ispatlanana kadar malign kabul edilmelidir.

SİSTEMİK VE DERMATOLJİK HASTALIKLARDA SIKLIKLA GÖRÜLEN ORAL KAVİTE VE FARENKS YAKINMALARI VE BULGULARI

1. Ağız kuruluğu:

- Febril enfeksiyöz hastalıklar
- Üremi
- Poliglobulinemi
- Kaşeksi
- Atropin zehirlenmesi
- *Sjögren*
- Vitamin A yetmezliği
- Diabetes mellitus
- Hipertroidizm
- *Plummer-Vinson* Sendromu, demir eksikliği anemisi
- Hipertansiyon
- Fenotiyazin, belladona ve psikotropik ilaçların uzun süre kullanımı

2. Renk değişiklikleri:

- *Soluk*; Anemi
- *Syanotik*; pulmoner konjesyon (Şekil-91a ve b)
- *Koyu kırmızı*; polisitemia vera, reaktif poliglobulinemi
- *Kırmızumsı-menekşe*; sağ kalp yetmezliği
- *Sarı*; sarılık, hepatik konjesyon, megaloblastik anemi
- *Kırmızı (ruj gibi)*; hepatik yetmezlik
- *Kuru mukoza üstünde lökoplaki benzeri beyazımsı lekeler*; vitamin A yetmezliği
- *Gingivada grimsi-menekşe boyanma*; argirozis
- *Gingivada grimsi-mavi veya kahverengimsi renk değişikliği*; bizmut ve kurşun zehirlenmesi
- *Benek şeklinde hiperpigmentasyon*; oral kontraseptifler
- *Nokta veya çizgisel şekilde olan, arasıra diffüz pigmentasyon gösteren dudak, gingiva, dil ve damak lezyonları*; Addison hastalığı (genellikle ilk semptomdur) (Şekil-92a ve b)
- *Beyaz plak şeklinde lezyonlar*; liken planus



Şekil-91a



Şekil-91b



Şekil-92a



Şekil-92b

3. Kanama:

- *Diş arasında şişlik ve koyu kırmızı renk değişikliği ile olan gingival kanama; skorbüt*
- *Oral kavite mukozası veya vermilyondaki kavernöz anjiektazilerden kanama; Osler-Weber-Rendu hastalığı (Şekil-93)*

4. Noktalı lezyonlar:

- *Üst molar diş hizasında bukkal mukozada, eritematöz mukoza üzerinde beyaz noktalar-Koplik lekeleri-, Kızamık (Şekil-94)*
- *Özellikle dudaklarda olmak üzere, dilde de olabilen ödemli kırmızı noktalar ve çizgili mavimsi-beyaz membranlar, Lupus eritematozus*
- *Yüzeyel ülserasyonla birlikte opalesan plaklar, Sekonder sifiliz (Şekil-95a ve b)*

5. Oral mukozada membranlar;

- *Yeni doğanda, beyazımsı, çizgili, yapışkan olmayan, parlak, beyaz noktalı lezyonlar; Kandidiyazis*

6. Veziküler, erozyonlar ve kistik lezyonlar:

- Kızamıkçık,
- Eritema multiforme,
- Herpes simpleks,
- Herpes zoster,
- Pemfigus vulgaris,
- Mukozal pemfigus,
- AIDS

7. Aftöz ülserler:

- Behçet hastalığı
- *Stomatit ve nekrotik aftlar; Pellagra, agranülositoz, trombositopeni, lösemi, civa toksikasyonu*

8. Gingival hiperplazi; (Şekil-96)

- Gebelik,
- Hidantoin ve doğum kontrol hapları alınması

9. Atrofik lezyonlar;

- *Mikroglossi, kısa frenulum, dar soluk dudak, sklerozis, endürasyon;* Progressiv skleroderma (Şekil-97)



Şekil-93



Şekil-94



Şekil-95a



Şekil-95b



Şekil-96



Şekil-97

4. HASTALIKLARI

1. Oral kavite ve farenksin hastalıkları:

a. Doğumsal hastalıkları;

- i. Yarık damak, dudak
- ii. Ankiloglossi
- iii. Lingual tiroid
- iv. Makroglossi, mikroglossi
- v. Koanal atrezi
- vi. *Tornwaldt* kisti
- vii. Farengoözefageal stenozlar
- viii. Özefagoatrakeal fistüller

b. Travmalar;

- i. Kimyasal
- ii. Termik
- iii. Yabancı cisimler
- iv. Delici (penetran), künt
- v. Ateşli silah
- vi. Maksillofasiyal
- vii. Dental

c. *Waldeyer* halkası hipertrofileri;

- i. Adenoid hipertrofisi (vegetasyon)
- ii. Palatinal tonsil hipertrofisi

d. Horlama ve tıkaçıcı uyku apnesi sendromu

e. Enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıklar;

- i. *Rhagad*, *Cheilitis*
- ii. Fronkül, karbonkül
- iii. Gingivostomatit
- iv. *Ludwig* anjini
- v. *Vincent* anjini
- vi. Farenjitler;
 1. Tonsillit
 2. Adenoidit
- vii. Peritonsiller, parafarengeal, retrofarengeal abseler

f. Neoplazmlar;

- i. Benign,
- ii. Malign

g. Nörojenik hastalıklar;

- i. Parezi, paraliziler
- ii. Nöraljiler
- iii. Farengoözefageal motilite bozuklukları

h. Kistik hastalıkları

- i. Müköz retansiyon kistleri
- ii. Palatinal tonsil kistleri
- iii. Dental kistler
- iv. Palatinal kistler

i. Diğer;

- i. Çene çıkığı
- ii. *Costen* (temporomandibüler eklem) sendromu

- iii. *Eagle* (uzun stiloid çıkıntısı) sendromu
- iv. Gastro-özefageal / farengo-larengeal reflü
- v. *Zenker* divertikülümü
- vi. Coğrafik dil
- vii. Saçlı dil
- viii. Fissürlü (skrotal) dil
- ix. Median romboid glossit
- x. Renkli lezyonlar;
 - 1. Lökoplakiler
 - 2. Eritroplakiler
- j. Psikosomatik;**
 - i. Globus histerikus
- k. Diğer sistem hastalıkları;**
 - i. Dermatolojik;
 - 1. Liken planus
 - 2. Pemfigus
 - 3. Eriteme multiforme
 - ii. Hematolojik;
 - 1. Anemi
 - a. Hipokromik, mikrositer anemi
 - b. Pernisiyöz anemi
 - 2. Polisitemi
 - 3. Agranülositoz
 - 4. Lösemi
 - 5. İdyopatik trombositopenik purpura (Şekil-98)
 - iii. Avitaminozlar
 - iv. Virütik;
 - 1. Kızamık
 - v. İlaç reaksiyonları (*Stevens-Johnson* Sendromu) (Şekil-99)



Şekil-98



Şekil-99

2. Tükrük bezlerinin hastalıkları:

a. Enfeksiyöz;

- i. Non-spesifik
 - 1. Bakteriyel
 - 2. Virütik
- ii. Spesifik
 - 1. Tüberküloz
 - 2. Mikotik

b. Siyalolityazis

c. Siyaloadenozis

d. Enflamatuar;

- i. Sjögren
- ii. Radyoterapi sonrası

e. Retansiyon kistleri;

- i. Ranula
- ii. Mukosel

f. Travmalar;

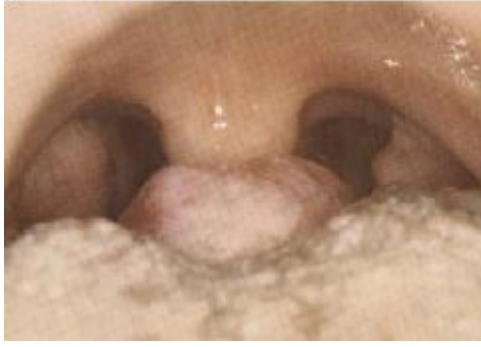
- i. Kesici, delici
- ii. Künt

g. Neoplazmlar

- i. Benign
- ii. Malign

KONJENİTAL (DOĞUMSAL) HASTALIKLAR

LİNGUAL TİROİD: Normal embriyolojik yaşamda tiroid bezi dil korusu ile dil kökü arasındaki foramen sekumdan köken alır ve zaman içinde aşağı doğru inerek normal pretrakeal bölgeye lokalize olur. Bu embriyolojik gelişimde bir bozukluk olursa tüm tiroid dokusu veya bir kısım tiroid dokusu foramen sekum bölgesinde devamlı kalarak burada kitleye ve buna bağlı semptomlara neden olabilir (Resim-100). Buna lingual tiroid denir.



Şekil-100

Supresyon tedavisi ile geçmeyen ve semptomatik olan lezyonlarda tedavi gereklidir. Tedavi cerrahidir. Normal yerinde tiroid dokusu saptanan olgularda tedavi total eksizyondur. Ancak tüm tiroid dokusu burada lokalize ve normal yerinde tiroid dokusu yok ise, tüm tiroid dokusunun çıkarılması hipotiroidi ile sonuçlandığından, kitle hava ve solunum yolundan uzaklaştırılarak ağız tabanına doğru kaydırılır. Onun için eksizyon öncesi mutlaka sintigrafi ile tüm tiroid dokusu gözden geçirilmelidir.

ANKİLOGLOSSİ (Dil Bağı): Çoğu zaman doğumsal olarak frenulum lingua'nın (Şekil-6) kısa ve fibrotik olmasıdır (Şekil-101).



Şekil-101

Genellikle doğumun ilk yıllarında dikkati çeker. Aşırı kısa ve dil hareketlerini engelliyor ise, bebeğin emme fonksiyonunu ve konuşma çağında bir çocuk ise artikülasyonu bozar.

Tedavisi genellikle basit ensizyondur. Ancak çok aşırı kısa ve fibrotik ise Z-plasti de gerekli olabilir.

YARIK DUDAK-DAMAK: Beyaz ırkta 1000 doğumda bir görülen bir doğumsal anomalidir. Siyah ırkta belirgin olarak daha enderdir. Yarık damak ve dudak erkek, sadece yarık damak kız çocuklarda daha siktir. Sadece dudak, dudak+çene ve dudak+çene+damağı içerebilir, tek taraflı veya iki taraflı ve komple veya inkomple olabilir (Şekil-102a). En basit formu "Bifid Uvula"dır (Şekil-102b). Bu olgularda yarık damak sadece submukozal olabilir, yani damak mukozası sağlamdır ancak altındaki, kemikte defekt vardır.



Şekil-102a



Şekil-102b

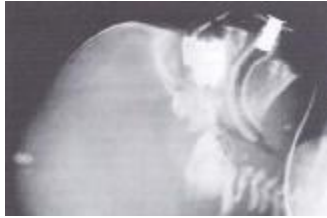
Tanıda tipik görünüm önemlidir. Yeni doğanlarda ciddi beslenme sorunlarına neden olabilir. Alınan gıda burna ve trakeaya kaçır, aspirasyon görülür. Yutma ve solunum fizyolojisini bozulmasına bağlı olarak, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları sık görülür.

Yarık damağa bağlı olarak, östaki borusunu açan levator veli palatini kasının fonksiyonel bozukluğu ve buna bağlı östaki disfonksiyonu sıklıkla görülür. Bu nedenle bu çocuklarda çok sık tekrarlayan effüzyonlu veya süpertaif otit media atakları ve bunlara bağlı iletim tipi işitme kayıpları görülür. Ayrıca konuşma, özellikle rezonans ve artikülasyon çok etkilenir, velofarengeal yetmezlik görülür. Rinolali aperta (açık him-him konuşma) ve disartikülasyon gelişir. Ek olarak maloklüzyon da eşlik edebilir.

Tedavi cerrahidir ve zamanlaması önemlidir. İlk onarım genellikle yaşamın ilk 4-8 aylarında yapılır, ileriki yaşlarda büyük oranda 2. aşama bir onarım gerekir. Kulak sorunu olan veya olması büyük olasılık olan çocuklara yarık onarımı ile birlikte genellikle kulağa ventilasyon tüpü de takılır.

KOANAL ATREZİ: İki veya tek taraflı, komple veya inkomple, membranöz veya osseöz olabilir. Kız çocuklarını daha çok etkiler. Kalıtsal özelliği belirgin olup genellikle doğumsaldır. Diğer bazı anomaliler ile birlikte görülebilir. Ancak travmaya bağlı olarak edinsel de görülebilir.

Yakınmalar; kronik pürülan burun akıntısı, burun tıkanıklığı, koku bozukluğu olabilir. Doğumsal, bilateral ve komple olduğunda yaşamı tehdit eder. Çünkü yeni doğanlar ağız solunumu yapamaz, zorunlu nazal solunuma gereksinim duyar. Bilateral atrezi; ciddi asfiksi, siyanoz, atelettazi ve aspirasyon ile sonlanabilir. Doğal beslenme, emme olası değildir. Bu durumda tedavi acil olarak yapılmalıdır.

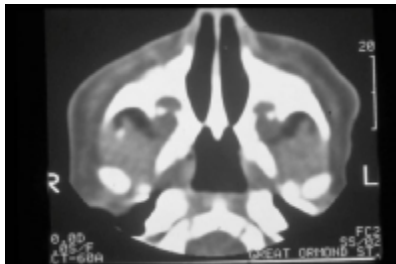


Şekil-103a



Şekil-103b

Tanımda basitçe burundan sokulan sondanın orofarenkse gelip gelmediği kontrol edilebilir veya burundan verilen kontrastlı maddenin nazofarenkse geçip geçmediğine yan kafa grafisinde bakılabilir (Şekil-103a). Ancak günümüzde endoskoplar ile direkt olarak gözümüzle kolayca görülebilir (Şekil-103b).



Şekil-103c



Şekil-104

Ayrıca gerektiğinde bilgisayarlı tomografi çekilerek ayrıntılar (membranöz mü, osseöz mü) saptanabilir (Şekil-103c). Tek taraflı olduğunda tanı ileri yaşlara kadar gecikebilir (Şekil-104).

Yenidoğanda bilateral komple atreziye yukarıda da belirtildiği gibi tedavi acildir. Asfiksiden korunmak için, en basit yapılacak girişim ağızdan bir havayolu yerleştirilerek (Şekil-105) bebeği bir merkeze ulaştırmaktır.

Burada hemen entübasyon veya atrezik plağın acilen açılması (geçici olarak) veya çok zorunlu kalırsa trakeotomi yapılabilir. Genellikle bir yaşından önce bilateral atrezilerde kesin kalıcı tedavi yapılmaz. Zaman kazanıcı girişimler uygulanır. Bir yaşından sonra transpalatal veya daha sıklıkla transnazal endoskopik yolla kalıcı cerrahi işlem uygulanır. Tek taraflı stenozlarda tedavi daha ileri yaşlara ertelenmelidir.



Şekil-105



Şekil-106

Bunların dışında; mikroglossi, aglossi, farenkste stenoz gibi çok ender, makroglossi (*Down Sendromu*) (Şekil-106) gibi daha sık görülen ve cerrahi düzeltme gereken doğumsal patolojiler de görülebilir.

TRAVMATİK HASTALIKLAR VE YABANCI CİSİMLER

ORAL KAVİTE ve FARENKS

KİMYASAL ve TERMİK TRAVMALAR (alkali ve asit yanıkları ve kaynar su ile haşlanmak): Kaynar su içimi özellikle çocuklarda daha sıktır. Asit ve alkali içimi, ya içinde buldukları şişelerin karışması ile yanlışlıkla veya intihar amacıyla bilerek olabilir ve özellikle erişkinlerde daha sıktır.

Yakınmalar çok şiddetli ve dramatiktir. Ağız içinde ve boğazda şiddetli bir ağrı, siyalore, pityalizm, yutma güçlüğü ve ağrılı yutma (disfaj, odinofaji), etkilenen mukozada vezikül oluşumu ilk görülen yakınma ve bulgulardır. Sonrasında kırmızı kenarlı düz beyaz membranlar ve mukozal ödem gelişir. Koztik sıvılar genellikle özefagusa, mideye ve barsaklara kadar gider. Eğer sıvı özefagusa ve mideye kadar gitmişse sternum arkasında ve epigastriumda ağrı, kusma isteği, bulantı-kusma, glottik ve/veya supraglottik ödem ve buna bağlı dispne de görülebilir. Hasta bazen şok tablosuna bile girebilir ve buna bağlı kardiyovasküler, renal ve santral sinir sistemi sorunları da ortaya çıkabilir.



Şekil-107

Yanık derecesi bazen hafif yüzeysel bazen çok derin olabilir. Derin ülserasyonlarda ileriki dönemlerde striktür ve stenozlar gelişebilir (Şekil-107). Tanı için özefagoskopi ve/veya baryumlu özefagus grafisine gerek duyulabilir. Bu durumda cerrahi girişimler ve dilatasyonlar gerekebilir.

Öykü ve akut dönem bulguları ile tanı kolaydır. Öncelikle ne tür bir sıvının alındığı ve sindirim sisteminin ne kadarının etkilendiği değerlendirilmelidir.

Tedavide ilk yapılması gereken bolca su, tercihen süt içirilmesidir. Asitli sıvılar sodyum bikarbonat, magnezyum tuzları ve antiasit ilaçlar ile, alkali sıvılar ise limon suyu (sitrik asit) veya dilüe sirke ile nötralize edilebilir. Tabii varsa şok tablosu da kontrole alınmalıdır. Pastil ve buzlarla oral kavite ve farenkse lokal tedavi uygulanabilir. Ksilokain gibi topikal anestezi içeren ağız gargaraları yararlıdır. Hastaya soğuk sıvı diyet önerilir, sistemik analjezik ve sedatif verilebilir. Ciddi olgularda nazogastrik tüp veya parenteral beslenme, antibiyotik ve kortikosteroidler düşünülebilir.

DELİCİ - KÜNT TRAVMALAR: Oral kavite ve farenks mukozası iyileşme yeteneği çok fazla bir mukoza olduğundan genellikle çok ciddi olmadıkça bu travmalarda olan mukozal sorunlar girişim gerekmeden iyileşir. Ender olarak cerrahi onarım gerekir. Bazen sekonder enfeksiyonları önlemek için antibiyotik verilmesi gerekli olabilir.

Penetre yumuşak doku travmaları: Kurşun yarası, bıçaklama, trafik kazasına bağlı oral kavite ve farenksin penetran yaralanmaları hemen değerlendirilmelidir. Travmanın sadece yumuşak dokuda mı olduğu, yoksa mandibula, maksilla, hiyoid, dişler ve servikal vertebra gibi kemik yapıların da eşlik edip etmediği saptanmalıdır. Travmatik dokular debride edilir, yeniden uç uca getirilerek dikilir, gerekli fiksasyonlar uygulanır. Eğer havayolu da etkilenmiş ise ciltaltı amfizemi görülebilir.

Delici travmalar: Damak ve farenks arka duvarının delici yaralanmaları genellikle çocuklarda görülür. Neden sıklıkla elinde sivri bir materyalle koşan çocuğun düşmesidir. Hemen değerlendirilmeli ve gerekli ise dikiş konmalıdır.

Dil ısırığı: Lezyon hafif ve yüzeysel ise genellikle kendiliğinde iyileşir. Derin ısırıklar eksplorasyonu ve dikişle onarımı gerektirebilir. Özellikle dişlerdeki flora yüzünden enfeksiyon riski yüksek olduğundan, hemen onarılmalı ve antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Bazı ciddi ısırıklarda dilin bir parçası kopabilir, hemen yerine dikilirse sorun olmaz.

Böcek ısırığı: Gıdalar içindeki canlı böceklerle olur. Farenkste bazen ciddi ödemlere neden olabilir. Hatta solunum sorununa bile yol açabilir. Tedavide yüksek doz steroid, buz uygulaması genellikle yeterlidir.

YABANCI CİSİMLER: Daha çok özefagusta görülür. Oral kavite ve farenkste enderdir. Kemik kıymığı, kılçık, diş fırçası kılı, tırnak, cam veya tahta parçası gibi küçük uçlu yabancı cisimler tonsil, dilkökü, vallekula veya farenks lateral duvarına saplanabilir.



Şekil-108a



Şekil-108b

Oyuncak parçası, düz kemikler, jeton, düğme, diş protezi parçaları gibi daha büyük yabancı cisimler genellikle hipofarenkse, özellikle piriform sinüs ve özefagus girişine (postkrikoid bölgeye) takılırlar (Şekil-108a ve b).

Yutma ile artan çeşitli şiddette ağrı tipik yakınmadır. Bazen yutma tamamen olanaksız hale gelebilir. Özefagus yabancı cisimlerinde sternum arkasında ağrı ve öksürük nöbetleri görülebilir.



Şekil-109a



Şekil-109b

Tanı genellikle öykü ile konur. Oral kavite ve orofarenkse yerleşenler enspeksiyonda görülür. Hipofarenks ve özefagustaki radyopak cisimler rahatlıkla direkt grafilerde görülür (Şekil-109a ve b).

Bazen hem kesin tanı hem de tedavi (yabancı cismin çıkarılması) için endoskopiye gereksinim olabilir. Tedavi direkt görüş ile veya endoskop yardımı ile yabancı cismin bir an önce çıkarılmasıdır. Eğer yabancı cisim havayoluna da kaçmış ve tam obstrüksiyon var ise yaşamı tehdit edici olabilir ve *Heimlich* manevrası yaşam kurtarıcı bir girişimdir (Şekil-110).



Şekil-110



Şekil-111

Uzun süre çıkarılmadan kalan yabancı cisimlerde, basınca ve yabancı cisim reaksiyonuna bağlı, nekroz, mukozal ülserasyonlar, enfeksiyon ve retrofarengeal apseler (Şekil-111) gelişebilir. Hatta ender olarak apse sonrası mediastinit gelişip fatal bile seyredebilir. Kürek kemikleri arasında ve sternum arkasında ağrı mediastinit habercisi olabilir.

MAKSİLLOFASİYAL TRAVMALAR: Bazı maksillofasiyal travmalar orak kavite ve/veya farenksi de içermesine rağmen, bu travmalar özellikle nazal kavite ve paranasal sinüsleri ilgilendirdiğinden “Burun ve Paranasal Sinüsler” bölümünde ele alınacaktır.

DENTAL TRAVMALAR:



Şekil-112a



Şekil-112b

Uygun olmayan diş dolguları, kırık diş uçları ve uygun olmayan diş protezleri, kronik irritasyon ile, ülserasyonlara, granüler ve lökoplaki tarzında lezyonlara neden olabilirler (Şekil-112a ve b).

TÜKRÜK BEZLERİ

SİNİR YARALANMALARI: Tükrük bezi yerleşimlerine doğru (özellikle parotise kulak çevresine gelen) olan delici-kesici (intihar veya yaralanma amaçlı) veya künt (darbeler, trafik kazaları vs.) travmalar sonrası fasiyal sinirin tüm dalları veya birkaç dalı hasarlanabilir. Submandibüler bölgeye gelen travmalarda ise hipoglossal sinir ile lingual sinirin zedelenmesi olasılığı mevcuttur. Sinir travmaları ender olmayarak bu bölgeye yapılan cerrahi işlemler sırasında iatrojenik olarak da gerçekleşebilir.

Sinir hasarı, basit bir nöropraksiden tam kesiye kadar uzanabilir. Tam kesi durumunda hemen eksplorasyon ve sinir onarımı şarttır.

BEZ KANALI YARALANMALARI: Sadece ana kanal hasarlanmış ise onarım gereklidir. İnce bir plastik kateter yerleştirilerek kanalın 2 ucu birbirine yaklaştırılıp mikrocerrahi ile yeniden anastomoz yapılır. Eğer kanalda doku kaybı var ve yeniden anastomoz yapılamayacaksa, kanalın proksimal ucu yanak mukozasına ağızlaştırılarak yeni ostium oluşturulur.

TÜKRÜK FİSTÜLLERİ:



Şekil-113

Travmalar, enfeksiyonlar sonrası veya tümörlere bağlı olarak ve bazen cerrahi sonrası gelişebilir. Tümöre bağlı ise tedavi neoplazmın tedavisidir. Diğer nedenlerle olan ve ana kanalın sağlam olduğu parenkimal fistüller genellikle kolayca tedavi edilir. Çoğu zaman zaten kendiliğinden bu fistüller kapanır. Ender olarak atropin veya düşük doz radyoterapi ile tükürük salgısını baskılamak gerekebilir. Eğer bu yöntemlerle kapanmaz ise cerrahi tedavi gerekebilir.

Tükürük bezlerinin malign neoplazmları bölümünde bahsedilen *Frey (Gustatory Sweeting)* Sendromu, genellikle postoperatif dönemde görülmesine rağmen, bazen parotis travmalarından sonra da ortaya çıkabilir.

NÖROJENİK HASTALIKLAR

FARENKSİN MOTOR PARALİZİLERİ: Palatal paraliziye bağlı olarak rinolali aperta, farengeal refleks kaybı görülür. Özellikle sulu gıdaları yutmada güçlük, sulu gıdaların burna kaçması ve boğulma hissi belirgin yakınmalardır. Muayenede; enspeksiyonda, orofarenks arka duvarına dokunularak öğürme refleksi uyarıldığında veya “k” harfi içeren kelimeler söylendiğinde, yumuşak damağın paralizi olan tarafında hareket olmadığı ve karşı (sağlam) tarafa doğru deviyeye olduğu görülür.

Sıklıkla neden; serebrovasküler olaylar, kafatabanı tümörleri ve bunların cerrahi tedavileri, jugüler foramen sendromu, psödobulber paralizi, siringobulbi ve herpes zoster'dir. Temeldeki sorun IX. (glossofarengal) ve X. (vagal) sinirlerin ve bunların oluşturduğu farengeal pleksus'un paralizisidir. Bu sinirler genellikle farenksin sensöriyel innervasyonunu da sağladıklarından motor ve sensöriyel paraliziler birliktedir.

Tedavi altta yatan temel sorunun çözümü yanında, hastanın nazogastrik sonda veya gastrostomi yoluyla enteral beslenmesinin sağlanması ve hastanın pnömoniden korunması, gerekirse bu amaçla trakeotomi açılmasıdır. Yutma rehabilitasyonu da mutlaka yapılmalıdır.

DİĞER MOTOR PARALİZİLER:

VII. kafaçıfti fasiyal sinirin paralizisine bağlı dudak komissüründe asimetri, nazolabiyal sulkusta asimetri, ıslık çalma, diş gösterme ve yanak şişirme hareketlerinde kısıtlılık görülebilir (Şekil-42 ve 43).



Şekil-114

XII. kafaçıfti paralizisine bağlı olarak dil içerde iken sağlam tarafa doğru, dışarı çıkarıldığında paralizi tarafına doğru deviasyon ve uzun dönemde paralizi tarafında dil kaslarında atrofi görülebilir (Şekil-44 ve 114). Neden santral (nörolojik hastalıklar) veya periferik (sinirin geçtiği yerlere travma veya bu bölgelere yapılan cerrahi girişimler) olabilir. Hastanın yutma fonksiyonunun oral evresi ve artikülasyonu bozulur. İki taraflı olduğunda ciddi yutma sorunlarına neden olur.

V. kafaçıfti trigeminal sinirin 3. dalı olan mandibüler sinir paralizilerinde çene hareketlerinde kısıtlılık ve çenede deviasyon saptanabilir.

NÖRALJİLER:

Trigeminal nöralji: Tek taraflı olan, bıçak saplanır tarzda, son derece şiddetli, konuşma yeme gibi bazı hareketlerle tetiklenen, genellikle trigeminal sinirin 2. dalı olan maksiller sinirin innerve ettiği alanda (yanak, burun kanadı, üst ve alt diş arkusu, dilin yarısı) yerleşimli ağrı ile karakterizedir. Ağrı genellikle kısa sürelidir.

Glossofarengal nöralji: Genellikle yaşlılarda görülür. Tek taraflı, dilkökü, tonsil, hipofarenks, damak ve kulağa lokalize ağrıdır. Şiddetli ve bıçak saplanır tarzdadır. Genellikle yeme, çiğneme, esneme ve konuşma ile tetiklenir.

Vagal nöralji: Tek taraflı boyunda yerleşen, sternum ve larenksten kulağa doğru yayılan ağrıdır.

KİSTİK HASTALIKLAR

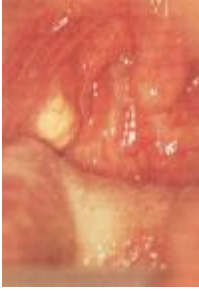
MÜKÖZ RETANSİYON KİSTLERİ:



Şekil-115

Sıklıkla dudakta (özellikle alt) ve yanakta görülen, düzgün kenarlı yuvarlak görünümlü, sıvı içeren, genellikle mavimsi veya sarı görünümlü kistik yapılardır (Şekil-115). Subepitelyal alandaki bezlerin veya mukoza altındaki minör tükruk bezlerinin ostiumunun tıkanması ile ortaya çıkar. Vallekula veya farenksin herhangi bir yerinde de görülebilirler. Genellikle asemptomatik olup, tedavileri total eksizyon veya marsüpiyalizsyondur.

PALATİNAL TONSİL KİSTLERİ:



Şekil-116

Genellikle tekrarlayan tonsil enfeksiyonlarından sonra sarı renkli kistler şeklinde görülür (Şekil-116), çok sayıda olabilir. Genellikle asemptomatik olup, muayenede tesadüfen bulunur. Bazen takılma, batma hissine neden olabilir. Eğer tekrarlayan veya kronik tonsillit nedeniyle tonsillektomi endikasyonu varsa tonsillektomi ile tedavi edilir. Diğer nedenlerden dolayı tonsillektomi endikasyonu yok ve semptomatik ise, kistin marsüpiyalize edilmesi (mukozaya ağızlaştırılması) yeterlidir.

RANULA:

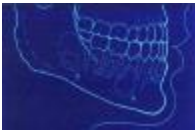


Şekil-117

Ağız tabanındaki mukozal glandların veya sublingual tükruk bezlerinin kanallarının tıkanması ile oluşur. Büyük boyutlara ulaşabilir ve ağız tabanındaki yumuşak dokuların arasından boyna kadar penetre olabilir. Dilin ventral yüzü ve ağız tabanında, tek taraflı olarak, ince cidarlı morumsu kistik bir yapı şeklinde görülür (Şekil-117).

Tedavi mümkünse komple eksizyon, yoksa marsüpiyalizasyondur.

DENTAL KİSTLER:



Şekil-118

Dişten kaynaklanan primordiyal ve dentijeröz kistler de ağız içinde görülebilir (Şekil-118) ve tedavileri total eksizyon veya marsüpiyalizasyondur.

PALATİNAL / MAKSİLLER KİSTLER (Şekil-119):



Şekil-119

DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

LİKEN PLANUS: Cilt ve mukozaların enflamatuar hastalığıdır. Yanak mukozası, gingiva veya dilde birbiri ile bağlantılı veya ayrı gruplar halinde beyazımsı lekeler şeklinde görülürler (Şekil-120a ve b).



Şekil-120a



Şekil-120b

Dil dorsumunda mercimek kadar olan gri veya mavimsi plaklar da görülebilir. Lekeler buldukları mukozadan sıyrılamazlar, sert ve düzdürler. Ağrı eşlik etmez. Benzer döküntüler kaşıntılı olarak, bilek ve kolun fleksor bölümünde bulunabilir.

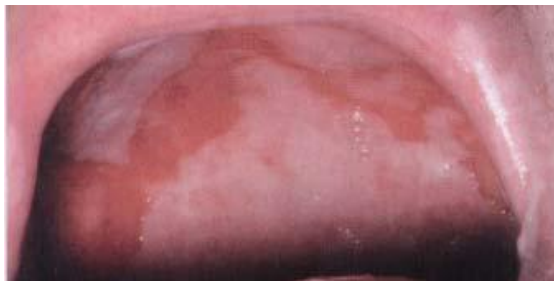
Neden bilinmemekle birlikte, nörojenik bozukluk suçlanmaktadır. Ön tanı klinik görünüm ile olup, kesin tanı biyopsi ile yapılır. Bu lezyonların **“prealign”** olduğu ve zamanla malign transformasyon gösterebileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanıda; lökoplaki, *Bowen* hastalığı, lupus eritematozus ve ilaç döküntüleri unutulmamalıdır.

Tedavi; güneş, tütün, alkol, kimyasal maddeler gibi olası toksik ajanların engellenmesi ve oral hijyenin sağlanmasıdır. Topikal kortikosteroidler, vitamin preparatları kullanılabilir. Malign transformasyon açısından dikkatlice takip edilmelidir. Spontan remisyonlar görülebilir.

PEMFIGUS: Akut ve kronik süreçte görülebilen, ender fakat ciddi bir patolojidir. Başlangıç yaşı genellikle 35-50 yaşlar arasındır. Çok çeşitli tipleri olmasına rağmen, en sık görülen tipi **“Pemfigus Vulgaris”**dir. Etiyoloji bilinmemekle birlikte otoimmün hastalık olduğu zannedilmektedir.



Şekil-12a



Şekil-121b

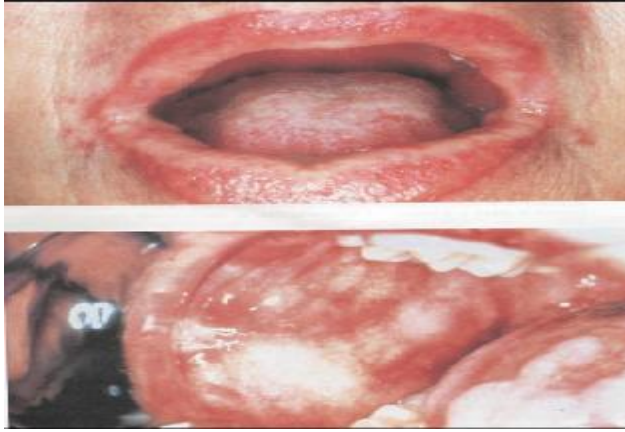
Kolayca yırtılabilen büyük veziküller oluşumlarla karakterizedir (Şekil-121a). Yırtıldıklarında yandaki normal mukozaya doğru büyüme eğiliminde olan mukozadan yoksun alanlar ortaya çıkar (Şekil-121b). Oral kavitedeki ilk bulgular genellikle lezyonların yırtılması ile ortaya çıkan ülserlerdir. Lezyon yerlerindeki mukozanın çok kolaylıkla sıyrılabildiği dikkati çeker. *Nikolsky* bulgusu pozitiftir. Ağız içi lezyonları son derece ağrılıdır.

Ağız kokusu, servikal lenfadenopati diğer yakınma ve bulgulardır.

Tanı genellikle biyopsi veya sitoloji ile konur. Pemfigus lezyonlarının da **“prealign”** olduğu ve zamanla malign transformasyon gösterebileceği unutulmamalıdır.

Tedavi hastanın hastaneye yatırılması ve yüksek doz kortikosteroiddir. Buna rağmen fatal seyredebilir.

ERİTEME MULTİFORME: Genellikle adolesan çağındaki erkeklerde görülen bir hastalıktır.



Şekil-122

Ağız içi mukozasında, özellikle dudaklarda, vezikül, kabuk ve fibrinöz eksuda ile karakterizedir (Şekil-122). Aynı anda cilt, eklem lezyonları ve ateş de bulunur. Halitozis, sıyalore, ağrı ve servikal lenfadenopati gibi ciddi enfeksiyon yakınma ve bulguları da eşlik edebilir. Klinik gidiş ataklar halindedir.

Birçok neden suçlanmaktadır. Antibiyotik, laksatif, trankilizan gibi ilaçlarla, bazı bakteri, virüs ve mantarlara karşı oluşan antijen –antikor reaksiyonları en olası nedendir.

Tanı; klinik ve biyopsi konabilir. Pemfigus, liken ve diğer ilaç reaksiyonlarından ayırt edilmelidir.

Tedavi olası nedenin saptanması, steroid verilmesi ve lokal tedavidir. Parenteral besleme bazen gerekebilir.

DİĞER HASTALIKLAR

ÇENE ÇIKIĞI: Öne (Şekil-123) ve arkaya olmak üzere 2 tipi vardır ancak hemen daima öne çıkığı görülür. Ağız açık iken çeneye darbe, diş çekimi veya aşırı esneme sırasında oluşabilir.



Şekil-123



Şekil-124

Çift taraflı öne çıkıklarda mandibula öne doğru yer değiştirir. Tek taraflı öne doğru çıkıkarda ise ağız açık pozisyonda lezyon olmayan tarafa doğru çene deviyolu olur.

Tedavi mümkün olduğunca kısa sürede redüksiyondur (Şekil-124). Eğer kas spazmı çok aşırı ise sedatif verilmesi hatta genel anestezi bile gerekebilir.

TEMPOROMANDİBÜLER EKLEM (Costen) SENDROMU: İlk kez Costen kulak ağrısı nedeni olarak temporomandibüler eklem disfonksiyonuna dikkati çekmiştir. Bazen neden bulunamazken çoğu zaman dişlerle ve oklüzyonla ilgili sorunlar altta yatmaktadır.

Genellikle genç kadınlarda görülüp, semptomlar şunlardır:

- Çene hareketleri sırasında eklemden ses; ağrı eşlik edebilir veya etmeyebilir. Bu sendromun da tipik yakınması ve bulgusu olmasına rağmen, çene hareketleri sırasında ağız açıp kaparken olan tıkırdama sesi (krepitasyon) her zaman klinik anlamda önemli değildir ve bazen kişiler bunu istemli olarak yapabilirler.
- Aynı taraf yüz yarısında veya kulakta ağrı; buna krepitasyon eşlik edebilir veya etmeyebilir. Kulak ağrısının nedeni yansıyan ağrıdır. Yüz ağrısı ise yüzün o yarısındaki kasların spazmına bağlıdır.
- İletim tipi işitme kaybı; genellikle çok hafiftir ve aynı taraf östaki borusu disfonksiyonuna bağlıdır.
- Çene hareketlerinde kısıtlılık; çene eklemi çevresindeki kasların spazmına bağlıdır.

Tanı; direkt veya bilgisayarlı tomografi ile olur.

Tedavi; egzersiz ve fizik tedavi, oklüzyonun ve diş sorunlarının çözümü, kortikosteroid enjeksiyonu ve/veya cerrahi ile yapılır.

UZUN STİLOİD ÇIKINTI (Eagle) / STİLOHIYOID SENDROMU: Etiyoloji ve patogenezi tam bilinmemektedir. Stilohiyoid ligamanda kalsifikasyon sonucu stiloid çıkıntının uzaması sonucudur. Hiyoid ve suprahiyoid seviyede, palatinal tonsil bölgesinde keskin, batıcı tarzda ağrı ile karakterizedir. Ağrı yıllar boyu devam edebilir, yutma, öksürme, esneme ve boyun hareketleri ile artar. Bazen kulağa doğru yansıyabilir.



Şekil-125

Muayenede; stilohiyoid ligamanın yapıştığı yerde hiyoidde palpasyonda hassasiyet ve tonsil lojunun palpasyonunda ağrı ve kemik uzantısının hissedilmesi saptanabilir. Tanı grafi ile desteklenir (Şekil-125).

Tedavi; hafif olgularda medikal, ciddi olgularda ise tonsillektomi yaklaşımı ile uzun stiloid çıkıntının çıkarılmasıdır (Şekil-126).



Şekil-126

HİPOFARENGEAL DİVERTİKÜL /Zenker Divertikülü): Hipofarenksin arka-alt tarafındaki kaslar arasındaki zayıf bölgeden (*Killian* üçgeni, Şekil-15a) mukozanın herniasyonudur (Şekil-127).



Şekil-127



Şekil-128

Genellikle yaşlılarda görülür. Disfaji, yenilen gıdaların regürjitasyonu, boyunda şişlik, öksürük tipik yakınmalardır. Bazen divertikülün mukozasından malignite gelişebilir.

Tanı baryumlu özefagus pasaj grafisi ile kesin olarak konur (Şekil-128).

Ufak divertiküllerde tedaviye gerek yokken, büyüklerde boyundan açık ensizyon ile veya endoskopik yolla divertikülün rezeksiyonu gereklidir.

COĞRAFİK DİL (*Migratory glossitis*):



Şekil-129

Etiyoloji bilinmemektedir. Dil dorsumunda genellikle keskin ve sarı kenarları hafif kalkık yuvarlak lezyonlar şeklinde görülür (Şekil-129). Birçok yama ayrı ayrı oluşup, sonra birleşebilir. En tipik özelliği zaman içinde kendiliğinden değişiklikler göstermesidir. Bu nedenle “*migratory*” adı verilmiştir. Çocukluk döneminde başlayıp, tüm yaşam boyunca devam edebilir ve spontan düzelmeler gösterir.

Yakınmaya neden olmaz, tesadüfen hasta veya hekim tarafından saptanır.

Tedavi sadece hastaya bu lezyonların ciddi bir hastalık olmadığını açıklanmasıdır.

SAÇLI DİL (*Hairy tongue*): Nedeni tam olarak açıklanmış değildir. Ağız ve diş hijyeni iyi olmayan, aşırı tütün ürünleri ve/veya alkol alan, geniş spektrumlu antibiyotik kullanan (özellikle lokal uygulama şeklinde) kişilerde daha sıktır. Ender olarak mantar enfeksiyonu da olabilir.



Şekil-130a



Şekil-130b

Saçlı görünüm, filiform papillaların uzaması ve bunların muhtemelen bazı bakteriler ve/veya tütün kullanımı ile renkli hal alması sonucunda oluşur.

Saçlı dil görünümünü tipiktir (Şekil-130a ve b). Asemptomatik olabilecekleri gibi, ağız içinde ve boğazda iritasyon ve batma hissine neden olabilirler.

Tedavi kolay olmayıp, ağız-diş hijyenine dikkat etmek, antibiyotik kullanımı varsa kesmek, mantar saptanırsa antimikotik tedavidir. Günde 2 kez bikarbonatlı veya oksijenli sulu solüsyonlar ile dilin dorsumun fırçalanması faydalı olabilir.

GASTROÖZEFAGEAL / LARENGOFARENGEAL REFLÜ: Eskiden sadece özefagus alt ucuna mide asidi kaçması olarak bilinen reflü hastalığının (gastroözefageal reflü), günümüzde artık özefagus üst ucuna, hatta farenkse ve larenkse kadar olabildiği (larengofarengal reflü) net olarak bilinmektedir. Aslında oldukça sık görülen, ancak neden olduğu yakınmalardan dolayı diğer hastalıklarla karışabilen larengofarengal reflü hastalığı, eğer akla getirilmezse gözden kaçabilir. Bazen gastroözefageal ve larengofarengal reflü hastalığının yakınma ve bulguları birlikte olabileceği gibi, bazen de gastroözefageal reflü yakınmaları olmadan larengofarengal reflü hastalığına ait yakınma ve bulgular saptanabilir.



Şekil-131

Özellikle sabahları olan tekrarlayıcı ve inatçı boğaz ağrıları, boğazda yanma hissi, devamlı boğaz temizleme hissi, kuru öksürük, halitozis (ağız kokusu), globus (boğazda batma) hissi, ses kısıklığı larengofarengal reflünün tipik yakınmalarıdır. Gastroözefageal reflünün tipik yakınmaları ise gece yatınca belirginleşen, retrosternal ağrı (göğüs ağrısı), kuru öksürük nöbetleri ve ağza acı su gelmesidir. Fizik muayenede indirekt larengoskopide interaritenoid bölgede posterior larenjit bulgularının görülmesi tipiktir (Şekil-131). Kesin tanı 24 saatlik özefageal pH monitorizasyonu (pHmetre) ile konur.

Larengofarengal reflünün uzun dönemde larengeal kanserler için bir risk oluşturduğu da kabul edilmektedir.

Tedavi, öneriler ve proton pompa inhibitörleri veya H₂ reseptör antagonistleri ile yapılır. Bazen cerrahi tedavi de gerekebilir.

FİSSÜRLÜ (Skrotal) DİL:



Şekil-132

Toplumun yaklaşık %5'inde görülen ve nedeni bilinmeyen, dil dorsumunda anormal çatlak ve oyuklarla seyreden bir tablodur (Şekil-84 ve 132). Fissürlerin şekli değişken olabilir. Geç çocukluk ve yaşla artan bir şekilde ortaya çıkma eğilimindedir.

Bazen *Melkersson-Rosenthal* Sendromu ile birlikte bulunabilir.

MEDİAN ROMBOİD GLOSSİT:



Şekil-133

Genellikle gelişimsel bir anomali olduğu kabul edilirken (embriyolojik bir yapı olan “tüberkulum impar”ın kalıntısı olarak), son yıllarda bazen kandida enfeksiyonlarına bağlı geliştiği veya dilin sert damağa yapıştırılarak yapıldığı “dil şaklatma” hareketinin neden olabileceği de ileri sürülmektedir.

Genellikle sirkumvallat papillaların hemen önünde, santral yerleşimli, tipik düz, kırmızı eşkenar dörtgen şeklinde alan görülebilir (Şekil-133).

Çoğu zaman tedavi gereksizdir.

LÖKOPLAKİ-ERİTROPLAKİ: Genel olarak vücudun çok katlı yassı epitel ile döşeli tüm mukozalarında görülebilen beyaz lekeler “**Lökoplaki**” (Şekil-134), kırmızı lekeler ise “**Eritroplaki**” (Şekil-135) olarak isimlendirilebilir. Ancak bu lezyonların birçoğu bu ders notlarının diğer bölümlerinde bahsedilen hastalıkların bulgusudur. Liken planus, aftöz stomatit, monilya, difteri vs. gibi.

Bu bölümde özellikle erişkinlerde kronik irritasyonlar (başta tütün ürünleri olmak üzere, kırık diş uçları, diş protezleri, alkol alımı) ile oluşan epitelyal değişikliklere bağlı, sıklıkla oral kavite ve orofarenks mukozasında görülen edinsel mukozal değişikliklerden bahsedilecektir.

Bu lezyonların (eritroplakilerde daha fazla olmak üzere, %50 oranlara bile çıkabilir) premalign olduğu ve erken tanıları ve kronik irritasyonun ekarte edilmesi ile malign transformasyonun engellenebileceği bilinmektedir.



Şekil-134



Şekil-135

Eritroplaki ve lökoplaki mukozanın sadece rengini değil, yapısını değiştirirler. Oral kavitede sıklıkla dudak (Şekil-136a), dil (Şekil-136b), ağız tabanı ve yanak mukozasında (Şekil-136c) görülmekte olup, çevredeki mukozadan kabarık, kadifemsi yüzeyle, ağrısız, genellikle yuvarlak ve sınırları belirgin lezyonlardır.



Şekil-136a



Şekil-136b



Şekil-136c



Şekil-137

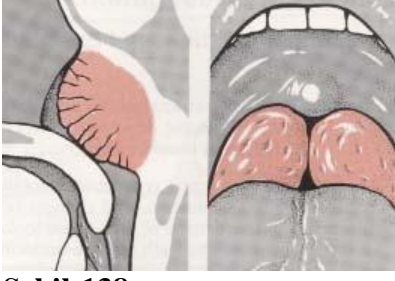
Patolojik olarak; displazinin görülmediği hiperkeratozdan, hafif, orta ve ciddi displazi'ye (in-situ karsinom'a) kadar değişiklik gösterebilirler. Makroskobik görünümleri ile invaziv karsinomlardan ayırt edilmeleri olanaksızdır (Şekil-137). Bu nedenle kesin tanı ve total eksize edilebilmeleri mümkünse tedavi için biyopsi (mümkünse eksizyonel, yoksa ensizyonel) şarttır. Tedavi için eksizyon dışında, mutlaka kronik irritasyon yapan neden de ortadan kaldırılmalıdır. Yoksa rekürrens ve malign transformasyon riski vardır.

PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR

GLOBUS HİSTERİKUS (Fonksiyonel disfaji): Genellikle birçok araştırmanın yapılmasını gerektiren bir semptom kompleksidir. Genellikle; aralıklı veya devamlı olarak boğaza batma şeklinde olan ve yutkunma ile değişiklik göstermeyen yabancı cisim hissi tipiktir. Yutkunma tamamen normaldir. Organik lezyon yoktur.

Patogenez; streslere karşı anormal psikosomatik reaksiyon ve özefagus girişindeki kasların spazmıdır. Krikoid kıkırdak seviyesinde boyun orta hattında hassasiyet muayene bulgusudur. Baryumlu özefagram normaldir. Beraberinde diğer otonomik bozukluklar da olabilir. Hipofarenks ve özefagusun malign hastalıkları ekarte edilmelidir. Tedavi genellikle kanser korkusu olan hastanın rahatlatılmasıdır. Sedatifler verilebilir. Psikiyatri konsültasyonu faydalı olabilir.

WALDEYER HALKASI HİPERTROFİLERİ



Şekil-138

Aslında hipertrofi (bazılarına göre hiperplazi) *Waldeyer* halkasının tüm üyelerinde (farengeal tonsil, tubal tonsil, farengeal band, palatinal tonsil ve lingual tonsil) görülmesine rağmen, pratikte sıklıkla hipertrofisi görülen iki yapı farengeal tonsil (adenoid dokusu) ve palatinal tonsildir (Şekil-138).

Bu dokuların hipertrofilere sıklıkla rekürent ve/veya kronik enfeksiyonları ile de birlikte. Bu bölümde sadece hipertrofilerinden bahsedilecek, enfeksiyonlarına ise enfeksiyöz hastalıklar bölümünde değinilecektir.

Lenfoepitelial dokuların aktivitesinin maksimum olduğu 3-7 yaş arası çocuklarda sıklıkla görülür. Herediter pozisyon olasıdır. Diyet, endokrin ve yapısal faktörler ile çevresel faktörler de suçlanmaktadır. Aslında bu yaş grubunda bu lenfoid dokuların bir dereceye kadar hipertrofik olmaları son derece fizyolojiktir. Bu nedenle semptomlara neden olan hipertrofiler patolojik olarak kabul edilerek, tedavi yoluna gidilir.

FARENGEAL TONSİL HİPERTROFİSİ (Adenoid Vejetasyon):

Klinik: Burun tıkanıklığı ve buna bağlı ağızdan solunma (özellikle geceleri artan), daha küçük çocuklarda belirgin olan beslenme zorluğu, hırıltılı solunum ve horlama, gece terlemesi, huzursuz uyuma, tipik adenoid yüzü (Şekil-139), servikal lenfadenopati, rinolali klavza (kapalı him-him konuşma) tipik yakınma ve bulgulardır.



Şekil-139

Aftal görünümü, ağız açık, üst kesici dişleri uzun, nazolabiyal sulkusları düzleşmiş ve genişlemiş, ince uzun ve burnundan ve ağızdan sekresyonları akan adenoid yüzü bu hastalık için tipik olmasına rağmen, bu yüz tipinin gelişmiş olması irreversibl bozuklukların geliştiğini göstermektedir. Bu nedenle amaç, bu yüz tipi oluşmadan önce tanının konup tedavinin yapılmasıdır.

Aşırı hipertrofik olgularda, çoğu zaman palatinal tonsil hipertrofilere ile birlikte, çocukluk dönemi tıkaçıcı uyku apnesi sendromunun da en sık görülen nedenidir.

Ayrıca diğer sistemlerdeki olumsuz etkileri ile;

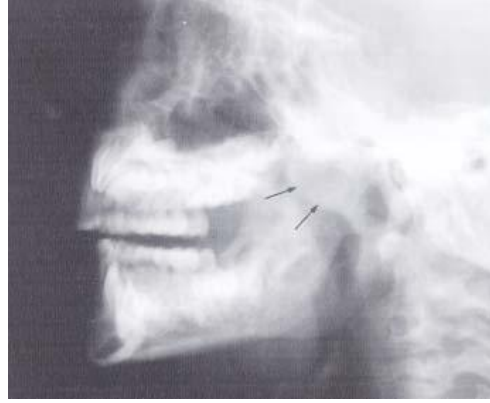
- östaki disfonksiyonu ve çeşitli derecelerde kulak hastalıkları (akut, rekürent veya kronik süperatif veya effüzyonlu otit media),
- burun ve paranasal sinüs hastalıkları (akut, rekürent veya kronik virütik veya bakteriyel rinosinüzitler) ve buna bağlı kronik burun akıntısı,
- üst ve alt solunum yolu allerji ataklarını tetikleme ve tedaviye dirençli olmasına neden olma,
- maksillofasiyal gelişim, diş gelişimi ve çiğneme sistemi bozuklukları, dilin damak üzerine yaptığı basıncın kalkması ile sert damağın kubbeleşmesi; maloklüzyon, üst dişlerin uzaması (tavşan diş) gibi diş bozuklukları,
- rekürent alt ve üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsillit, larenotrakeit, bronşit, pnömoni gibi),

- kronik respiratuar obstrüksiyona ve ileri olgularda kronik hipoksiye bağlı fiziksel ve mental gelişim bozukluğu, okul çağı çocuklarda okul performansının düşmesi

Tanı: Tanı, çoğu zaman semptomlar ve indirekt muayene bulgularına dayanılarak klinik olarak konulabilir. Ancak özellikle çocuklarda yapılması zor olan rinoskopi posterior (indirekt nazofarengoskopi) yapılabilirse veya olanak varsa endoskopik muayenede tipik adenoid dokusunun görülmesi ile kesin tanı konur (Şekil-140). Bunlar yapılamıyorsa, şart olmamakla birlikte yumuşak doku dozunda çekilen lateral boyun grafisi de (Şekil-141) tanıda yardımcı olabilir. Eskiden kullanılan nazofarenks tuşesi günümüzde aşırı rahatsız edici ve çocuğu hekimden uzaklaştırıcı bir yöntem olduğu için çok özel durumlar dışında yapılmamaktadır.



Şekil-140



Şekil-141

Ayırıcı Tanı: Koanal atrezi, burunda yabancı cisim, burun tıkanıklığı yapan diğer nazofarengeal ve nazal nedenler (anjyofibrom, malign tümörler, septum deviasyonu, konka hipertrofisi gibi) unutulmamalıdır.

Tedavi: Cerrahidir.



Şekil-142



Şekil-143

Endotrakeal genel anestezi ile transoral yolla adenoid küretleri ile yapılan ADENOİDEKTOMİ, standart cerrahi yöntemdir (Şekil-142).

Adenoid dokusu palatinal tonsil gibi kapsüllü bir doku olmadığından (Şekil-143) tümüyle çıkarılması olanaksızdır ve bu nedenle ufak olasılık da olsa tekrarlaması mümkündür ve eğer de olsa adenoidektomi tekrar gerekebilir.

PALATİNAL TONSİL HİPERTROFİSİ:

Çocukluk döneminde bir dereceye kadar palatinal tonsillerin hipertrofik olması son derece normaldir. Patolojik olarak kabul edilen hipertrofinin özellikleri şunlar olmalıdır:



Şekil-144

1. Kronik obstrüktif hipertrofi; yani sadece akut enfeksiyon atağı döneminde olmayan, devamlı bulunan ve obstrüktif (tip-IV, orta hatta birbirine değecek kadar) (Şekil-144) olan hipertrofi,
2. Tıkayıcı uyku apnesi sendromuna neden olan boyutu ne olursa olsun hipertrofi.

Ayrıca muayene bölümünde değinildiği gibi, uygun olmayan muayene yönteminden kaynaklanan, palatinal tonsil boyutunun yanlış değerlendirilebileceği de, bu değerlendirme aşamasında unutulmamalıdır

Klinik: Genellikle adenoid vejetasyon ile birlikte olduğundan semptomlar benzerdir. Ancak yeme ve yutma zorluğu ile respiratuar obstrüksiyon bulguları daha belirgindir. Ayrıca bu tip hastalarda obstrüktif sleep apne sendromu da daha sıklıkla görülebilir.

Tanı: Fizik muayene bulguları iledir. Ancak obstrüktif tonsil hipertrofisi demek için, hastanın akut atak dışı bir zamanda görülmesi, gerekirse belli aralıklarla izlenmesi ve muayenenin uygun olarak yapılması gereklidir.

NOT: Erişkin bir hastada tek taraflı tonsil hipertrofisinde (Şekil-145a ve b) mutlaka malignite ekarte edilmelidir.



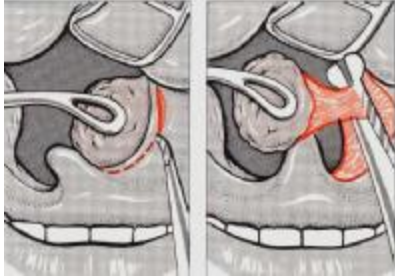
Şekil-145a



Şekil-145b

Yine palatinal tonsil de dahil olmak üzere farengeal lenfoid halkanın hızla büyümesi tüm lenfatik sistemi tutan bir hastalığın bulgusu olabilir. Bu gibi durumlarda kesin tanı yöntemi biyopsi amacıyla TONSİLLEKTOMİ endikasyonu vardır

Tedavi: Cerrahidir.



Şekil-146

Çocuklarda hemen daima genel, erişkinlerde ise bazen lokal bazen genel anestezi altında TONSİLLEKTOMİ yapılır (Şekil-146). Genellikle adenoidektomi ile birlikte uygulanır.

Tabii ki her tonsil hipertrofisinde tonsillektomi düşünülmemelidir. Yukarıda bahsedilen özellikleri olan, tıkayıcı uyku apnesi sendromuna neden olan veya malignite şüphesi olan olgularda tonsillektomi endikasyonu vardır.

Tonsillektomi zannedildiği gibi minör bir cerrahi olmayıp, ender de olsa ciddi komplikasyonlar görülebilir. Bunun yanında doğru endikasyon konduğunda son derece faydalı ve kısa sürede olumlu sonuçların alındığı bir girişimdir.

Son yıllarda klasik yöntemle tonsillektomi yerine, çeşitli farklı yöntemler ve tonsillektomi yerine TONSİLLOTOMİ de cerrahi tedavide ileri sürülmektedir.

HORLAMA ve TIKAYICI UYKU APNESİ SENDROMU

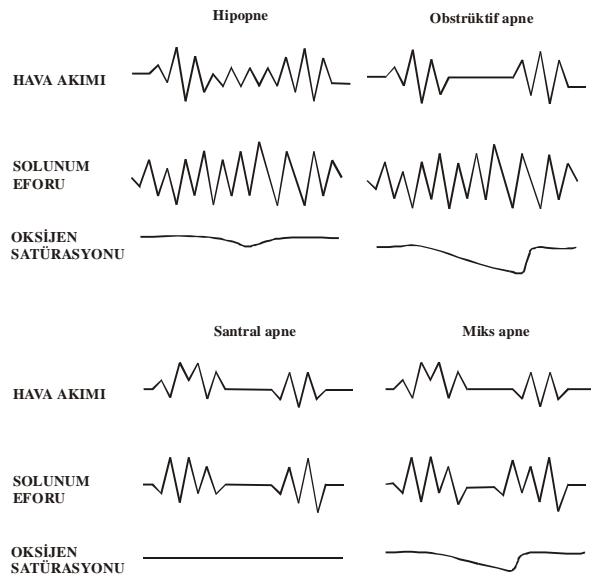
Toplumda çok sık görülen bir sorun olan “Uyku Bozuklukları” 4 ana başlık altında toplam 84 patolojiyi kapsamına rağmen, bunlar içinde en sık rastlanan grup “Uyku ile İlişkili Solunum Bozukluğu (*Sleep Related Breathing Disorders-SRBD*)”dur. Aslında bu grup; bir ucunda sosyal bir olay olan “Basit Horlama (*Snoring*)”nın, diğer ucunda ise tıbbi açıdan ciddi bir sorun olan, morbiditesi yüksek ve hatta potansiyel olarak ölümcül olabilen “Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu (*Obstructive Sleep Apnea Syndrome-OSAS*)”nın bulunduğu bir hastalık spektrumunu kapsamaktadır. Bu iki uç noktada bulunan hastalığın arasında ise “Üst Solunum Yolu Direnç Sendromu (*Upper Airway Resistance Syndrome-UARS*)” bulunmaktadır.

Epidemiyoloji: ABD’nde toplumun yaklaşık 1/3’ü uyku ile ilgili problemlerden yakınmakta olup, en sık tanı konulan uyku bozukluğu ise OSAS’dur. OSAS’nun gerçek sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, genel olarak tüm toplum içinde %4 oranında olduğu zannedilmektedir. Ancak bu oran kadın nüfusta %2’ye düşerken, erkek nüfusta %5-10’a çıkmaktadır. Gerçekten OSAS erkeklerde daha sık görülen bir hastalık olup, OSAS’lu hastaların yaklaşık %85-90’ı erkektir. Ayrıca OSAS’lu hastaların yaklaşık 2/3’ü şişman olup, OSAS görülme sıklığı yaşla birlikte belirgin olarak artar.

Ancak buna karşılık basit horlama toplumda çok daha sık görülen bir yakınma olup, genel nüfusta erkeklerin %53, kadınların ise %38’inin ara sıra, yine erkeklerin %31, kadınların ise %19’unun ise alışkanlık şeklinde devamlı horladığı saptanmıştır. Aşırı yorgunluk, fazla alkol veya uyku ilacı alımını takiben görülen ara-sıra olan horlama veya sadece sırtüstü yattığında ortaya çıkan pozisyonel horlama patolojik kabul edilmemesine rağmen, alışkanlık tarzında yukarıda sayılan etmenlere bağlı olmaksızın devamlı horlayanlarda %34-60 oranında OSAS görülebileceği bildirilmiştir.

Ayrıca OSAS ve basit horlamanın çocukluk döneminde de görülebilen bir hastalık olduğu unutulmamalıdır.

Terminoloji:

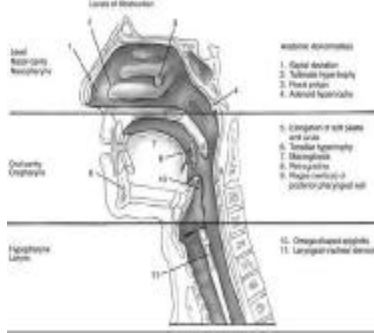


Şekil-147

En az 10 saniye süre ile ağız ve burundan hava akımının durması olarak adlandırılan “Apne”, eğer santral olarak solunum yolunun da uyarılmaması (yani abdominal ve torakal solunum eforunun da olmaması) ile birlikte görülürse “**Santral (Merkezi) Apne**”, solunum merkezi ile ilgili sorun olmaması, yani solunum eforuyla birlikte görülürse “**Obstrüktif (Tıkayıcı) Apne**” olarak tanımlanmaktadır (Şekil-147). “*Sleep Apnea Sendromu*” ise; tüm uyku süresince olan apnelerin ve hipopnelerin saatlik ortalaması olarak tanımlanan “**Solunum Bozukluğu İndeksi (Respiratory Disturbance Index - RDI)**” 5’den fazla olmasıdır.

Günlük yaşamda çok daha sıklıkla görülen apne türü obstrüktif apne olup, buna bağlı olarak görülen uyku apnesi sendromu türü ise OSAS'dur.

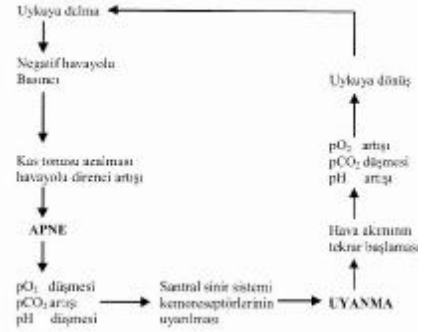
Fizyopatoloji, Morbidite ve Etiyoloji:



Şekil-148

Çok daha ender görülen santral apne nedeni nörolojik bozukluklar olup, daha sık görülen OSAS nedenleri ise periferiktir. Çok geniş anlamda burun ucu ve ağız içinden, trakeaya kadar uzanan üst solunum yolunu daraltan her türlü patoloji OSAS'na neden olmaktadır (Şekil-148). Bu nedenle OSAS'na neden olan patoloji hemen daima Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun alanındadır.

Derin uykuya dalma ile birlikte kas tonusunun iyice kaybolması sonrasında, daralmış olan üst havayolundaki hızlanmış inspirasyon havası (*Venturi Prensibi*) havayolu çeperine daha fazla negatif basınç oluşturmakta (*Bernoulli İlkesi*) ve bu emme kuvveti havayolunu açık tutmaya çalışan kas tonusunu aşınca, o bölgede havayolu kollabe olmakta ve apne gelişmektedir (Şekil-149).



Şekil-149

Apneyi takiben kanda O_2 basıncı düşüp, CO_2 basıncı yükselip ve pH düşmektedir. Bu gelişmeler santral sinir sistemi kemoreseptörlerini uyararak, kişinin apneden kurtulması için refleks olarak uyanmasına veya daha hafif uyku evresine geçmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda tekrar kasların tonusunun artması ile negatif basınç aşılar ve kollabe olan bölge açılır. Hava akımı tekrar başlar, apne ortadan kalkar, O_2 basıncı yükselir, CO_2 basıncı düşer ve pH yükselir. Hasta tekrar uykuya dalar. Bu şekilde uykuya dalma, horlama, apne, uyanma periyotları uyku boyunca devam eder.

Apne sırasında görülen fizyopatolojik reaksiyonlar, diğer reaksiyonları tetiklemekte ve ciddi sistemik sorunlara da neden olabilen gelişmeler görülebilmektedir. OSAS ile birlikte miyokard infarktüsü, felç, aritmi ve hipertansiyon gibi kardiyolojik ve serebro-vasküler hastalıkların riski yükselmektedir. Belki de toplumda esansiyel hipertansiyon olarak kabul edilen veya nedeni bilinmeyen miyokard infarktüsü geçiren hastalarda tanı konmamış OSAS olabileceği de bir gerçektir. OSAS ile birlikte mortalitenin de arttığı ve OSAS'lu hastaların uzun süre takip edildiklerinde 5 yıllık mortalitenin %11 olduğu bildirilmiştir. Mortalite direkt olarak hastalığın ciddiyeti ile ilgili olup, çalışmaların çoğunda vasküler patolojilere bağlı olduğu vurgulanmıştır. **Özetle; basit horlama sadece sosyal bir hastalık olup tedavisi isteğe bağlı olmakla birlikte, OSAS çok ciddi morbidite, hatta mortaliteye neden olabilen ciddi bir hastalık olup, tedavisi tıbben zorunlu bir hastalıktır.**

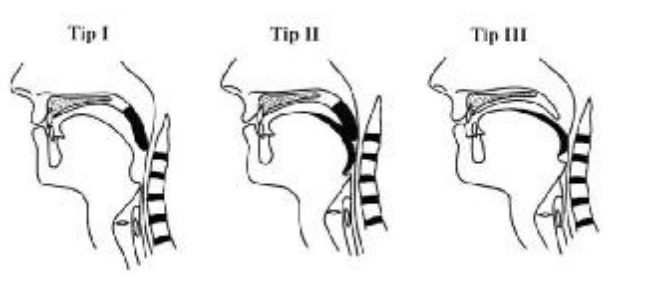
Bu fizyopatolojiden de anlaşılacağı gibi üst havayolunu daraltan her türlü periferik patoloji OSAS'na neden olabilmekle birlikte bu patolojiler başlıca 2 gruba ayrılabilir:

1. Yumuşak doku patolojileri,
2. İskelet sistemi patolojileri.

Kısaca; erişkinlerde yumuşak damak, uvula, tonsil ve dil kökü sorunları (Şekil-150 ve 151), çocuklarda ise adenoid vejetasyon ve tonsil hipertrofisi (Şekil-138) en sık görülen nedenlerdir.



Şekil-150



Şekil-151

Klinik: OSAS yakınmaları şu şekilde sınıflandırılabilir:

Major

Horlama

Uyku sırasında nefes kesilmesi, boğulma ve zorlukla soluma nöbetleri (tanıklı apne)

Yoğun gün boyu uyuklama (*Excessive Daytime Sleepiness-EDS*)

Minör

Dikkat isteyen aktivitelerin yapılmasında ve devam ettirilmesinde zorluk

Fiziksel olarak dinlendirmeyen uyku / uykudan yorgun kalkma / sersem gibi uyanma

Kişilik değişiklikleri

İdrak zorlukları

Sabah baş ağrıları

Noktüri

Nokturnal enürezis

Empotans

Ayrıca özellikle çocuklarda kişilik sorunlarına (hırçın, uyumsuz, hiperaktif), okul başarısızlıklarına ve fizik-mental gelişim sorunlarına neden olmaktadır.

Bunlar içinde en tipik yakınma HORLAMA olup, yukarıda da bahsedildiği gibi her horlayan OSAS olmamakla birlikte, OSAS'lu hastaların hemen hepsi horlar. Horlama ve uykuda tanıklı apne, aslında hastadan çok, yatak arkadaşının veya ev halkının bir yakınması olarak dikkati çekmektedir. Bu nedenle bu hastalardan öykü, mutlaka yatak arkadaşları ile birlikte alınmalıdır.

Bir diğer ilginç yakınma ise bu hastaların gün boyu yoğun uyuklama içinde olmalarıdır. Gece yeterince uyuyamayan, sabah yataktan dinlenmiş olmak yerine dayak yemiş gibi kalkan bu hastalar, gün içinde her fırsatta uyulamaktadırlar. Gün boyu yoğun uyuklama hali özellikle şoför, polis, bekçi, hava trafik kontrolörü gibi aşırı dikkat gerektiren mesleği olan kişilerde ciddi sorunlara neden olabilir. ABD'nde 1990 yılında 58.000 motorlu taşıt kazasına OSAS'lu kişilerin neden olduğu tahmin edilmektedir.

Tanı: Bu grup hastalarda tanı basamakları şunlardır:

1. Hastalığın tipi: Basit horlama mı, sleep apne sendromu mu?
2. Sleep apne sendromu ise hastalığın tipi (santral mı, obstrüktif mi?) ve ciddiyeti
3. OSAS ise tıkanıklığın yeri

Birinci ve ikinci soruların yanıtını verecek olan tek ve altın standart tetkik **“POLİSOMNOGRAFİ-PSG”**dir. Bu nedenle bu hastalıkların değerlendirilmesinde ayrıntılı olarak yapılacak olan PSG'yi temel alan bir uyku laboratuvarının bulunması kaçınılmazdır. Değerlendirilecek olan hastaların uyku laboratuvarında bir gece yatırılarak yapılan PSG'de

standart olarak şu parametreler kayıtlanmalıdır: 1) Elektroensefalogram / EEG, 2) Sol ve sağ elektrookülogram / EOG, 3) Submental elektromiyogram / EMG, 4) Nazal ve oral hava akımı, 5) Torakal ve abdominal solunum hareketleri ve eforu, 6) Oksijen saturasyon seviyeleri, 7) Elektrokardiyogram / EKG, 8) Anterior tibialis kası EMG'si, 9) Uyku pozisyonu ve 10) Özofagus basınç monitorizasyonu.

Üçüncü sorunun yanıtı ise; tam bir KBB ve baş-boyun muayenesi ile birlikte, tüm üst havayolunun fleksibl endoskopi ile değerlendirilmesi, sefalometri ve bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntülemidir.

Tedavi: Basit horlamada tedavi elektif olup, hasta ve/veya yatak arkadaşının çözüm isteyip istememesine bağlıdır. Ancak toplumdaki genel kanının aksine horlama tedavi edilemez bir durum değildir ve yumuşak damak, uvula ile palatinal tonsil bölgesien yapılacak tek aşamalı bir girişimle büyük oranda başarı elde edilebilir. OSAS ise yukarıda bahsedildiği gibi tıbben mutlaka tedavi edilmesi gerekli bir klinik antite olup, kontrol altına alınmadığında ölüme kadar gidebilen ciddi morbiditeye neden olabilmektedir.

Temel olarak OSAS'nda 2 tedavi yöntemi vardır:

1. **MEDİKAL TEDAVİ:**

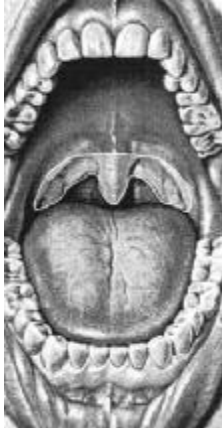
- a. Öneriler, uyku hijyeni, yaşam tarzı, ideal kilo
- b. Birlikte bulunabilen hastalıkların tedavisi
- c. Mekanik aletler;
 - i. Pozitif hava basıncı;
 - nCPAP / *nasal continuous positive airway pressure*,
 - BiPAP / *bilevel continuous positive airway pressure*,
 - ii. Ağız veya burun içi aletler.

2. **CERRAHİ TEDAVİ:**

- a. Tıkanıklığı devre dışı bırakan girişim / trakeotomi
- b. Tıkanıklığı ortadan kaldıran girişimler
 - i. Yumuşak dokuya yönelik;
 - Burun cerrahisi:
 - Nazofarenks cerrahisi: Adenoidektomi.
 - Uvula, yumuşak damak ve/veya tonsil cerrahisi:
 - Uvulopalatofarengopalatoplasti / UPPP (Şekil-52),
 - Lazer yardımcı uvulopalatoplasti / LAUP,
 - Radyofrekansla termal ablasyonu / RFTA,
 - Tonsillektomi.

NOT: Çocuklarda OSAS'ın temel tedavisi adenotonsillektomidir.

- Dilkökü cerrahisi:
- ii. İskelet sistemine yönelik;



Şekil-152

ENFEKSİYÖZ ve ENFLAMATUAR HASTALIKLAR

CHEİLİTİS / RHAGAD: Dudak cildinin veya mukozasının çeşitli nedenlerle olan enflamasyonlarına *cheilitis* denir (Şekil-153). Sıklıkla ağız komissürlerinde görülür ve bunlar “*Angular Cheilitis*”, “*Rhagad*” veya “*Perleche*” olarak da adlandırılır. Bunlar ağız açılması ile belirginleşen ağrı ve hafif kanama ile karakterize, ağız komissüründe çatlaklar şeklinde görülen lezyonlardır (Şekil-154 ve 155).



Şekil-153



Şekil-154



Şekil-155

Diş sorunları, diş protezi sorunları, mikotik enfeksiyonlar, genel vücut direncinin düşük olması, diyabet, demir eksikliği anemisi sıklıkla görülen nedenlerdir. Termal, kimyasal veya güneş ışınları travmasına da bağlı olabilir.



Şekil-156

Tedaviye başlanmadan önce (özellikle uzun sürelerde) ağız komissürü maligniteleri ekarte edilmelidir (Şekil-156). Ayrıca *Plummer Wilson* Sendromu da unutulmamalıdır. Tedavi; uygun olmayan diş protezlerinin düzeltilmesi, varsa sistemik ve hematolojik hastalığın düzeltilmesi, gerektiğinde antifungal tedavi ve kortikosteroid merhemler ile gümüş nitrat uygulamasıdır.

FRONKÜL, KARBONKÜL: Genellikle üst dudak cildinde görülür (Şekil-157).



Şekil-157

Bu bölgenin intrakraniyal sinüslerle venöz bağlantısından dolayı, sinüs tromboflebiti riski olan enfeksiyonlardır. Stafilokokları da kapsayan geniş spektrumlu antibiyotikler tedavide seçilmelidir.

GİNGİVOSTOMATİTLER

AFTÖZ STOMATİTLER: Çok sık tekrarladığından “**Rekürrent Aftöz Stomatit**” de denmektedir.

Patogenez: Bilinmemektedir. Virüs kökenli olmadığı zannedilmektedir. Labial otonom sinir sistemi, enfeksiyonlar ve hormonal faktörlerin stimülasyonu suçlanmaktadır. Otoimmün

olduğu konusunda şüpheler vardır. Ancak psikolojik streslerin tekrarlamaları tetiklediği bilinmektedir.

Klinik : Genellikle yanak mukozası, dil, damak ve gingivada yerleşen, belli aralıklarla rekürrens gösteren, 1-5 mm çaplı, ileri derecede ağrılı, bazen ülser olabilen, beyaz, çevreleri hiperemik bir hale ile çevrili tek lezyon şeklindedir (Şekil-158, 159 ve 160). Bazen birkaçı yan yana olabilir ve servikal lenfadenopatiler de eşlik edebilir (Şekil-161).



Şekil-158



Şekil-159



Şekil-160

Tanı: Anamnez ve klinik görünüm ile yapılabilir. Ayırıcı tanıda; herpes lezyonları düşünülmelidir.

Tedavi: Septomatiktir. Oral hijyene dikkat edilmesi ile birlikte, analjezik solüsyonlar ve steroidli kremler kullanılabilir.

Minör aftlar hemen daima 1-3 hafta içinde skar bırakmadan iyileşir ve sıklıkla nükseder.

Behçet Hastalığı: Genital ve oral mukozada rekürrent aftlar, göz ve romatizmal semptomlarla olan klinik tabloya “Behçet Hastalığı” denir. Bu hastalıkta görülen aftlar genellikle major aftlar olup, skar bırakarak iyileşir (Şekil-162 ve 163). Otoimmün kökenli yaygın vaskülit etyopatogenezde düşünülmektedir. Kronik bir hastalıktır ve fatal seyredebilir.



Şekil-161



Şekil-162



Şekil-163

MİKOTİK ENFEKSİYONLAR:

Akut enfeksiyonlar:

Patogenez: Mantarların neden olduğu, genellikle oral kavite mukozasını tutan, bazen tonsil ve farenks mukozasında da görülebilen enfeksiyondur. Genellikle etken *Candida Albicans*'dir. *Aspergillois* de daha ender olarak görülebilir. Direnci düşük, uzun süre antibiyotik, kemoterapi, steroid alanlarda ve radyoterapi görmüş kimselerde sıklıkla görülür. Yeni doğanlarda da sıktır (pamukçuk).

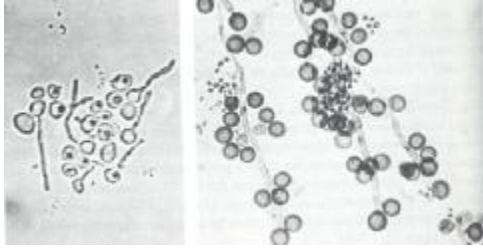
Klinik: Dil ve ağızda yanma sık görülen yakınmalardır. Mukozada eksuda şeklinde membranöz veya yüzeysel beyaz noktasal odaklar şeklinde folliküler iki klinik formu vardır (Şekil-164 ve 165).



Şekil-164



Şekil-165

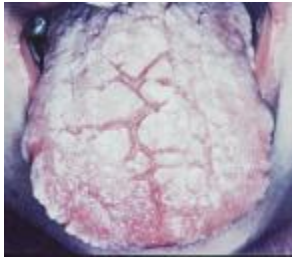


Şekil-166

Membranöz formunda membranlarla seyreden diğer hastalıklardan (difteri, enfeksiyöz mononükleoz gibi) ayırt edilmelidir. Mantar enfeksiyonlarındaki membranlar mukozadan kolayca sıyrılabilir ve altından sağlam mukoza çıkar. Sıyrılan membranlara direkt nativ preparatta bakıldığında mantar hifleri görülür (Şekil-166). Ayrıca mantar kültürü de yapılabilir

Tedavi: Oral hijyen, nistanin oral solüsyon, genel direncin düzeltilmesidir.

Kronik enfeksiyonlar:



Şekil-167

AIDS gibi edinsel immün yetmezliği olan hastalarda görülür. Akut enfeksiyonların tersine dil mukozasında hipertrofi, papillarda belirginleşme ve fissürlerle ortaya çıkar. Bu lezyonların premalign olduğu kabul edilmektedir (Şekil-167).

VİRÜTİK ENFEKSİYONLAR:

Oral kavitede özellikle *Herpes* grubu virüslerin enfeksiyonlarına rastlanır. Ayrıca *Ebstein Barr* ve *Coxsackie A* enfeksiyonları da görülür. *Ebstein Barr* enfeksiyonlarına tonsillit bölümünde bahsedilecektir.

Herpes Enfeksiyonları:

Bunlar içinde en sık görüleni *Herpes Simplex* enfeksiyonudur (uçuk). Genellikle çocukluk döneminde ilk kez ortaya çıkar. Çok bulaşıcı bir enfeksiyon olup, toplumun yaklaşık %90'ının bu virüsü taşıdığı zannedilmektedir. Ancak her zaman manifest enfeksiyon oluşturmaz. Ağız içinde özellikle yerken yanma ve rahatsızlık hissi, bazen hafif ateş tipik yakınmalardır. Mercimek boyutunda, şeffaf veziküller, özellikle mukokütanöz birleşim yerlerinde (dudak gibi) ve tüm ağız içinde görülebilir (Şekil-168, 169 ve 170). Özellikle oral kavitenin ön yarısında yerleşir.



Şekil-168



Şekil-169



Şekil-170

Zaman içinde veziküller ortası kırmızı yüzeysel sirküler veya oval ülserlere dönüşür. Bu dönemde aşırı hassasiyet vardır. Genel durumu bozuk olanlarda yaygın veziküller görülebilir (Şekil-171).



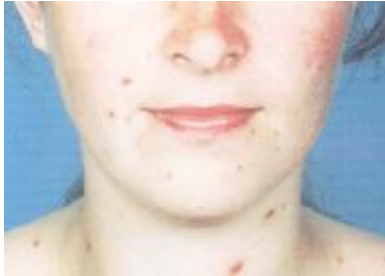
Şekil-171

Tanı genellikle diğer hastalıkların ekarte edilmesi ile konur. Kesin tanı eğer mümkünse ve gerekli ise veziküllerin ilk 24 saatinde vezikül içeriğinden virüs ekimi yapılarak konabilir.

Ayırıcı tanıda; herpanjina, su çiçeği, pemfigus düşünülmelidir.

Tedavi lokal antivirütik merhemler kullanılabilir. Seyri genellikle zararsızdır ve 1-2 haftada iyileşir.

Diğer sık görülen herpes enfeksiyonu ise *Varicella Zoster*, yani su çiçeğidir. Çocukluk dönemi hastalığıdır ve makülopapüler döküntülerle karakterizedir (Şekil-172).



Şekil-172

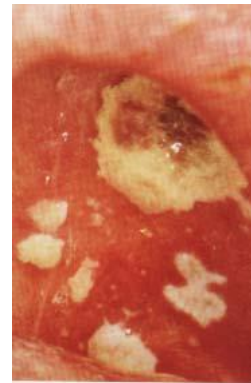
Suçiçeği geçiren bir erişkinde tekrar aynı virüsle karşılaşıldığında ortaya çıkan tablo *Zona Zoster*'dir. Bu nörotropik virüsün neden olduğu enfeksiyon sinirlerin trasesi boyunca veziküller ve maküler döküntülerle seyredir. Vücutta en sık tuttuğu sinir interkostal sinirdir. Baş-boyunda ise oftalmik ve fasiyal (*Ramsey Hunt Sendromu*) sinir sıklıkla tutulur. Eğer trigeminal siniri tutarsa, benzer döküntüler yüz cildi ve ağız içinde görülür (Şekil-173, 174 ve 175).



Şekil-173



Şekil-174



Şekil-175

Trigeminal sinirin 2. (maksiller) ve 3. (mandibüler) dallarının innerve ettiği alanda hızla ilerleyen veziküller ve takiben yüzeysel fibrinöz epitelyal defektler görülür. Son derece

ağrılı lezyonlardır. Ağrı nöralji şeklinde keskin ve batıcıdır. Yaşlı hastalarda yaygın enfeksiyon malign hastalığı düşündürmelidir.

Tedavi semptomatiktir. Ağrı kesici, sekonder enfeksiyonda antibiyotik ve B vitamini verilir.

Herpanjina:

Coxsackie A virüsünün neden olduğu, enkübasyon süresi 4-6 gün olan enfeksiyondur. Herpes simpleks enfeksiyonlarındakine benzer veziküller tipiktir. Ancak veziküller daha çok oral kavitenin arka yarısında ve orofarenkste, yumuşak damakta, ön tonsil plikasında lokalizedir (Şekil-176 ve 177). Veziküller kısa sürede kaybolur, bu nedenle saptanamayabilirler.



Şekil-176



Şekil-177

Yüksek ateş, baş ağrısı, boyun ve boğazda ağrı, tat duyusu kaybı tipik yakınmalardır. 15 yaş üstü grubu daha çok etkiler.

Tedavi semptomatiktir.

VİNCENT ANJİNİ (Ülseromembranöz Stomatit):

Zorunlu simbiyotik spiroket ve fuziform mikroorganizmalar ile olan enfeksiyondur. Kötü ağız hijyeni, genel direnç düşüklüğü, dental hasarlar da etkindir. Genellikle tek taraflı, gingiva, yanak mukozası ve palatinal tonsilde ülser ve membranlarla karakterize lezyonlar görülür (Şekil-178).



Şekil-178

Ülserler genellikle derin ve şiddetli ağrılı olup, ağız kokusu ve jugulodigastrik açıda lenfadenopati eşlik etmektedir. Buna rağmen çoğu zaman ateş yoktur. Ayırıcı tanıda tonsil kanserleri, lösemi, agranülozitoz, difteri ve enfeksiyöz mononükleoz unutulmamalıdır.

Tedavi 3-6 gün penisilinin verilmesidir. Ağız hijyeni de sağlanmalıdır.

LUDWIG ANJİNİ (Ağız Tabanı Sellüliti):

Patogenez: Dil veya oral mukozadaki çatlaklardan veya diş çekimini takiben enfekte materyalin penetrasyonu ile oluşur. Balık kılçığı gibi ufak yabancı cisimlerde neden olabilir.

Enfeksiyon ağız tabanı ile sublingual ve submandibüler bezlere doğru yayılır. Ağız tabanında önce sellülit takiben apse gelişir. Diabet gibi sistemik hastalığı olanlarda daha sıktır.

Klinik: Dil hareketlerinde kısıtlılık ve dilde şişlik, giderek artan ağrı, konuşmanın giderek bozulması, basmakla aşırı hassasiyet ile birlikte ağız tabanının endurasyonu ve öne-yukarı doğru şişmesi, yutmada ileri derecede zorluk ve sonunda olanaksız olması, trismusla birlikte temporomandibüler eklem hareketlerinde kısıtlılık, ateş, sistemik ciddi enfeksiyon bulguları ve bazen stridor görülebilir (Şekil-179 ve 180). Kontrol altına alınmaz ise hızla boyun fasyaları boyunca aşağı doğru yayılarak, üst solunum yolu obstrüksiyon bulgularına ve mediastinite neden olabilir ve fatal seyredebilir.



Şekil-179



Şekil-180

Tanı: Klinik tablo ile konur.

Tedavi: Yüksek doz geniş spektrumlu antibiyotik, apse formasyonu oluşmuşsa drenaj, yeterli diyet ve sıvı, gerekli ise nazogastrik ve parenteral beslenme, gerekli ise trakeotomi. Diabet varsa mutlaka kontrol altına alınmalıdır.

Komplikasyon: Enfeksiyonun boyun derin yumuşak dokulara, mediastinuma ve larenkse yayılması hayatı tehdit eden komplikasyonlardır.

FARENJİTLER

Enfektif veya non-enfektif nedenlerle olabilen, farenks mukozasının enflamasyonudur. Enfektif nedenlerle olanlar, spesifik veya non-spesifik enfeksiyonlardır. Tek başına görülebileceği gibi, üst solunum yolu enfeksiyonunun bir parçası olarak, rinosinüzit, larenjit, trakeit ve/veya bronşitle birlikte de olabilir. Ayrıca tüm farenks mukozasında görülebileceği gibi, farenks içindeki bir veya birkaç dokuyu birden de (adenoidit, palatinal tonsillit, lingual tonsillit, lateral band enfeksiyonları gibi) tutabilir. Süreç olarak ise, akut, kronik veya rekürrent olabilir. Bu nedenlerden dolayı aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

1. Sürece göre;
 - a. Akut
 - b. Kronik
 - c. Rekürrent
2. Etiyolojiye göre;
 - a. Enflamatuvar
 - b. Enfeksiyöz
 - i. Non-spesifik
 1. Virütik
 2. Bakteriyel
 3. Mikotik

- ii. Spesifik
 1. Sifiliz
 2. Difteri
 3. Tüberküloz
3. Yerleşime göre;
 - a. Yaygın farenjit
 - i. Saf
 - ii. Kombine / rinosinüzit, larenjit, trakeit, bronşit veya üst solunum yolu enfeksiyonu
 - b. Sınırlı farenjit
 - i. Adenoidit
 - ii. Lingual tonsillit
 - iii. Palatinal tonsillit
 - iv. Lateral band enfeksiyonları

AKUT FARENJİT: Genellikle enfeksiyöz nedenlerle oluşan, non-spesifik enfeksiyonlardır. Tek başına farenjit şeklinde görülmesi enderdir. Genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonunun bir parçası olarak, diğer enfeksiyonlarla (rinosinüzit, larenjit, trakeit, bronşit gibi) birlikte görülür. Neden çoğu olguda virüttir.

Akut non-spesifik farenjit: Sıklıkla virütik olup, en sık görülen viruslar adenovirus veya rinovirus'tur. Bakteriyel olanlarda ise en sık görülen mikroorganizma beta hemolitik streptokoklardır. Kışın, nemli havalarda ve vücut direncinin düştüğü durumlarda daha sık görülür. Okul ve toplu yaşanan yerlerde epidemiyi yapabilir. Aynı zamanda; kızamık, kızıl, influenza gibi sık görülen veya tifo, çiçek gibi ender görülen hastalıkların prodromal evresi de olabilir. Ender olarak, lokal travma, sıcak ve koroziv maddelerin içimi, yabancı cisimlerin tahrişi sonucu enflamatuvar etiyoloji ile de karşımıza çıkabilir.

Klinik:

Hafif olgularda;

- Özellikle yutarken olan boğaz ağrısı,
- Bazen kulak ağrısı,
- Servikal lenf nodlarında büyüme ve hassasiyet,
- Hafif (subfebril) ateş, 37-38⁰
- Farenks mukozasında belirgin enflamasyon, hiperemi, ödem.
- Komplikasyon enderdir.

Ciddi olgularda;

- Yüksek ateş, 39-40⁰
- Belirgin toksik tablo,
- Göreceli olarak yavaş nabız,
- Yumuşak damak ve uvulada ödem,
- Müköpürülan eksuda,
- Soluk bir yüz ifadesi,
- Komplikasyon daha sık: Enfeksiyon larenkse yayılıp ödem yapabilir. Septisemi, parafaranageal, retrofarengeal apse enderdir. Antijenik reaksiyonlar sonucu, romatizmal ateş, nefrit gelişebilir.

Tanı: Önemli olan viral / bakteriyel ayırımını yapmaktır. Viral enfeksiyonlar genellikle hafif tablo ile seyrederken, bakteriyel enfeksiyonlar ciddi tablo ile seyrederek. Genellikle viral enfeksiyonlarda enkübasyon süresi 3-4 gün, streptokokkal enfeksiyonda ise 2 gündür. 5 yaşın altındaki çocuklarda viral olma olasılığı daha yüksektir. Konjunktivit, rinosinüzit, larenjit,

trakeit gibi diğer enfeksiyonların eşlik etmesi viral enfeksiyon lehinedir. Diyare olması da enterovirus enfeksiyonunu düşündürür. Lökosit bakteriyel enfeksiyonlarda daha belirgin olup, lökosit formülünde sola kayma (nötrofil hakimiyeti) vardır. Tanı için en geçerli yöntem boğaz kültürüdür. Hızlı antijen testleri de yapılabilir. Bu konuya palatinal tonsillitler bölümünde daha geniş olarak değinilecektir.

Tedavi: Çoğu olguda (viral olan) hastalık 3-7 günde kendiliğinde iyileşir. Bunlarda istirahat, sulu gıda ve antiinflamatuvar-analjezik verilmesi yeterlidir. Daha az sıklıkla görülen, bakteriyel olarak başlayan veya sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişen olgularda iyileşme süresi uzar ve 10 günü aşar. Her iki durumda da tedaviye antibiyotik eklenmelidir. Ampirik tedavide verilecek antibiyotik streptokoklara yönelik olup, ilk tercih edilecek olan grup doğal penisilinlerdir.

KRONİK FARENJİT: Enfeksiyözden daha çok inflamatuvar nedenlerle oluşan, enfeksiyöz olduğunda ise spesifik enfeksiyonların da görülebildiği klinik tablodur. Ancak daha sıklıkla inflamatuvar nedenlerle ortaya çıkan ve bazı meslek gruplarında daha sık görülen bir hastalıktır.

Etiyoloji:

1. Enfeksiyöz (ender);
 - a. Tekrarlayan non-spesifik akut enfeksiyonlar sonucu
 - b. Sifiliz, difteri, tüberküloz gibi spesifik enfeksiyonlar
2. Enflamatuvar (sık);
 - a. Ekstresek nedenler;
 - i. Aktif veya pasif sigara içiciliği,
 - ii. Hava kirliliği,
 - iii. Fizyolojik olmayan atmosferik ortam; aşırı sıcak, soğuk, kuru,
 - iv. Tozlu-kirli ortam
 - v. Dehidratasyon
 - b. İntresek nedenler;
 - i. Septum deviasyonu veya diğer nedenler sonrası burun solunumu bozulan ve ağız solunumu yapılan durumlarda,
 - ii. Palatinal tonsillektomi sonrası,
 - iii. Larengofarengeal reflü,
 - iv. Rinosinüzitlere bağlı postnazal akıntı
 - v. Enfekte dişler,
 - vi. Sesin kötü kullanımı



Şekil-181

Dört ayrı klinik tabloda görülebilir:

1. Kataral; koyu kırmızı şeklinde hiperemik mukoza ve soluk bir ödemle karakterizedir.
2. Hipertrofik; tüm farenks lenfoid dokusunda (özellikle lateral band ve orofarenks arka duvarındaki) hipertrofik görünümle karakterizedir (şekil-181).
3. Folliküler; küçük sarı nodüller tarzda görünümle karakterizedir.
4. Atrofik; mukoza soluk, kuru ve atrofiktir, genellikle atrofik rinit ile birlikte.

Semptomlar: Boğazda irritasyon, rahatsızlık hissi en sık görülen yakınmadır. İrritasyonun oluşturduğu inatçı ve devamlı kuru öksürük ve boğaz temizleme gereksinimi tipiktir. Seste yorulma, boğaz kuruluğu sık görülür. Bazen horlama da eşlik edebilir.

Tedavi: Çok az bir hasta grubunda antibiyotikle tedaviye gerek yoktur. Altta yatan neden tedavi edilmelidir. Burun ve sinüs problemleri varsa reflü tedavi edilmeli, hastanın bol su içmesi, pasif veya aktif sigara içiminden sakınması ve çevresel faktörleri fizyolojik hale getirmek için çalışması hastaya önerilmelidir. Larengofarengeal reflü tedavisi oldukça etkindir. Ayrıca bu hastalarda sık görülen kanser korkusu açıklanmalıdır.

ADENOİDİT: Farengeal tonsillerin enflamasyonudur. Çoğu zaman hipertrofisi (adenoid vejetasyon) ile birlikte görülür. Genellikle virütik enfeksiyonların neden olduğu, genel bir üst solunum yolu enfeksiyonunun veya yaygın farenjit tablosunun bir parçası olarak görülen klinik durumdur. Ender olarak tek başına da görülebilir.

Yakınma ve bulgular adenoid vejetasyon bölümünde anlatılanlarla aynıdır. Fark, bu yakınma ve bulguların devamlı değil, akut enfeksiyon dönemlerinde olmasıdır. Ayrıca akut enfeksiyona ait yakınma ve bulguları da eşlik eder.

Adenoid dokusundaki enfeksiyon çok kolaylıkla diğer enfeksiyonlara da (otit media, rinosinüzit, palatinal tonsillit, alt solunum yolu enfeksiyonları) öncülük eder. Ayrıca adenoidit, bizzat solunum yolu allerjilerine neden olabileceği gibi, allerjik reaksiyonları da tetikleyebilir.

Akut dönemde tedavi medikaldir. Çoğu zaman olduğu gibi virütik enfeksiyonlarda semptomatik tedavi, ender görülen bakteriyel enfeksiyonlarda ise antibiyotikli tedavi verilir. Ancak tekrarlayan adenoiditlerde ve enfeksiyon kaynağı olarak öncülük ettiği tekrarlayan ve/veya kronik otit media ve rinosinüzit durumlarında, adenoid vejetasyon da olduğu gibi ADENOİDEKTOMİ gereklidir.

PALATİNAL TONSİLLİT: Günlük yaşamda kısaca “tonsillit” olarak adlandırılan, palatinal tonsillerin enfeksiyonlarıdır. Sadece palatinal tonsilde enfeksiyon olabileceği gibi, tonsillit yaygın farenjit tablosuna veya genel bir üst solunum yolu enfeksiyonu tablosuna eşlik ediyor da olabilir.

Diğer organ enfeksiyonlarında olduğu gibi süreçlerine göre tonsillitler:

- Akut
- Rekürrent
- Kronik

olmak üzere 3 gruba ayrılabilir. Etiyolojik nedenlerine göre ise;

- Non-spesifik

§ Virütik (Çocuklarda %80-85, erişkinlerde %20-25)

- Rinovirus, influenza virus, parainflunza virus, koronavirus, reovirus gibi virütik üst solunum yolu enfeksiyonlarında sık görülen viruslar
- *Ebstein-Barr* virusu ile olan “Enfeksiyöz Mononükleoz”

§ Bakteriyel

- Çocuklarda görülen ve çok sık tekrarlamayan, ender görülen akut tonsillit ataklarında hemen daima, “Grup-A beta hemolitik streptokok”
- Kronikleşen, çok sık tekrarlayan ve sık sık antibiyotik alan çocuklarda veya erişkinlerde, Sıklıkla beta hemolitik streptokok ile birlikte, daha ender olarak pnömokok, stafilokok, hemofilus influenza ve miks flora

§ Mikotik

- Kandida
- Spesifik
 - § Difteri
 - § Sifiliz
 - § Tüberküloz

şeklinde sınıflandırılabilir.

Akut non-spesifik tonsillit: Çok sık görülen (özellikle kış aylarında), genellikle çocukluk döneminde olmasına rağmen erişkinlerde de olabilen bir enfeksiyondur. Yukarıda da bahsedildiği gibi çocuklarda %80-85, erişkinlerde ise %20-25 oranında virütik olan ve damlacık enfeksiyonu şeklinde bulaşan bir patolojidir. Bazen virütik enfeksiyon sekonder bakteriyel enfeksiyona yol açabilir ve virütik başlayan enfeksiyon bakteriyel olarak devam edebilir. Bakteriyel olanlarda etken hemen daima “Grup-A beta hemolitik streptokok”dur. Böyle bir klinik tablo karşısında verilecek olan en önemli karar, bu akut enfeksiyonun virütik mi, bakteriyel mi olduğunun ayırımının yapılmasıdır. Böylece gereksiz yere antibiyotik kullanımından kurtulunmuş olur. Bu amaçla aşağıda belirtilen aşamalarda şu noktalara dikkat etmek gerekir:

1. Anamnez:

- a. Yakınmaların süreci: Virütik bir enfeksiyonda yakınmalar genellikle ilk 3-5 gün maksimum iken, 5 günden itibaren azalmaya başlar ve 7. günden sonra geçer. Halbuki bakteriyel bir enfeksiyonda 5. günden itibaren azalması beklenen yakınmalar daha da artar ve genellikle 10. günün ötesine taşar.

- b. Yakınmalar: Virütik enfeksiyonlarda genellikle;

- Diğer virütik üst solunum yolu enfeksiyon yakınmaları;
 1. Burun tıkanıklığı, akıntısı (rinosinüzit)
 2. Ses kısıklığı (larenjit)
 3. Kuru öksürük (larengotrakeit)
- Diğer virütik enfeksiyon yakınmaları;
 1. Gözde sulanma, yanma, kaşınma (konjunktivit)
 2. Karın ağrısı, diyare (gastroenterit, özellikle influenza-A ve *Ebstein-Barr* enfeksiyonlarında), miyalji, artralji

varken, bakteriyel enfeksiyonlara bu yakınmalar eşlik etmez. Ayrıca virütik enfeksiyonlarda tonsillit yakınmaları daha hafif iken, bakteriyel enfeksiyonlarda daha ağırdır:

- Ateş virütik enfeksiyonlarda subfebril (37-38⁰) iken, bakteriyel olanlarda toksik seviyededir (39-40⁰).
- Virütik enfeksiyonlar hastanın genel durumunu çok bozmadık ve genellikle çocuğun okuluna, erişkinin işine gitmesine engel olmaz iken, bakteriyel enfeksiyonlar iş ve okul kaybına neden olur.
- Virütik enfeksiyonlarda boğaz ağrısı (özellikle yutkunurken artan), boğazda yanma hissi daha hafif iken, bakteriyel enfeksiyonlarda oral gıda alımını etkileyecek kadar şiddetli olabilir ve genellikle ağrı kulağa yansır.

2. Fizik muayene:

- a. Tonsillerin görünümü: Akut tonsillitli bir hastada tonsiller fizik muayenede 3 şekilde görülebilir:

1. Kataral (Şekil-182)
2. Kriptik, folliküler, laküner (Şekil-183)
3. Membranöz (Şekil-184)



Şekil-182



Şekil-183



Şekil-184

Kataral tonsillitler genellikle virütik enfeksiyon iken, kriptik veya membranöz tonsillitler bakteriyel enfeksiyonlardır. Membranöz tonsillitlerde non-spesifik bakteriyel enfeksiyonların yanı sıra, difteri gibi spesifik enfeksiyonlar, enfeksiyöz mononükleoz gibi virütik enfeksiyonlar, mantar enfeksiyonları yanı sıra, agranülositoz ve lösemi gibi hematolojik patolojiler ile tonsil kanserleri (özellikle tek taraflı ve ülseromembranöz ise) de düşünülmelidir.

- b. Servikal lenf nodları: Akut tonsillite hemen daima eşlik eder.



Şekil-185

Virütik enfeksiyonlarda çok belirgin değildir ve olsa bile çok ağırlı değildir. Halbuki bakteriyel enfeksiyonlarda özellikle 2. bölgede (üst derin jugüler lenf nodlarında) çok sayıda ve aşırı ağırlı ve palpasyonda hassas lenfadenitler eşlik eder (Şekil-185).

- c. Diğer muayene bulguları: Çocukların streptokoksik enfeksiyonlarında, dudaklarda ruj sürülmüş gibi kırmızı ve parlak bir görünüm genellikle bulunur (Şekil-186).



Şekil-186

Virütik enfeksiyonlarda ayrıca diğer virütik üst solunum yolu ve diğer sistem enfeksiyonlarının bulguları mevcuttur:

- Burunda enflamasyon, mükoid akıntı,
- Kordlarda hiperemi, ödem
- Alt solunum yolu enfeksiyonu bulguları

3. Laboratuvar tetkikleri: Bu amaçla istenebilecek tetkikler şunlardır;

- a. Lökosit sayımı ve formülü:

Virütik enfeksiyonlarda lökositoz genellikle çok belirgin değilken, bakteriyel enfeksiyonlarda daha yüksektir.

Formülde virütik enfeksiyonlarda lenfositoz varken, bakteriyel enfeksiyonlarda parçalı hakimiyeti vardır.

- b. Hızlı antijen testleri: Grup-A hemolitik streptokokların antijenlerine karşı geliştirilen testlerdir. Çabuk sonuç alınır. Yalancı pozitiflik söz konusu değildir, yani test pozitif çıkarsa enfeksiyon mutlaka streptokokstiktir. Ama

% 15-20 oranında yalancı negatiflik yani streptokoksik enfeksiyon olmasına rağmen test negatifliği söz konusu olabilir.

- c. Boğaz kültürü (Şekil-187): Tanıda “Altın Standart” yöntemdir. Doğruluk oranı en yüksek tanı yöntemidir. Hızlı testlere göre daha az da (%10) olsa yalancı negatiflik söz konusudur. Ayrıca özellikle çocuklarda %10-20 oranında streptokok taşıyıcılığı olduğu unutulmamalıdır. Bu çocuklarda virütik enfeksiyon sırasında yapılan boğaz kültürü sonucu yalancı pozitif çıkabilir.



Şekil-187

Bir boğaz kültürünün ideal olması için birçok koşul gereklidir:

1. Boğaz sürüntüsü uygun alınmalı,
2. Sürüntü alınırken uygun materyal kullanılmalı,
3. Uygun taşıyıcı besiyerine ekilmeli,
4. Uygun zaman içinde esas besiyerine ekilmeli,
5. Besiyerindeki kolonizasyon doğru değerlendirilmeli.

Bu koşulların yerine getirilmediği durumlarda boğaz kültürlerinin tanılabilir kadar yanıtıcı olabileceği ve kültür sonucunun alınabilmesi için 24-48 saat geçmesi gerektiği de unutulmamalıdır.

Bu nedenlerden dolayı, akut tonsillitte virütik bakteriyel ayrımı; iyi bir anamnez, iyi bir muayene ve lökosit sayımı ile formülü ile genellikle doğru bir şekilde konabilir. Eğer şartlar uygunsa ve kurallara sadık kalınarak yapılabilecekse boğaz kültürü de istenebilir.

Enfeksiyöz mononükleoz:

Patogenez: Epstein-Barr virusun neden olduğu, damlacık enfeksiyonu şeklinde bulaşan ve inkübasyon süresi 7-9 gün olan bir patolojidir.

Klinik: 38⁰-39⁰ ateş, membranöz tonsillit (Şekil-188), bazen aşırı derecede büyümüş obstrüktif tonsil hipertrofisi (Şekil-189), önceleri jugülogastrik ve derin jugüler grubu tutan, daha sonra tüm boyun lenf nodlarına yayılan belirgin, hafif ağrılı (bakteriyeldekiler kadar aşırı olmayan, bazen ağrısız) lenfadenopati tipiktir. Rinofarenjit ve hepatosplenomegali, damakta peteşi (Şekil-190) vardır.



Şekil-188



Şekil-189



Şekil-190

Tanı: Tipik klinik tablonun yanında periferik yaymada atipik lenfositlerin görülmesi ve heterofil antikor (*Paul-Bunnell*) testi ile konabilir.



Şekil-191



Şekil-192

Ayrıca bu hastaların yanlışlıkla bakteriyel tonsillit olarak değerlendirilmesi ve aminopenisilin (ampisilin, amoksisilin) verilmesi sonucu, olguların yaklaşık yarısında üst ekstremitelerde ve gövdede makülopapüler döküntülerin (Şekil-191 ve 192) görülmesi ile retrospektif olarak da tanı desteklenebilir.

Tedavi: Semptomatiktir (oral hijyen, analjezik, antipiretik). Obstrüktif tonsil hipertrofisi ve üst solunum yolu obstrüksiyon bulguları varsa sistemik kortikosteroidler verilebilir.

Kızıl (Scarlet fever): Tip A hemolitik streptokokların sorumlu olduğu, kriptik tonsillit ve servikal lenfadenopati ile başlayan ve bunu takiben 24 saat içinde vücudun üst bölümünde ve yanakta ekzantemlerin (Şekil-193) görüldüğü bir patolojidir. İlk 2-3 gün dil kızıl için tipik olan beyaz çiçek (Şekil-194a), sonraki günlerde ise kırmızı çiçek (Şekil-194b) görünümünü alır. 8. günden itibaren ciltte döküntüler başlar. Tedavi streptokokkal tonsillit ile aynıdır.



Şekil-193



Şekil-194a



Şekil-194b

Akut tonsillitlerde tedavi: İster virütik ister bakteriyel olsun akut tonsillit, kendi kendini sınırlayan ve büyük oranda spontan iyileşen bir enfeksiyondur. Ancak hastanın bir an önce iyileşmesini sağlayarak iş ve okul günü kaybını önlemek, komplikasyonlardan kaçınmak ve bulaşmayı önlemek için tedavi gereklidir.

Enfeksiyöz mononükleoz da dahil olmak üzere virütik enfeksiyonlarda tedavi semptomatik ve destekleyicidir. Bu tedavi:

- İstirahat
- Sıvı desteği, sulu gıda
- Analjezik, antipiretik
 - Asetaminofen
 - Parasetamol
 - Rye sendromundan kaçınmak için, asetil salisilik asit (aspirin) verilmemelidir.
- Antienflamatuar, antiseptik topikal tedavi (gargaralar, spreylere)
 - Benzidamin'li preparatlar
 - Klorheksidin'li preparatlar
 - Polivinilprolidin'li, iyot'lu preparatlar
- Enfeksiyöz mononükleozda, obstrüksiyon yapacak şekilde hipertrofi var ve semptomatik tedavi ile gerilemiyor veya komplike ise, KORTİKOTERAPİ.

Kızıl da dahil olmak üzere bakteriyel akut tonsillitlerde, yukarıda bahsedilen semptomatik tedaviye ek olarak, ANTİBİYOTERAPİ de eklenir.

Çok sık tonsillit geçirmeyen, çok sık antibiyotik almayan, çocukluk dönemi akut tonsillitlerde ampirik tedavide hedef mikroorganizma grup-A beta hemolitik streptokok'dur. Bu nedenle seçilebilecek antibiyotik grupları:

1. **Doğal penisilinler:** Streptokoksik akut tonsillit de "altın standart" tedavi doğal penisilinlerdir. Henüz penisiline dirençli streptokok suşu bildirilmemiştir. Penisilin tedavisinde seçenekler:
 - Oral gıda alımı varsa;
 - a. Penisilin-V (fenoksimetil penisilin) / Oral / 10 gün
 - Oral gıda alımı yoksa;
 - a. Penisilin-G / Parenteral İM
 - i. Penisilin-G prokain / 10 gün
 - ii. Penisilin-G benzatin / tek doz
 - iii. Penisilin-G prokain + Penisilin-G benzatin / tek doz
 - b. Kristalize Penisilin / Parenteral İV (10 gün)
2. **Aminopenisilinler:**
 - a. Amoksisilin: Oral veya parenteral / 10 gün
3. **Birinci kuşak sefalosporinler:**
 - a. Sefadroksil, Sefazolin: Oral veya parenteral / 10 gün
4. **Makrolidler:**
 - a. Eritromisin: Oral gıda alımı varsa; 10 gün
 - b. Penisilin allerjisi varsa.

Çok sık tonsillit geçiren, sık sık antibiyotik kullanan, penisilin tedavisi başarısız olan çocukluk dönemi akut bakteriyel tonsillit tedavisinde veya hemen daima kronik zeminde gelişen erişkin akut bakteriyel tonsillit ataklarında, streptokok yanında diğer ender görülen mikroorganizmalar ve olası dirençli suşlar da düşünülmeli ve aşağıda belirtilen antibiyotiklerden biri seçilmelidir:

1. **Güçlendirilmiş aminopenisilinler**
 - Amoksisilin + Klavulanat
 - Ampisilin + Sulbaktam
2. **İkinci kuşak sefalosporinler**
 - Sefuroksim, Sefprozil
3. **Klindamisin**
4. **Makrolidler**
 - Azitromisin, Klaritromisin

Akut tonsillitlerde komplikasyonlar: Komplikasyonlar şu şekilde sınıflandırılabilir:

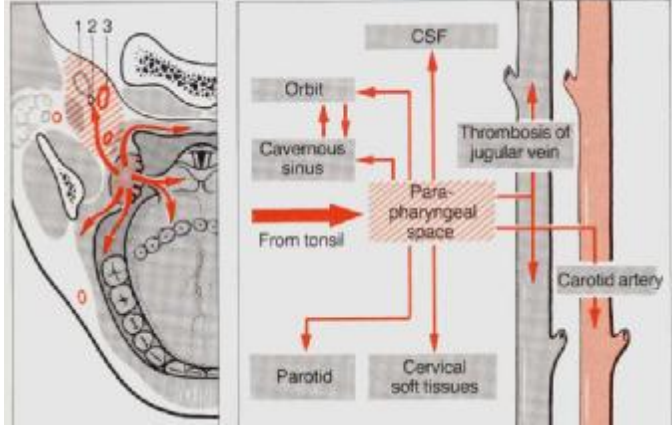
1. Süpüratif komplikasyonlar (Şekil-195):

§ Lokal komplikasyonlar:

- Peritonsiller apse
- Retrofarengeal apse
- Parafarengeal apse
- Larengel ödem, üst solunum yolu tıkanıklığı sendromu

§ Sistemik komplikasyonlar:

- İnternal jugüler ven trombozu
- Sepsis
- Kavernöz sinüs tromboflebiti
- Febril konvülzyon



Şekil-195

2. Non-süpüratif komplikasyonlar:

- § Akut romatizmal ateş / kardit (endo, miyo, perikardit)
- § Glomerülonefrit

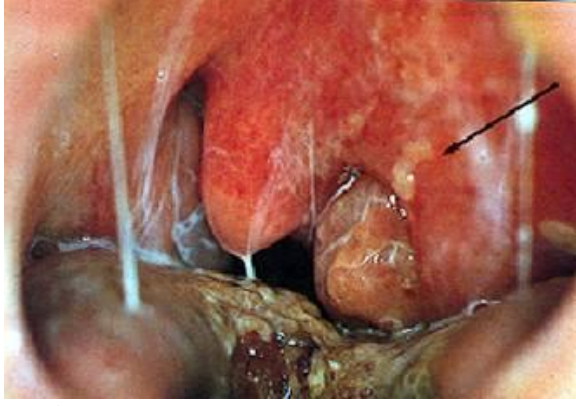
Bu komplikasyonlar içinde en sık görüleni peritonsiller apsedir ve ayrı başlıkta ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

Non-süpüratif komplikasyonlar streptokok antijenine bağlı patolojilerdir ve streptokoksik tonsillit geçtikten 3-4 hafta sonra ortaya çıkarlar. Streptokoksik enfeksiyonlarda ilk 10 gün içinde başlanan penisilin tedavisi non-süpüratif komplikasyonları önler. Bunlar içinde en sık görüleni akut romatizmal ateştir ve sporadik enfeksiyonlarda %0.03, epidemilerde ise %3 oranında görülür. Poststreptokoksik glomerülonefrit, streptokoksik tonsillitten çok, streptokoksik deri enfeksiyonlarından sonra görülür.

PERİTONSİLLER APSE (*Quincy*):

Patogenez: Enfeksiyonun tonsil parenkiminden dışarı taşarak, öncelikle çevre dokuya yayılması (peritonsillit) ve sellülit oluşturması, daha sonra ise birkaç gün içinde apseleşmesidir. Daha fazla yayılım için farengeal konstrüktör kaslar engel olur. Yani tonsil kapsülü ile farengeal konstrüktör kaslar arasında gelişen apsedir.

Klinik: Akut tonsillit başlangıcından birkaç gün sonra, hızla gelişen yutma zorluğu, kulağa vuran şiddetli ağrı, ağız açmada ileri derecede kısıtlılık (trismus) tipik yakınmalardır. Ayrıca seste kalınlaşma ve kabalaşma, şiddetli ağrıdan dolayı ağızdan besin alamama, başın apse olan tarafa doğru eğilmesi, baş hareketleri ile ağrının artması, siyalore, ağız kokusu, lanfadenopati, 39-40⁰'ye varan ateş, genel durumun hızla kötüleşmesi, giderek artan solunum yolu tıkanıklığı yakınmaları da olabilir. Sıklıkla tek taraflıdır, ender olarak iki taraflı olabilir. Fizik muayenede; eğer trismusa rağmen ağız açılabilirse, tonsil lojunda ve çevre mukozada (tonsil plikalarında, yumuşak damakta ve uvulda) kızarıklık, şişlik ve orta hatta doğru itilme, ve bu bölgelerde aşırı hassasiyet tipiktir (Şekil-196). Jugülogastrik açıda hassas lenfadenopatiler palpe edilir.



Şekil-196

Tanı: Klinik tablo, muayenenede tek taraflı olarak tonsilin, uvulanın ve plikanın karşıya doğru itilmesi, trismus ve apse bölgesine yapılan ponksiyonda pü gelmesi ile konur.

Ayırıcı tanı: Tonsillojenik sepsis, anjiyo-nörotik ödem, tüberküloz, sifiliz difteri, agranülositoz, tümör, karotis anevrizması (yanlış tanı konarak drene edilmeye kalkılırsa hasta kaybedilebilir. Onun için peritonsiller apseleri drene etmeden önce karotis anevrizmasından ayırmak için mutlaka palpe ve ponksiyon yapılmalıdır).

Tedavi: Tüm apselerde olduğu gibi burada da apse drene edilmelidir. Bu ensizyon (Şekil-197) veya tekrarlayan ponksiyonlarla olabilir.

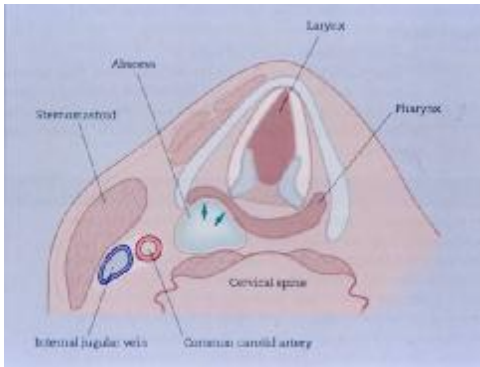


Şekil-197

Yüksek doz, parenteral antibiyotik, analjezik, sulu diyet, ağız antiseptiği ise medikal tedavidir. Seçilecek antibiyotik, akut bakteriyel tonsillitte olduğu gibi gram pozitif kokları ve anaerop mikroorganizmaları da etki spektrumuna almalıdır. Bu nedenle penisilin veya sefalosporin seçilebileceği gibi, anaeropları da kapsayan klindamisin de iyi bir seçenektir.

Ayrıca peritonsiller apse geçiren kişilerde TONSİLLEKTOMİ de yapılmalıdır. Çünkü bu olgularda tonsilektomi yapılmazsa, peritonsiller apse yerinde gelişen skar dokusunda tekrar apse gelişmesi olasılığı yüksektir.

PARAFARENGEAL APSE: Parafarengeal boşluğun süperatif enfeksiyonudur (Şekil-198).



Şekil-198

Bu boşluğa enfeksiyon, tonsillerden, tonsiller fossadan, alt dişlerden ve çevresindeki gingiva ve dişetlerinden yayılabilir. Her yaşta görülmesine rağmen, erişkinlerde daha sıktır.

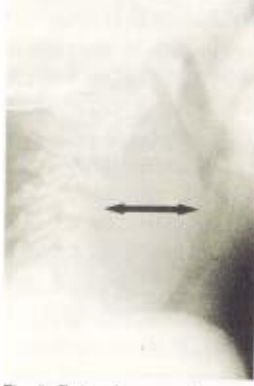
Şiddetli boğaz ağrısı, trismus, yüksek ateş, boyunda şişlik ve hassasiyet, farenks yan duvarında ve palatinal tonsillerde mediale doğru itilme tipik yakınma ve bulgulardır.

Larengeal ödem ve solunum yolu obstrüksiyonu, septisemi, internal jugüler ven trombozu ve boyun fasyaları yoluyla apsenin aşağıya doğru yayılması ve mediastinit olası komplikasyonlardır.

Tedavi; sistemik parenteral antibiyotik ve apse drenajıdır.

RETROFARENGEAL APSE: Prevertebral fasya ile bukkofarengeal fasya arasındaki potansiyel boşlukta gelişen apsedir. Fasyanın orta hatta sıkı yapışıklığından dolayı genellikle farenks arka duvarının bir yarısına sınırlıdır. Nazofarenks veya orofarenks enfeksiyonlarından sonra enfekte olan retrofarengeal lenf nodlarının süpürasyonu ile gelişir. Yabancı cisimle

farenks arka duvarının zedelenmesi veya neoplazmlar da neden olabilir. Kronik formunda akla tüberküloz gelmelidir. En sık görülen mikroorganizma streptokoktur.



Şekil-199

Genellikle 1 yaş altı ve emen bebeklerde görülür, olguların en az yarısı bu yaş grubundadır. Bu nedenle bazen gözden kaçabilir. Solunum ve emme güclüğü en belirgin yakındır. Kuru öksürük ve öter gibi ağlama, burun tıkanıklığı, boyunda sertlik ve tortikollis, yüksek ateş, farenks arka duvarında orta hattın bir tarafında şişlik diğer yakında ve muayene bulgularıdır. Larenkste ödem, solunum yolu tıkanıklığı gelişebilir. Bazen spontan rüptür olup, ani ölümlere neden olabilir.

Klinik bulgular yanında, yumuşak doku yoğunluğunda çekilen yan servikal grafide prevertebral bölgede mukoza kalınlığında artış tipiktir (Şekil-199).

Tedavi; haç şeklinde apse drenajı ve sistemik antibiyotiktir.

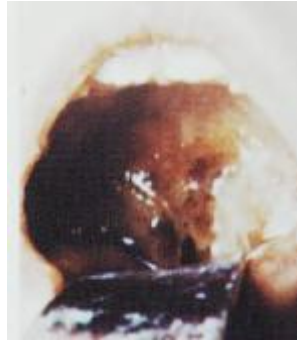
Akut spesifik tonsillit:

DİFTERİ: *Corynebacterium Diphtheriae* adlı basil tarafından oluşturulur. İnsandan insana kontakt yoluyla, damlacık enfeksiyonu şeklinde veya oral/nazal sekresyonun kontaminasyonu şeklinde geçer. Enkübasyon süresi 3-5 gündür. Difteri genelde bir mukoza hastalığı olduğu için palatinal tonsil dışında farenks, burun ve larenks mukozasını da tutabilir.

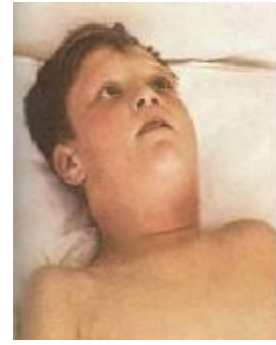
Klinik: Hafif prodromal bir hastalık dönemi vardır. 38⁰-39⁰ ateş, yutmada hafif ağrı, buna karşılık sıklıkla ciddi taşikardi vardır. Tonsiller orta derecede şiş ve kızarıklık olup, üzeri gri-beyaz kadifemsi bir membran ile kaplıdır (Şekil-200). Difteri tonsile spesifik olmayan, tüm mukozayı tutabilen bir patoloji olduğundan, membran tonsil sınırları dışına ön plikaya ve yumuşak damağa yayılır (Şekil-201) ve mukozaya sıkıca yapışmıştır, zorlukla kaldırıldığında altındaki yüzey kanar. Jugülo-digastrik açıda oldukça büyük, hassas olmayan, paket tarzında birbirine yapışan ve sert lenfadenopati paketi (boğa boynu, Şekil-202) vardır. Hastanın solunumu aseton kokar.



Şekil-200



Şekil-201



Şekil-202

Tanı: Klinik, tonsilden alınan sürüntünün Gram ile boyanması ve kültürle konabilir. Ulusal düzeyde bildirim zorunlu hastalıktır.

Ayırıcı tanı: Non-spesifik membranöz tonsillit, enfeksiyöz mononükleoz, Vincent anjini, kandidiyazis, agranülositoz, lösemi ve sifiliz.

Tedavi: Tetanoz antiserumu, penisilin, yatak istirahati, oral hijyen ve buhar inhalasyonu, larengeal tutulum ve respiratuar obstrüksiyon varsa trakeotomi.

NOT: Difteri tedavisine difteriden şüphelenildiği an başlanır, tedavi için kesin tanı beklenmez.

Komplikasyonlar: Genel toksisite, kalp ve dolaşım yetmezliği, nefrit, polinörit ve buna bağlı damak paralizisi ve diğer kranial sinir paralizileri, larengeal tutulumu bağlı havayolu obstrüksiyonu ve asfiksi.

Kronik / rekürrent tonsillit: Palatinal tonsil enfeksiyonları, bazen kronikleşebilir ve bu zeminde akut ataklara neden olabilir. Bazen kronikleşme olmadan tamamen iyileşen tekrarlayan akut ataklar da görülebilir.

Patogenez: Genellikle streptokokların hakim olduğu, anaerobik ve aerobik miks flora vardır.



Şekil-203

Geçirilen akut enfeksiyonlar sonrasında tonsil kriptlerinin tıkanması buralarda hücre debrislerinin birikmesine, bakteriler için iyi bir besiyeri neden olur (Şekil-203). Bunlar ise tekrarlayan enfeksiyonlara ve mikroapselere yol açar.

Uzun dönemde geçirilen akut ataklar sonucunda tonsil dokusunda fibrozis gelişir ve bakteriler için daha iyi bir ortam oluşur. Erişkinlerde genellikle atrofik bir tonsil görülürken, çocuklarda daha çok hipertrofik görünüm vardır. Bu şekilde tüm vücutta patolojik etkilerin görüldüğü fokal enfeksiyon odağı olabilir.

Klinik: Sıklıkla tekrarlayan akut tonsillit atakları tanımlanır. Boğaz ağrısı ve yutma zorluğu yoktur veya azdır. Ağız kokusu, ağızda kötü tat, sıklıkla jugülo-digastrik açıda lenfadenopati vardır. Genel direncin düşük olması, yorgunluk, kırgınlık, çalışma isteksizliği, açıklanamayan ateş ve iştah kaybı gibi düşük profilli enfeksiyon yakınmaları vardır.

Tanı:



Şekil-204

Tanıda anemnez çok önemlidir. Geçirilmiş tonsillit ataklarının ayrıntılı öyküsü yanında, lokal muayene bulguları olan; tonsillerin lojlarına sıkıca yapışık olması, tonsil yüzeyinin skarlı ve fibrotik olması (Şekil-204), tonsile bastırınca kriptlerden debris (magma) çıkması, ön tonsil plikasında hiperemi, lenfadenopati saptanması da tanıda yardımcıdır. Ayrıca sedim yüksekliği, ASO yüksekliği de yardımcı laboratuvar bulgularıdır.



Şekil-205

Tedavi: Akut ataklar sırasında medikal tedavi yapılır. Kesin tedavi TONSİLLEKTOMİ'dir. Ancak bu hastalık için tonsillektomi endikasyonu mutlak endikasyon değildir, rölatif endikasyon vardır.

ADENOİDEKTOMİ / TONSİLLEKTOMİ ENDİKASYONLARI

Tonsillektomi Endikasyonları:

Kesin:

1. Kronik obstrüktif tonsil hipertrofisi
2. Uyku ile ilgili solunum bozuklukları / *Sleep-Related Breathing Disorder (SRBD)*
 - a. Obstrüktif Sleep Apne Sendromu
 - b. Üst solunum yolu direnç artış sendromu / *Upper Airway Resistance Syndrome (UARS)*
3. Malignite şüphesi
4. Peritonsiller apse (2 veya daha fazla)
5. Hemorajik tonsillit

Rölatif:

1. Rekürrent akut tonsillit
 - a. Pediatrik grupta:
 - 7 veya daha fazla akut bakteriyel atak / son yıl
 - 5 veya daha fazla akut bakteriyel atak / son 2 yıl
 - 3 veya daha fazla akut bakteriyel atak / son 3 yıl
 - b. Erişkinler
 - 2 veya daha fazla akut bakteriyel atak / son yıl
2. Kronik tonsillit
 - a. Rekürrent akut tonsillitin eşlik ettiği (bkz. Rölatif-1)
 - b. Rekürrent akut tonsillitin eşlik etmediği
3. Non-obstrüktif tonsil hipertrofisi
 - a. Disfaji
 - b. Horlama
 - c. Konuşma bozukluğu
4. Febril konvülzyonlara neden olan tonsillit atakları
5. Difteri / Grup-A beta hemolitik streptokok taşıyıcılığı
6. Horlama
7. Ağız kokusu

Adenoidektomi Endikasyonları:

1. Kronik obstrüktif hipertrofi
 - a. Obstrüktif uyku apnesi sendromu
 - b. Üst solunum yolu direnç artış sendromu / *Upper Airway Resistance Syndrome (UARS)*
 - c. Disfaji ve konuşma bozukluğuna neden olan
 - d. Anormal dentofasiyal gelişime neden olan (ortodontist tarafından saptanmış)
 - e. Horlama ve devamlı ağız solunumu
2. Rekürrent enfeksiyon
 - a. Rekürrent adenoidit
 - b. Rekürrent akut süperatif otit media veya effüzyonlu otit media, kronik effüzyonlu otit media
 - c. Rekürrent, kronik rinosinüzit

ENFLAMATUAR HASTALIKLAR

ANJİYONÖROTİK (Quincke) ÖDEM: Çeşitli ilaçlara (aspirin, iyot, *angiotensin converting enzyme-ACE* inhibitörü) ve gıdalara karşı gelişen alerjik reaksiyonlar sonrası, dudak, dil, yumuşak damak (Şekil-206), farenks ve hatta larenks mukozasında gelişen submukozal ödemdir.



Şekil-206

Hızla ilerleyip üst havayolu tıkanıklığına neden olabilir. Tedavisi antihistaminik, epinefrin ve kortikosteroiddir. Entübasyon genellikle mümkün olmadığından yapay havayoluna gerek olduğunda trakeotomi açılabilir.

Uzun süreli ACE kullanımında da ortaya çıkabilir. Bazen dramatik akut tablo ortaya çıkmadan önce, hastada hafif şişlik ve lokalize ağrı uyarıcı semptomlar olabilir. Bu hastalarda diğer antihipertansiflere geçiş yapılmalıdır.

TÜKRÜK BEZİ ENFEKSİYONLARI / ENFLAMASYONLARI

Tükrük bezlerinin enfeksiyöz ve enflamatuar hastalıkları şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Akut
 - Bakteriyel
 - § Parotit
 - § Submandibüler siyaladenit
 - Virütik
 - § Kabakulak
 - § Sitomegalovirüs enfeksiyonu
 - § Koksaki virüs enfeksiyonu
 - Allerjik
 - § İlaçlara karşı
 - § Gıdalara karşı
- Kronik
 - Submandibüler bezin kronik sklerozan siyaladeniti, *Kuettner* Tümörü
 - Kronik rekürrent parotit
 - *Sjögren* Sendromu, miyoepitelial siyaladenit
 - Granümatöz hastalıklar
 - § Tüberküloz
 - § Sifiliz
 - § Aktinomikoz
 - § Sarkoidoz
 - Radyasyon siyaladeniti

AKUT BAKTERİYEL ENFEKSİYONLAR:

Patogenez: Tükrük akımındaki yavaşlama bakteriyel enfeksiyonlara zemin hazırlar. Bu olasılık ise submandibüler bez de daha fazladır. Nedeni ise bu bezin tükrük kıvamının daha müköz olması (parotiste seröz) ve kanalının yukarı doğru olması nedeniyle tükrük salgısının yerçekiminin tersine boşaltılmasıdır. Bu aynı zamanda taş oluşumunun da submandibüler bez de daha sık olmasının açıkları. Parotiste bakteriyel enfeksiyon daha enderdir. Eskiden büyük operasyonlardan (örneğin, abdominal operasyonlar) sonra görülen bakteriyel parotite,

postopertaif bakımın gelişmesi, sıvı ve elektrolit replasmanının ve oral tuvaletin daha iyi yapılması ile günümüzde daha ender rastlanmaktadır. Buna rağmen kontrol altına alınamayan diyabeti ve böbrek yetmezliği olan kişilerde elektrolit ve sıvı dengesi bozukluğuna bağlı olarak veya dış çürükleri veya kötü oral hijyene bağlı olarak bakteriyel parotit gelişebilir.

Klinik: Enfekte olan bez aniden şişer ve ağrılı hassas hale gelir. Eğer parotit gelişmiş ise aurikula öne doğru itilir ve bu özellikle hastaya arkadan bakıldığında daha iyi fark edilir. Bezin üzerini kaplayan ciltte hiperemi görülür ve süpürasyonun ilerlemesi ile fluktuasyon palpe edilebilir (Şekil-207). Beze elle masaj yapıldığında veya spontan olarak kanal ağzından pü drene olduğu görülür (Şekil-208), kanal ağzı şiş ve hiperemiktir. Parotitte bazen pü spontan olarak *Santorini* yarığı boyunca dış kulak yoluna drene olabilir. Bazen trismus olabilir. Son derece ağrılı bir durumdur.



Şekil-207



Şekil-208

Enfeksiyon ile birlikte fasiyal paralizinin de olması, enfektif hastalık tanısında şüphe doğurur.

Öykü ve klinik bulgularla tanı konabilir.

Ayrıcı tanıda; lenfadenit, dental apse, zigomatik apse düşünülmelidir.

Tedavi, özellikle gram negatif bakteriler olmak üzere stafilokokları da etkisi içine alan antibiyotiklerin, yüksek doz parenteral verilmesidir. Sıvı ve elektrolit dengesi de düzeltilmelidir. Apseleşme olursa drenaj yapılmalıdır.

VİRAL ENFEKSİYONLAR:

Kabakulak: Paramiksoma grubu virüsle oluşan enfeksiyondur. Kreş ve okullarda lokal epidemiler görülebilir. Enkübasyon süresi 20 ± 10 gündür. Enfeksiyon sonrası kalıcı bağışıklık gelişir.

Sıklıkla parotisi tutar. Ancak submandibüler bez de tutulabilir. İlgili bezde şişlik, kanal ağzında kızarıklık ve hafif şişlik görülür (Şekil-209). Kanaldan gelen salgı pürülan değildir. Aurikulada itilme olabilir. Olguların yaklaşık 1/3'ünde ateş yoktur. Çoğu olguda (yaklaşık %75) her 2 bez birden tutulur (Şekil-210).



Şekil-209



Şekil-210



Bu durumda her iki bez yaklaşık birkaç gün ara ile şişer.

Submandibüler ve sublingual bezler de tutulabilir, ancak parotis tutulmadan sadece bu bezlerin tutulması çok enderdir.

Nörotropik özelliği olan bu virüsün 8. kafaçiftini etkilemesi ile sıklıkla tek veya daha ender olarak iki taraflı sensörinöral işitme kaybı gelişebilir. Genellikle tek taraflı olmasından dolayı çocuk ifade edemeyebilir ve ebeveynler tarafından fark edilemeyebilir. Bu nedenle işitme testi gereklidir. Çocukluk dönemi tek taraflı sensörinöral işitme kayıplarının en sık

görülen nedenidir. dolayı Ayrıca pankreas, overler, testisler ve santral sinir sistemi de etkilenip ilgili komplikasyonlar gelişebilir. Bu organ tutulumları kabakulak ile aynı anda veya daha sonra ortaya çıkabilir.



Şekil-211

Enfeksiyonun ilk birkaç gününde, tükürük, beyin-omurilik sıvısı ve idrardan virüs izole edilebilir. Serolojik testler de tanıya yardımcı olur. Hastalığın 3. – 4. günlerinde idrar ve kanda amilaz miktarı maksimum seviyeye ulaşır.

Çocukluk dönemi hastalığı olmasına rağmen, erişkinlerde de görülebilir ve neoplazmlarla karışabilir (Şekil-211).

Antiviral tedavi mümkün değildir. Kabakulak immünoglobulinleri önerilmektedir. Semptomatik tedavide; analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar verilebilir. Bol sıvı alınmalıdır. Koruyucu aşı söz konusudur.

KRONİK REKÜRRENT PAROTİT:

Neden tam olarak bilinmemektedir. Stenon kanalının doğumsal ektazisi predispozan faktördür.



Şekil-212

Ender olarak iki taraflı olabilen, genellikle tek taraflı ve tekrarlayan, bazen sağ bazen solda ortaya çıkan ve son derece ağrılı akut enfeksiyonların oluşturduğu tablodur. Genellikle çocuklarda görülür. Tükürük sütümsü, granüler, pü gibidir ve tuzlu tadı vardır. Bazen trismus olabilir. Değişen aralıklarla ataklar tekrarlar. Ataklar arası hastanın yakınması yoktur, ancak parotis bezi genellikle endüredir. Bazen apseleşme ve fistülizasyon görülebilir (Şekil-212).

Tedavide parenteral antibiyotik atak sayısını azaltabilir. Son çare parotidektomidir.

SJÖGREN SENDROMU (Miyoepteliyal Sialadenit): Semptomlar; kserostomi, üst solunum yolu mukozasında kuruluğa bağlıdır. En sık görülen yakınma ağız kuruluğu olup, dilin görünümü tipiktir (Şekil-213). Hemen daima bilateral parotiste şişlik (Şekil-214) ve hastalığın son evrelerinde bezlerde atrofi vardır. Ayrıca keratokonjunktivitis sikka, kronik ve/veya rekürrent eklem hastalıkları, romatik purpura, periarteritis nodosa ve skleroderma da eşlik edebilir.



Şekil-213



Şekil-214

Romatizmal bir hastalık olarak kabul edilmekte olup, otoimmün reaksiyonlar patogeneze suçlanmaktadır.

Tanı klinik ile birlikte; disproteinemi, sedimentasyon hızı ile bakılabilir. Sialografi yardımcı olabilir. Alt dudak mukozası altından alınan minör tükürük bezi biyopsisi ile histopatolojik olarak da tanı konabilir.

Kesin tedavisi yoktur. Tedavi romatolojist tarafından düzenlenmelidir. Kortikosteroidler ve ciddi olgularda immüno-supresan ilaçlar verilebilir.

RADYASYON SİYALADENİTİ: Baş-boyun bölgesine yapılan radyoterapinin en sık görülen ve en can sıkıcı komplikasyonudur. Tükürük bezlerinde fibrozise bağlı olarak, kserostomi, hipoguzi ve aguzi oluşur. Ağız hijyeni zorlaşır. Tedavi semptomatiktir.

SİYALOLİTYAZİS:

Tükürük elektrolitlerindeki bozukluğa bağlı olarak gelişen patolojilerin son aşamasıdır. Bu değişim tükürük vizkozitesini değiştirerek staza neden olur. Bu şekilde oluşan organik bir merkez üzerine inorganik materyalin eklenmesi ile taşlar oluşur. Bu kanallarda stenoza, genişlemeye ve enflamasyona neden olur. İnorganik materyal çoğu zaman kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonat içerir. Taşlar çoğu zaman multipldir ve çapları değişkendir.

Tükürük bezi taşları genellikle erkeklerde ve erişkinlerde görülür. %85 oranında submandibüler bezde, %15 oranında parotiste saptanır. Bunun nedeni; submandibüler bezde tükürük salgısının yerçekiminin tersine yukarı doğru olması ve bu bezde tükürüğün daha muköz ve yoğun olmasıdır.

Yemek yerken veya psikolojik olarak tükürük salgısı stimüle olduğundan, ilgili bezde ani şişlik ve kolik tarzında ağrı ile karakterizedir. Bu tablo sık sık tekrarlar. Bir dönem sonra bezdeki şişlik kalıcı olmaya başlar.



Şekil-215



Şekil-216

Tanı, bazen ağız tabanında kanal içinde taşın palpe edilmesi veya görülmesi (Şekil-215) ile kolayca konabilir. Eğer taş kalsiyum içeriyorsa direkt grafide görüntülenebilir (Şekil-216). Radyopak olmayan taşlar, siyalografide saptanabilir.

Tedavi, basitçe ağız içinden *Wharton* kanalının açılıp taşın çıkarılması şeklinde olabilir. Taş bezin içinde veya tekrarlayan ataklar sonrasında kronik siyaladenit gelişmiş ise bez tümüyle çıkarılmalıdır.

SİYALOADENOZİS:

Diyabet, gebelik, puberte, menapoz, adrenal disfonksiyonu, avitaminoz, protein yetmezliği, alkolizm, otonomik disfonksiyon ve antihipertansif gibi bazı ilaçların alımında görülen, bez asinilerinde genişleme, miyoepitelyal dokuda dejenerasyon ve beze gelen otonomik sinir liflerinin aksonlarında hidropik şişme ile karakterize bir patolojidir.

Özellikle parotis bezinde bazen tekrarlayan, sıklıkla kalıcı, iki taraflı şişlikle ortaya çıkar. Antihipertansif tedavi sırasında ortaya çıkmışsa ağrılı da olabilir.

Tanıda endokrin ve metabolik sistem araştırılmalı, gerekirse siyalografi çekilmelidir. Kesin tanı histopatolojiktir.

Tedavi, alta yatan nedene yöneliktir.

NEOPLASTİK (TÜMÖRAL) HASTALIKLAR

Diğer sistemlerin tümörlerinde olduğu gibi. bu anatomik bölgelerin tümörleri de Benign ve Malign olarak 2 bölümde incelenebilir.

BENİGN (İYİ HUYLU) TÜMÖRLER

Teorik olarak, bu anatomik bölgelerde bulunun tüm histolojik yapılardan köken alan benign tümörler görülebilir. Ancak pratikte bunların bir kısmı çok ender olarak rastlandığından, sadece sıklıkla rastlanan ve özelliği olan tümörlerden bahsedilecektir.

Oral kavite ve orofarenksin benign tümörleri genellikle aynı klinik özellikleri gösterdiğinden birlikte incelenebilir. Hipofarenksin benign tümörüne pratikte rastlanmadığından bahsedilmeyecektir. Nazofarenks ve tükürük bezlerinin benign tümörleri de ayrı başlıklarda incelenecektir.

ORAL KAVİTE VE OROFARENKSİN BENİGN TÜMÖRLERİ:

Sıklıkla görülebilen **epitelyal** benign tümörler; **papillom, keratoakantom, adenom** ve **pleomorfik adenom**'dur. **Bağ dokusu (konnektif doku) kökenli** benign tümörler ise daha çok; **fibrom, lipom, miksom, kondrom, hemanjiom, lenfanjiyom** ve **nörinom**'dur. Bunların dışında **dis kökenli** benign tümörler de (ameloblastom gibi) bu bölgede görülebilir.

AMELOBLASTOM:



Şekil-217

Bu patolojinin radyolojik görünümü tipik olmasına rağmen (Şekil-217), kesin tanı biyopsi ile yapılır. Tedavi cerrahidir ve tümörün boyutu, histolojik tipi, büyüme hızı ve diğer özelliklerine bakılarak karar verilir.

HEMANJİYOM-LENFANJİYOM: En sık görülen bağ dokusu kökenli benign tümörler olup genellikle konjenital kökenlidir. %90 oranında kızları etkiler. Özellikle dil korpusu yanak ve parotis bölgesine lokalizedirler. Havayolu tıkanıklığı, beslenme güçlüğü ve tekrarlayan kanamalarla yaşamı risk altına sokacak kadar büyük olabilirler.

Hemanjiyomlar (Resim-218) genellikle yaşamın ilk 2 yılı içinde kendiliklerinden küçülerek kaybolurlar. Onun için mümkünse tedavi 3-4 yaş sonrasına bırakılmalıdır. Ancak ciddi kanama havayolu tıkanıklığı veya beslenme güçlüğü durumlarında daha erken girişim düşünülebilir. Tedavi genellikle cerrahi eksizyondur. Cerrahi ile birlikte cerrahi girişimi kolaylaştırmak için preoperatif selektif embolizasyon yapılabilir. Yine selektif embolizasyon, sklerozan madde enjeksiyonu, hipertonic madde enjeksiyonu palyatif olarak zaman kazanmak amacıyla uygulanabilir. Son yıllarda çeşitli lazer tedavileri de uygulanmaktadır. Radyoterapi maksillofasiyal gelişimi inhibe ettiğinden ve daha sonra malignite gelişme riski olduğundan endike değildir.

Lenfanjiyomlarda spontan regresyon enderdir. Bu nedenle tedavileri cerrahidir. Ancak yapılarından dolayı total eksizyonları her zaman mümkün değildir ve rekürrens görülmesi siktir. Bazen birkaç aşamalı cerrahi girişimler planlanabilir.

PAPİLLOM: En sık görülen epiteliyal kökenli benign tümördür. Genellikle ağız içinde asemptomatiktir. Orofarenkste olduklarında irritasyon ve takılma hissine neden olabilir. Patolojik olarak derideki siğillerin etyolojik ve morfolojik benzerleridir. Viral neden (HPV: *Human Papilloma Virus*) suçlanmaktadır. **Premalign** lezyon olarak kabul edilir. Makroskopik olarak pediküllü, soliter veya yaygın olabilir (Resim-219, 220 ve 221). Tanı; soluk sarı-kırmızı, granüler, küçük çıkıntılı ve sıklıkla ahududu görünümündeki lezyonun saptanması ve biyopsi ile konur. Çok yaygın değilse biyopsi eksizyonel yapılmalıdır. Spontan regresyon enderdir. Cerrahi tedavi eksizyondur. İmmünoterapi ve antiviral tedavi rutin olmamakla beraber kullanılabilir. Rekürrens eğilimi olan tümörlerdir.



Şekil-218



Şekil-219



Şekil-220



Şekil-221

ÇEVRE ORGAN TÜMÖRLERİ: Oral kavite ve orofarenksin çevresindeki yapılardan köken alan bazı benign tümörler bu boşluklara doğru genişleyerek bu bölgenin primer tümörleri ile karışabilir (Şekil-222).



Şekil-222

Bu şekilde sıklıkla saptanan patoloji parotis derin lop tümörleridir (pleomorfik adenom gibi). Bu tümörler retromandibüler bölgeden parafarengeal boşluğa geçerek orofarenks yan duvarını, tonsili ve yumuşak damağı displaze eder. Ayrıca glomus karotikum, karotis anevrizması gibi vasküler tümörler de benzer şekilde uzanım gösterebilirler.

NAZOFARENKSİN BENİGN TÜMÖRLERİ:

Nazofarenksin benign tümörleri enderdir. Nazofarengeal anjiofibrom görülen ve klinik önemi olan tek benign tümördür.

JUVENİL NAZOFARENGEAL ANJİOFİBROM: Histolojik olarak benign olmasına rağmen ağırsif klinik davranışından, ekspansif büyümesinden ve lokal ekstansiyonundan dolayı klinik olarak malign kabul edilir. Nazofarenksin yan duvarından kaynaklanır ve genelde genç (puberte çağı) erkeklerde görülür. Nazofarenksi doldurduktan sonra nazal kavite, sinüsler, üst çene, orbita ve hatta kafa tabanını erode ederek kafa içine doğru büyüyebilir. Ender olarak 20-25 yaşlarında spontan gerileyebilir. Endotelial vasküler ve fibröz konnektif doku elemanlarından oluşur ve bu dokuların oranı değişkendir. Vasküler yapının baskın olması ciddi epistaksis ile kendini gösterir.

Klinik:



Şekil-223

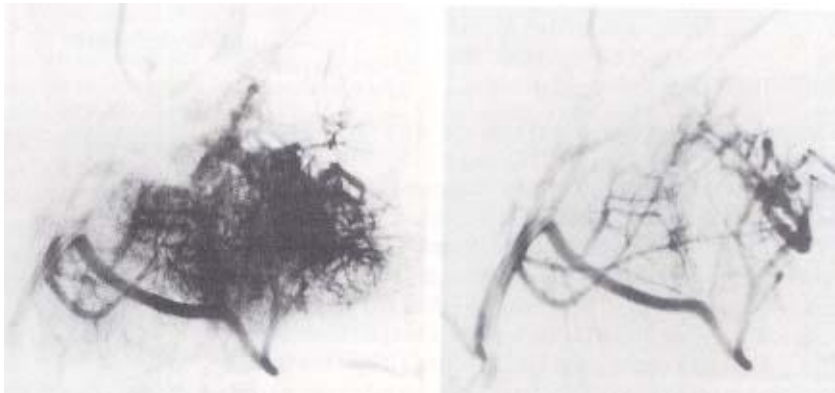
Progressif burun tıkanıklığı ve spontan ciddi epistaksis en sık başvuru nedenidir. Ayrıca pürülan rinosinüzit, rinolali klavza, başağrısı, tuba tıkanıklığına bağlı kulak sorunları (işitme kaybı, tinnitus), oküler semptomlar (diplopi, proptosis, egzoftalmus) ve yüz gelişiminin engellenmesi ile fasiyal semptomlar görülebilir. İleri olgularda tek taraflı maksillanın ileri doğru itilmesi ile tipik “Kurbağa Yüzü” görünümü ortaya çıkabilir (Şekil-223).



Şekil-224

Tanı: Ayna ile muayene (posterior rinoskopi), fleksibl ve rijit endoskopi ile kitle kolayca görülebilir. Makroskopik olarak düzgün yüzeyle, gri – kırmızı renkte, lobule olabilen, koana ve *Rosenmüller* çukuruna uzantılar veren, palpasyonda oldukça sert bir kitle görünümü vardır (Şekil-224). Tanı biyopsi ile yapılır. Ancak aşırı kanamadan dolayı biyopsi ciddi kanamalara neden olabilir, onun için hastane koşullarında yapılmalıdır.

MR (manyetik rezonans) ve BT (bilgisayarlı tomografi) lezyonun natürünü ve yaygınlığını gösterir. Anjiyografi ile tümörü besleyen damarlar görülüp preoperatif embolize edilebilir ve böylece operasyondaki kan kaybı minimize edilebilir (Şekil-225).



Şekil-225: Embolizasyon öncesi, embolizasyon sonrası

Ayrırtıcı tanıda; adenoid hipertrofisi, koanal atrezi, lenfoma-teratom gibi bu yaşlarda görülen ve burun tıkanıklığı yapabilen nedenler düşünölmelidir.

Tedavi: Temel yaklaşım cerrahidir. İleride sarkomatöz değişiklik riskinden dolayı sadece inrezeke tabl (aşırı intrakraniyal uzanımı olan) lezyonlarda radyoterapi kullanılmalıdır. Diğer tüm olgular cerrahi total rezeksiyon ile tedavi edilir. Transpalatal, transantral, lateral rinotomi ve midfasiyal *degloving* yaklaşımları ile rezeksiyon yapılır. Son dönemlerde endoskopik rezeksiyon da uygulanan cerrahi yöntemlerden biri olmuştur.

TÜKRÜK BEZLERİ BENİGN TÜMÖRLERİ:

Tükrük bezi neoplazmları için %70-80'ler kuralı geçerlidir. Tüm tükrük bezi tümörlerinin yaklaşık %70-80'i parotistedir. Geri kalanını submandibüler, sublingual ve minör tükrük bezleri oluşturur. Parotis tümörlerinin ise yaklaşık %70-80'i benignedir, fakat diğer tükrük bezi bölgelerinde malignite insidansı daha yüksektir. Parotiste görülen benign tümörlerin ise yaklaşık %70-80'i pleomorfik adenomdur. Tükrük bezleri tümörlerinin genel özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

PAROTİS	Tüm tükrük bezi tümörlerinin %70-80'idir. Yaklaşık %20-30'maligndir.
SUBMANDİBÜLER BEZ	Tüm tükrük bezi tümörlerinin %10'udur. Yaklaşık %30-40'ı maligndir.
SUBLİNGUAL BEZ	Tüm tükrük bezi tümörlerinin %1'idir. Yaklaşık %50'si maligndir.
MİNÖR TÜKRÜK BEZLERİ	Tüm tükrük bezi tümörlerinin %10'udur. Yaklaşık %50-60'ı maligndir.

Benign tükrük bezi tümörleri şunlardır;

- Pleomorfik adenom (Mikst tümör)
- Monomorfik adenom
- *Warthin* tümörü (Kistadenolenfoma)
- Oksifilik adenom
- Hemanjiom

PLEOMORFİK ADENOM (Mikst Tümör): Hemen hemen tümü parotiste görülür (Şekil-226). Az bir kısmı submandibüler bezdedir (Şekil-227). Minör tükrük bezlerinden köken alanlar genellikle sert damakta lateralde kitle şeklinde karşımıza çıkar (Şekil-228). Halbuki yine sert damakta benzer şekilde kitle ile karşımıza çıkan ve kemiğin benign tümörü olan osteomlar (Torus palatinus) daha çok orta hatta kitle şeklinde görülür (Şekil-229).

Tamama yakını tek taraflıdır. Kadınlarda daha sıktır. Hasta genellikle ağrısız, yavaş büyüyen, yıllar süren, retromandibüler bölgedeki şişlikten yakınıdır. Ortalama hastalık süresi 5-7 yıldır, ancak bazı hastalarda 20 yıla kadar uzayabilir. Çok büyük tümörlerde bile benign kaldığı müddetçe fasiyal fonksiyonlar normaldir. Fasiyal ağrı ve parezinin olması malignite lehinedir. Palpasyonda sert, bazen nodüler ağrısız kitle ele gelir. Pleomorfik adenom yalancı bir kapsüle sahiptir, onun için basit enükleasyonda rezidüel tümör bırakılması olasılığı hemen hemen kesindir ve rekürrens sık görülür. Tümör yıllar boyunca bırakılırsa veya tedavi sonrası rekürrens gösterirse yaklaşık %5-10'u malign dönüşüm gösterme eğilimindedir.



Şekil-226



Şekil-227



Şekil-228



Şekil-229

Tanı genellikle klinik ile konur. Preoperatif ince iğne aspirasyon sitolojisi ile tanı desteklenebilir. İntraoperatif *frozen* ve parotidektomi piyesinin kalıcı patolojik incelemesi ile kesin tanı konur.

Tedavi süperfisiyal parotidektomidir. Bu işlem, adenomların sıklıkla lokalize olduğu fasiyal sinirin üstündeki bezin yüzeysel lobunun çıkarılmasıdır. Ender olarak tümör derin lopdan köken alabilir ve parafarengeal genişlemesinden dolayı intraoral kitle olarak ortaya çıkabilir. Bu olgularda fasiyal sinirin korunması ile total parotidektomi yapılır. Esas tümör kitlesinin çevresindeki normal tükürük bezi dokusu da eksize edilmelidir. Submandibüler bezde lokalize olanlarda çevre dokularla birlikte submandibüler bez eksize edilir. Uygun tedavi ile prognoz son derece iyidir.

WARTHIN TÜMÖRÜ (Kistadenolimfoma): Hemen daima yaşlı erkeklerde ve %10-15 oranında bilateral görülen tümördür. Sadece parotiste görülür. Ovoid, mobil, fluktuan, elastik, mobil ve ağrısız kitle genellikle parotisin kuyruğunda lokalizedir. Tümör içinde lenfoid doku içerdiğinden üst solunum yolu enfeksiyonları ile birlikte ağırlı büyümeler olabilir. Tanı klinik ile birlikte Teknisyum-99 sintigrafisi ve ince iğne aspirasyon sitolojisidir. Kesin tanı cerrahi piyesin histopatolojik incelemesi ile konur.

Tedavi parotidektomi ensizyonu ile eksizyondur. Basit enükleasyon veya süperfisiyal parotidektomi yapılabilir. Prognoz çok iyidir ve malign dejenerasyon çok enderdir.

Monomorfik adenom ve hemanjiyom erişkinlerde çok ender görülür. Hemanjiyom özellikle çocuklarda en sık görülen benign tümör tipidir. Klinik yaklaşım oral kavite ve orofarenksin hemanjiyomları gibidir.

- Tükürük bezi tümörlerinde (benign veya malign) özel durumlar dışında açık biyopsi (ensizyonel veya eksizyonel) tümör hücrelerinin çevre dokulara inokülasyonuna ve tümör rekürrensine neden olacağı için kontrendikedir.

MALİGN (KÖTÜ HUYLU) TÜMÖRLER

Oral kavite, farenks ve tükruk bezlerinin malign hastaliklarından bahsedilmeden önce, genel olarak “Baş-Boyun Kanseri”ne değinilecektir.

BAŞ-BOYUN KANSERLERİ

Bu bölgede lokalize malign neoplazmlar, tüm vücut neoplazmlarının %5-7'si kadarını oluşturur ve hasta için büyük bir sıkıntı yaratırken, hekim için de büyük bir uğraşı gerektirir. Bu maligniteler içme, yeme, çiğneme, solunum ve konuşma gibi yaşamın temel fonksiyonlarını etkiler. Ciddi kozmetik ve fizyolojik defektler oluşabilir. Onun için bu patolojilerin tanı, tedavi ve takiplerindeki temel amaç; tümörün küratif tedavisini takiben, fonksiyonları mümkün olduğunca korumak, bu mümkün değilse rekonstrükte etmek ve hastanın kalan yaşamının kalitesini arttırmaktır.

Baş-boyun kanseri başlığı altına;

- Üst solunum ve sindirim yolu mukozasından,
 - Oral kavite,
 - Nazo, oro ve hipofarenks,
 - Nazal kavite ve paranasal sinüsler,
 - Larenks ve trakea,
 - Servikal özefagus,
- Tükruk bezlerinden;
 - Parotis, submandibüler, sublingual, minör
- Tiroidden,
- Temporal kemik ve kulaktan,
- Baş-boyun cildinden ve
- Kafatabanından

kaynaklanan maligniteler girmektedir. Ve bu patolojiler birçok ortak özellikleri ile (tabii ki istisnaları ile birlikte) diğer sistem malignitelerinden farklı özellikler gösterirler.

Epidemiyolojik Özellikler: Bu maligniteler genellikle ileri yaş (5-7. dekat) ve erkek cins hastalığıdır. Belirgin olarak dünyanın bazı yerlerine özgü olmak üzere coğrafik dağılım gösterirler. Örneğin nazofarenks kanseri Uzakdoğu'da, cilt kanseri Avustralya'da, hipofarenks ve özefagus kanseri Fransa'da, oral kavite kanseri ise Hindistan'da çok daha sık görülmektedir.

Etyolojik Faktörler: Klasik olarak bilindiği gibi karsinogenezis çok faktörlü bir süreç olup, sadece tek bir nedenin suçlanması imkansızdır. Bu açıdan baş-boyun kanserlerinde suçlanan etyolojik ajanlar şunlardır:

1. Tütün (Sigara, pipo, puro)
2. Alkol
3. Virusler
4. Radyasyon / Ultraviyole
5. Kronik irritasyonlar
6. Baskılanmış immün sistem
7. Genetik faktörler

Tütün ve alkol epitelde malign değişikliklere neden olan kuvvetli sinerjistik etki yapan 2 ajandır. Özellikle sigara bu konuda daha ciddi olarak suçlanan etkidir. Hastaların çoğunun yoğun sigara ve alkol alıyor olması bu görüşü desteklemektedir. Ancak sigara ve alkol

almayan hastaların da olduğu unutulmamalıdır. Bu eksojen etkenlerin etyolojide önemli rol oynaması, bu kanserlerin etkin bir toplum eğitimi ve sigara karşıtı kampanyalar ile bir dereceye kadar önlenilebilir olması özelliğini de gündeme getirmektedir.

Virusler (*Ebstein-Barr* Virusu) özellikle nazofarenks karsinomlarında ve *Burkitt* lenfomasında suçlanmaktadır. Ayrıca *Human Papilloma Virus*'un da bu tür kanserlerde rol oynayabileceği gösterilmiştir.

Radyasyona maruz kalma, yıllar sonra özellikle tiroid ve tükrük bezlerinde malignitelere ve sarkomlara neden olabilir. Daha önceden benign tiroid patolojileri için kullanılan radyoaktif iyodun tiroid kanserine neden olduğu iyi bilinmektedir. Ayrıca güneş ışınlarında bulunan ultraviyole'de cilt kanserlerinde belirgin etyolojik bir nedendir ve güneş ışınlarının yoğun olduğu ülkelerde (Avustralya gibi) ve güneş ışığı altında mesleklerini yapmakta olan kişilerde (çiftçi gibi) cilt kanserleri daha sıktır. Bu nedenle, özellikle çocuklar olmak üzere hepimizin ve daha çok yaz aylarında güneş ışınlarının dik olarak geldiği öğle saatlerinde korunmamız bu aşından önem kazanmaktadır.

Özellikle oral kavitede kötü oral ve dental hijyen, kırık diş ve kronik enfeksiyonlar gibi kronik irritasyonlarda etyolojik neden olabilir.



Kronik immünoşupresan alan veya AIDS'li hastalar gibi immün sistemi baskılanmış kimselerde de malignite gelişebilir. Bu lezyonlar genellikle non-Hodgkin lenfoma olmasına rağmen, yassı hücreli karsinom ve *Kaposi* sarkomu da ender değildir (Şekil-230).

Şekil-230

Premalign lezyonlar: Bazı epiteliyal lezyonların malign dönüşüm potansiyeli taşıdığı bilinmektedir. Bunların başlıcaları şunlardır:

Lökoplaki: Baş-boyundaki en sık görülen premalign lezyondur. Beyaz lekeler basit hiperkeratozisten, displaziye, karsinoma-insitu'ya ve invaziv karsinoma kadar değişen histolojik özellik gösterebilir. En çok oral kavite ve larenks mukozasında görülür. Bunlarda malign dönüşüm riski sigara kullananlarda ve kadınlarda daha fazladır.

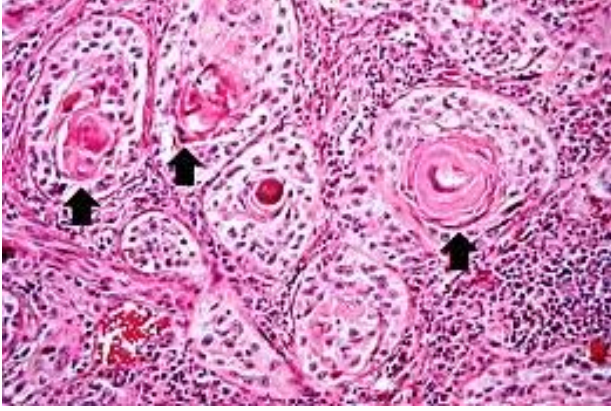
Eritroplaki: Lökoplakiden daha enderdir. Oral kavitede en çok tutulan bölgedir. Malign dönüşüm riski çok daha fazladır. Histolojik inceleme için biyopsi esastır.

Liken Planus: Oral kavitedeki eroziv liken planus maligniteye dönüşebilir. Benign olan ve liken'in en sık görülen formu yanak mukozası ve dilde simetrik olarak lokalizedir. Eroziv tipi ağız tabanında görülür. Liken tipinin tanınması ve lökoplakiden ayırt edilmesinde biyopsi esastır.

Ayrıca; pemfigus, papillom, kronik mantar enfeksiyonları, *Plummer Winson* Sendromu da olası malign transformasyon açısından izlenmelidir.

Patoloji:

Mikroskop: Teorik olarak tüm dokulardan köken alan epiteliyal ve bağ dokusu kökenli malign tümörler görülebilmelerine rağmen, bu bölge malignitelerinin çoğu yassı hücreli karsinomdur (*Squamous cell carcinoma*) (Şekil-231).



Şekil-231

Ancak bunun yanında;

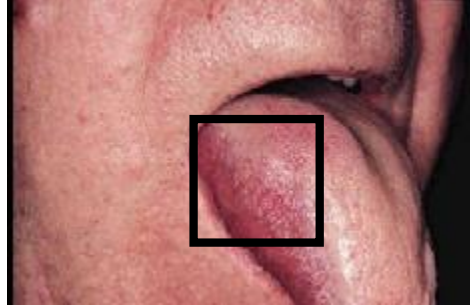
- Yine epitelden kaynaklanan bazal hücreli karsinom, malign melanom,
- Bez dokularından kaynaklanan, adenokarsinom, adenoid kistik karsinom,
- Lenfoid dokudan kaynaklanan lenfoma,
- Yumuşak dokulardan kaynaklanan sarkomlar

da görülebilir.

Makroskopi: Bunlar genellikle ülsero-vegetan görünümlü (ekzofitik) (Şekil-232) kanserlerdir. Ama sıklıkla infiltratif komponentleri de olan veya ender olarak sadece infiltratif görünümde (endofitik) (Şekil-233) olabilirler.



Şekil-232



Şekil-233

Bu nedenle muayenede inspeksiyon kadar palpasyon da bu patolojilerin değerlendirilmesinde çok önemlidir.

Klinik: Bu hastalarda en belirgin yakınma iyileşmeyen yara ve şişlik veya kitle'dir (Şekil-232). Şişlik-kitle primer olarak tümörün olduğu yerde olabileceği gibi, bu malignitelerin genellikle servikal lenf nodlarına metastaz yapma eğilimlerinden dolayı boyunda kitle şeklinde de olabilir. Bunun dışına semptomlar ve bulgular bölümünde bahsedilen diğer semptomlar da; ağrı (çiğnemekle, yutkunmakla, boğaz ağrısı, kulak ağrısı, odinofaji vs gibi), kanama, konuşma bozuklukları, yutma bozuklukları, kanama, nefes darlığı gibi yakınmalar da görülebilir.

Tanı: Kesin tanı her zaman patolojik inceleme ile konur. Bu lezyonlar genellikle ülsero-vegetan patolojiler olduğundan kolayca topikal anestezi ile poliklinik koşullarında alınan *punch* biyopsisi tanı için yeterlidir. Ancak üzerindeki mukozası veya cildi sağlam lezyonlarda ilk tanı yöntemi ince iğne aspirasyon sitolojisi olmalıdır (Şekil-59a ve b). Ayrıca lezyonların ayrıntılı görülmesi için sıklıkla endoskopik inceleme yapıldığı gibi bazen biyopsi de endoskopik kontrol altında alınabilir.

Evrelendirme: Tüm bölgelerin malignitelerinin evrelendirilmesinde olduğu gibi bu bölge malignitelerinde de **TNM** sistemi kullanılır. Burada **T**- tümörün lokal yayılımını **N**- tümörün bölgesel (servikal) lenf nodu yayılımını, **M**- tümörün uzak organ metastazını göstermektedir.

Ancak baş-boyun kanserlerinde başvuru, tanı, tedavi ve takip aşamasında, prognozda bizi daha çok ilgilendiren tümörün primer (T) ve bölgesel (N) boyutudur. Uzak metastaz başvuru anında sık görülen bir durum değildir.

Bu bölge kanserlerinde boyun lenf nodu metastazı (bölgesel-rejyonel tutulum) bazen klinik olarak aşikar olup (palpabl lenf nodu ve/veya radyolojik incelemede patolojik lenf nodu), bazen de gizli kalabilir. Bu nedenle bu hastalarda klinik olarak patolojik lenf nodu olmasa bile gizli metastaz yapma riski yüksek lezyonlarda da sıklıkla primer tümör rezeksiyonuna lenf nodu diseksiyonu da eklenir.

Çeşitli bölgelerde tümörün T sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

TÜMÖR LOKALİZASYONU	T1	T2	T3	T4
Dudak ve oral kavite	En büyük boyutu 2 cm ve daha az olan tümör	En büyük boyutu 2 cm'den büyük, 4 cm'den küçük olan tümör	En büyük boyutu 4 cm'den büyük olan tümör	Kemik korteksi, dil, boyun cildi, dilin ekstresek kasları, maksiller sinüs gibi komşu yapıları invaze eden tümör
Orofarenks	En büyük boyutu 2 cm ve daha az olan tümör	En büyük boyutu 2 cm'den büyük, 4 cm'den küçük olan tümör	En büyük boyutu 4 cm'den büyük olan tümör	Kemik korteksi, boyun yumuşak dokuları, dilin ekstresek kasları, gibi komşu yapıları invaze eden tümör
Hipofarenks	Hipofarenksin bir alt bölgesine sınırlı tümör	Hemilarenksin (kordun) fiksasyonu olmaksızın hipofarenksin birden fazla alt bölgesini veya bir komşu bölgeyi invaze eden tümör	Hemilarenksin (kordun) fiksasyonu ile birlikte hipofarenksin birden fazla alt bölgesini veya bir komşu bölgeyi invaze eden tümör	Kıkırdak veya boyun yumuşak dokuları gibi komşu yapıları invaze eden tümör
Nazofarenks	Nazofarenksin bir alt bölgesine sınırlı tümör	Nazofarenksin birden fazla alt bölgesini invaze eden tümör	Nazal kaviteyi ve /veya orofarenksi invaze eden tümör	Kafatabanı ve/veya kranial sinir(ler)i invaze eden tümör
Tükürük bezleri	En büyük boyutu 2 cm'den küçük olan tümör	En büyük boyutu 2 cm'den büyük, 4 cm'den küçük olan tümör	En büyük boyutu 4 cm'den büyük olan, 6 cm'den küçük olan tümör	En büyük boyutu 6 cm'den büyük olan tümör
Ta: Lokal yayılım (cilt, yumuşak dokular, kemik veya sinire) bulguları yok Tb: Lokal yayılım (cilt, yumuşak dokular, kemik veya sinire) bulguları var				

Tüm anatomik bölgeler için N sınıflandırılması 2 ayrı şekilde yapılabilir:

N ₀	N ₁	N _{2a}	N _{2b}	N _{2c}	N ₃
Palpabl lenf nodu yok	En büyük boyutu 3 cm'den küçük tek, ipsilateral lenf nodu	En büyük boyutu 3 cm'den büyük, 6 cm'den küçük olan, tek ipsilateral lenf nodu	Hiçbirinin en büyük boyutu 6 cm'yi geçmeyen, multipl ipsilateral lenf nodları	Hiçbirinin büyük boyutu 6 cm'yi geçmeyen, bilateral veya kontralateral lenf nodları	En büyük boyutu 6 cm'yi geçen lenf nodu veya nodları

Yine tüm anatomik bölgeler için M sınıflandırılması şu şekilde yapılabilir:

M0	M1
Uzak metastaz yok	Uzak metastaz var

Bu TNM sınıflandırılması paralelinde evrelendirme ise şu şekilde yapılabilir:

EVRE-I : T1 N0 M0

EVRE-II : T2 N0 M0

EVRE-III : T3 N0 M0

T1 N1 M0

T2 N1 M0

T3 N1 M0

EVRE-IV: T4 N0 M0

T4 N1 M0

N2 M0 tüm T'ler

N3 M0 tüm T'ler

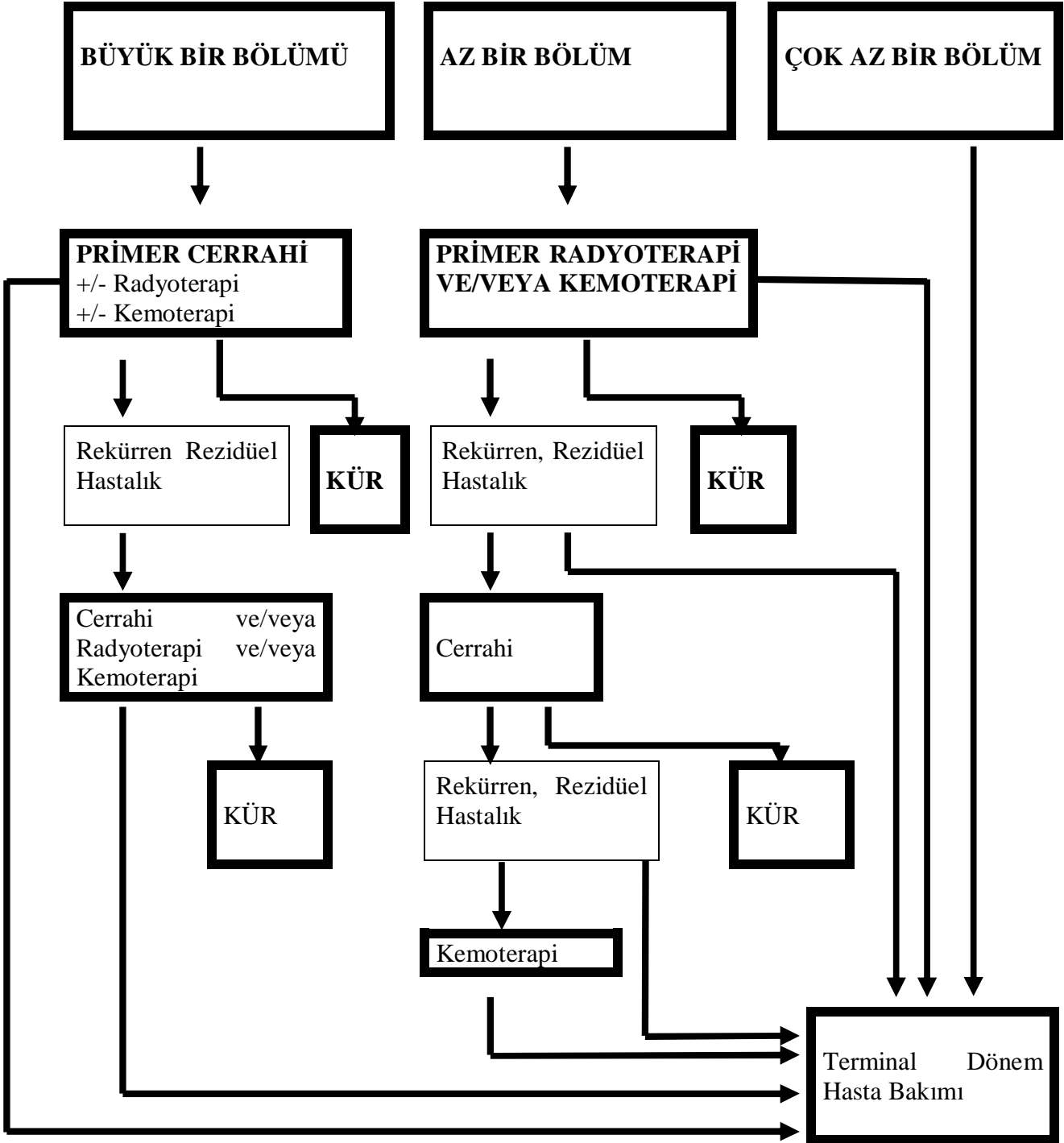
M0 tüm T ve N'ler

Evreleme için, klasik fizik muayene ve endoskopik inceleme sonrasında BT ve/veya MR gibi ileri radyolojik tetkikler de gerekebilir.

Tedavi: Bu bölgenin malign tümörlerinin tedavisindeki seçenekler;

- Cerrahi,
- Radyoterapi ve
- Kemoterapidir.

Genel olarak tedavi aşağıdaki gibi şematize edilebilir:



Tedavi politikasının oluşturulmasında önemli faktör, bu bölge malignitelerinin köken aldıkları bölgede lokal invazyon yaparak ve bölgesel lenf nodlarına metastaz yaparak sınırlı kalma eğiliminde olmalıdır (loko-rejyonel yayılım). Uzak metastaz bu tümörlerde enderdir (bazı bölgeler ve patolojiler hariç). Onun için cerrahi ve radyoterapiyi içeren lokal tedavi yeterlidir. Özellikle erken evrede tanınan tümörlerde kür şansı yüksektir.

Bu seçeneklerden biri tek başına kullanılabilceği gibi, birkaçının kombine kullanımı da söz konusudur. Bu tümörün histolojisi, hastalığın lokal veya bölgesel yaygınlığı ve hastanın genel durumu başta olmak üzere birçok faktöre bağlıdır.

Olguların büyük bir bölümünde cerrahi primer tedavi seçeneğidir. Erken evre olgularda primer cerrahi tedavi küratif olabilir ve başka tedavi kombinasyonu genellikle

gerekmez. İleri evre olgularda ise genellikle radyoterapi, ender olarak da kemoterapi ile kombine edilir. Olguların az bir bölümünde özellikle erken evre tümörlerde (T₁N₀) tek başına radyoterapi primer tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. İleri evre olguların az bir kısmında ise radyoterapi ve kemoterapi primer tedavi seçeneğidir ve rekürrent, rezidüel hastalıklarda cerrahi ile kurtarma girişimi yapılır. Çok ileri evre hastalıklı, inrezeke tabl olgularda ise ağrının kontrolü gibi palyatif amaçlı terminal dönem bakımını içeren tedavi uygulanır.

Cerrahi: Cerrahi tedavide primer tümörün radikal rezeksiyonu kadar bölgesel lenf nodu rezeksiyonu da göz önünde bulundurulmalıdır. Onun için bu tümörlerde primer tümör rezeksiyonu ile birlikte sıklıkla çeşitli boyun disseksiyonları da cerrahi tedavinin bir parçasıdır. Tümör eksizyonu yapılan herhangi bir cerrahi girişimde çeşitli derecelerde fizyolojik ve kozmetik defektler oluşacaktır. Onun için tümör rezeksiyonu kadar rekonstrüksiyon da cerrahi tedavide düşünülmelidir. Genelde tümör kenarlarından itibaren 2 cm'lik temiz doku sınırı bırakılarak rezeksiyon önerilir. Primer kapama, lokal ve rejyonel pediküllü flepler veya mikrovasküler serbest greftler gibi birçok rekonstrüksiyon tekniği vardır.

Radyoterapi: Radyasyon kanser hücrelerinin bölünme yeteneklerini önleyerek kanser hücrelerini yok eder. Radyasyon kaynağı X-ışınları, gama veya beta ışınlarından elde edilir. Son zamanlarda hızlı nötronlarda kullanılmaktadır. Tüm dokular radyasyonu absorbe ettiğinden, normal dokular üzerindeki istenmeyen etkileri minimize etmek gereklidir. Bu tümörün gerçek lokalizasyonunun saptanması ve radyasyon dozunun fraksiyone şekilde verilmesiyle mümkün olabilir.

Ancak lens ve spinal kord radyasyona aşırı hassastır. Bu organlar radyoterapi planlanırken BT ve MR yardımı ile lokalizasyon iyi yapılarak korunmalıdır. Tedavi sırasında hastayı sabit tutacak özel masklar kullanılır.

Hastaların çoğunda normal dokuda radyasyona sekonder reaksiyonlar gelişir. Deride değişik derecelerde bulgular oluşur, müköz membranlar ülser ve eritem şeklinde erken dönemde reaksiyon verme eğilimindedirler. Mukozit, bazen nazogastrik beslenme gerektirecek kadar ciddi olabilir. Aşırı reaksiyon gelişen olgularda tedaviye ara verilebilir. Özellikle kandida olmak üzere fungal infeksiyonlar mukozit ile birlikte görülebilir ve debil hastalarda sıktır. Tedavi sırasında profilaktik antifungal ve antienflamatuar gargalar ile bakım önemlidir. Radyoterapini uzun dönemde getirdiği en önemli morbidite ise ağız kuruluğu (kserostomi)'dur.

Kemoterapi: Tek başına ender kullanılan bir seçenektir. Temel olarak cerrahi ve/veya radyoterapi sondası rekürrent veya rezidüel hastalık için veya ileri evre hastalar veya belli patolojik kriterler olan tümörler için kullanılmaktadır. Son çalışmalar kemoterapotik ajanların radyoterapi etkisini artırdığı ve remisyon süresini uzattığını göstermektedir. Onun için baş-boyun malignitelerinde radyoterapi ile kemoterapi kombinasyonunu içeren tedavi protokollerinin kullanımına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Ancak klasik tedavi yöntemleri içinde kemoterapinin yeri kısıtlıdır.

Kemoterapinin en önemli yan etkisi hematopoezisi baskılamasıdır. Tedavi sırasında oluşabilen renal veya hepatik yetmezlik bu yan etkiyi artırır.

Terminal bakım: Bazı hastalarda çok ileri evrede tanı konduğundan veya rekürrent veya rezidüel hastalıktan dolayı küratif tedavi mümkün olmayabilir. Hastanın bundan sonra ölümüne kadar geçen süre son derece sıkıntılı ve ağrılıdır. Terminal dönem bir hastada karşılaşılan başlıca sorunlar; kronik ağrı, solunum güçlükleri, yutma sorunları ve buna bağlı oral gıda alamama ile konuşma sorunlarıdır. Özel medikal ve hemşire bakımı gerektirir. Bu

dönemdeki hastaya gerekli olduğu fizyolojik ve psikolojik destek sağlanır ve yukarıda belirtilen sorunlara yönelik palyatif önlemler alınır.

Prognoz: Yer, evre, histopatolojik özellikle vs gibi ayrıntılı kriterlere bakılmaksızın bu bölge kanserlerinde sağkalım kabaca %50-60 kadardır. Yani ne yapılırsa yapılsın bu maligniteli 2 hastadan ne yazık ki biri kurtarılabilmekte diğeri ise hastalığından dolayı kaybedilmektedir. Ancak bu sağkalım oranı T₁N₀ glottik ve alt dudak kanserlerinde %90-95'lere kadar çıkarken, T₄N₃ hipofarenks kanserlerinde %20-30'lara kadar düşmektedir. Hastalar tedavi sonrası genellikle aşağıdaki takvime göre takip edilirler:

Tedavi sonrası birinci yıl	1-3 ayda bir
Tedavi sonrası ikinci yıl	2-4 ayda bir
Tedavi sonrası üçüncü yıl	3-6 ayda bir
Dördüncü ve beşinci yıllar	4-6 ayda bir
Beş yıldan sonra	12 ayda bir

Genellikle bu hastalarda (özellikle yassı hücreli kanseri olan olgularda) lokal ve/veya bölgesel nüks ile uzak metastazlar ilk 2 yıl içinde görülmesine rağmen, ancak 5 yıllık takip sonunda kür kabul edilebilirler. Ancak bu hastalar 5 yıldan sonra da ömür boyu takip edilirler. Bunun nedeni bu hastalarda ikinci primer kanserlerin görülme riskinin yüksek olmasıdır (%15-20 gibi). Çünkü bu malignitelerde en önemli etiyolojik faktör olan sigara ve alkol, tüm üst solunum ve sindirim yolu mukozasını olumsuz etkileyerek karsinogenez sürecini başlatmakta, ancak bu mukozaların yer aldığı bir bölgede klinik olarak aşikar tümör gelişmektedir. Ancak zaman içinde ortaya çıkan bu primer tedavi edilmesine rağmen, diğer mukozalarda karsinogenez süreci devam edip, ikinci tümörler ortaya çıkmaktadır. Bu şansızlık, özellikle ilk kanserinin tedavisinden sonra sigara-alkole devam eden ve ilk tümörünün tedavisinden sonra yaşam süresi uzun olan hastalarda daha sıktır.

ÖNEMLİ NOT:

- Bu bölge maligniteleri ender olarak uzak metastaz yapar.
- Bu malignitelerinin gelişiminde tütün ve alkol en önemli etiyolojik etkenlerdir.
- Herhangi bir boyun kitlesinde, ancak tüm üst solunum ve sindirim sistemi primer bir tümör odağı açısından tam bir değerlendirmeye tabi tutulduktan sonra biyopsi ile tanı konmalıdır.
- En sık görülen malignite tipi yassı hücreli karsinomdur.
- Olguların büyük bir bölümünde primer tedavi cerrahidir.
- Özellikle lens ve spinal kord hasarından dolayı tümör çevresindeki normal dokuların radyasyona hassasiyeti radyoterapi kullanımında özellik gerektirir.
- Ciddi radyoterapi reaksiyonları geçici olarak tedaviye ara verilmesini gerektirebilir.
- Kemoterapötik ajanların radyoterapinin etkisini artırdığı görülmektedir, ancak bu ajanlar tam olarak değerlendirilmiş değildir.

ORAL KAVİTENİN MALİGN TÜMÖRLERİ:

Gerçekte oral kavite malign tümörlerinin tamama yakını yassı hücreli karsinom ve varyasyonlarıdır. Minör tükruk bezlerinden köken alan adenoid kistik karsinom, adenokarsinom, anaplastik karsinom gibi epiteliyal ve lenfoma, osteosarkom, rabdomiyosarkom gibi bağ dokusu kökenli diğer histopatolojik tipler de ender olarak görülür. Non-epitelyal patolojiler oral kaviteden çok, orofarenks ve nazofarenksde daha çok görülür.

Oral kavite malign tümörlerinin hemen tümünde bir veya daha fazla etiyolojik faktör vardır. Alkol ve tütün en çok görülenidir. Kötü oral ve dental hijyen, kronik diş enfeksiyonları ve kronik irritasyonlar da malign değişikliklere neden olabilir. Oral kavitenin klasik premalign lezyonları lökoplaki ve eritroplakidir. Ayrıca liken, pemfigus gibi dermalolojik lezyonlar, papillom, atrofik glossit ve eşlik ettiği *Plummer-Winson (Patterson-Kelly)* Sendromu, tersiyer sifiliz lezyonları ve tartışmalı da olsa kronik mantor enfeksiyonları da premalign olarak kabul edilir.

Oral kavitedeki malignite şu alt bölgelerden birine lokalize olabilir veya birinden başlayarak diğerine uzanabilir (Şekil-3):

- Dudaklar
- Yanak mukozası
- Bukko-alveolar sulkuslar
- Alveoler çıkıntılar
- Dişler
- Dilin 2/3 ön kısmı (dil korpusu)
- Ağız tabanı
- Sert damak

Dudağın vermilyon hattı dışındaki deriden köken alan tümörler, aslında anatomik olarak oral kavite sınırları dışında olmalarına rağmen, yakın komşulukları ve klinik benzerlikleri nedeniyle genellikle oral kavite maligniteleri arasında incelenirler, ancak bazen bu patolojiler cilt kanserlerine de dahil edilebilirler. Bu açıdan bakıldığında oral kavite malignitelerinin yaklaşık %50'si alt dudak veya dil korpusunda, %10'u ağız tabanında, %10'u yanak mukozasında, %10'u ise mandibula (diş arkuslarında) veya maksillada (sert damakta) yerleşimlidir. Prognoz tümörün lokalizasyonu, evresi ve histolojik yapısı başta olmak üzere çok değişiktir. Genel olarak dudak kanserlerinde prognoz daha iyidir. Evrelendirmede TNM sınıflandırılması kullanılır ve buna göre dökümentasyon, tedavi seçimi ve prognoz tayini yapılır.

Oral kavitede kanseri olan bir hasta genellikle iyileşmeyen yara veya hiperkeratotik lezyon (beyaz leke) ile hekime başvurur. Ağız tabanı hariç oral kavite kanserlerinde genellikle erken dönemde pek ağrı yoktur. Tümör boyutu büyüdükçe ağrı, endurasyon, çevre dokulara infiltrasyon ile bölgesel (özellikle zon-I, II ve III'de – submental, submandibüler, üst ve orta derin jugüler lenf nodu guruplarında) lenfadenopati gelişebilir. Oral kavitede palpabl bir doku endürasyonu ve hızla iyileşmeyen mukozal ülserlerde mutlaka malignensi akıla getirilmelidir. Bu bölge tümörlerinin muayenesinde enspeksiyonun yanısıra palpasyonun da önemi büyüktür. Primer bölge dışında boyun palpasyonu da unutulmamalıdır. Ayrıca endoskopi ile görüntüleme yöntemleri (direkt, BT, MR) ile tümör evresi değerlendirilir. Kesin tanı biyopsi ile yapılır. İlk biyopsi malignite açısından negatif gelse bile, klinik şüphe devam ediyor ise mutlaka biyopsi tekrarlanmalıdır.

DUDAK KANSERLERİ:

Özellikle ekvatora yakın bölgelerde yaşayan ve açık havada çalışması gereken kimselerde (mesleki hastalık-çiftçi, postacı, seyyar satıcı gibi) sıktır. Bu UV'nin karsinojen etkisini açıklar. Tütün (sigara, pipo, puro) ve aşırı alkol kullananlarda da dudak kanseri oranı yüksektir. Erkek/kadın oranı 30:1'dir. En sık 60-65 yaşlarında ve genellikle alt dudakta görülür. Bu alt dudağın UV ışınlarını daha direkt almasıyla açıklanabilir. Alt dudaktaki tümörlerin %95'i iyi differansiye yassı hücreli karsinom'dur. Bazal hücreli karsinom daha çok üst dudakta görülür. Alt dudak kanserlerinde prognoz üst dudağa göre daha iyidir.

Klinik: İnvaziv malign evreden önceki aşamada genellikle dudakta beyaz leke (lököplaki) şeklinde diskeratozis görülür ve "Actinic Cheilitis" olarak isimlendirilir.

Dudakta kanserin görünümü genellikle ülser şeklindedir. Hasta hekime uzun süredir iyileşmeyen yara yakınması ile başvurur (Şekil-234, 235 ve 236). Ayırıcı tanıda keratoakantom, sifiliz ve tüberküloz düşünülmelidir. Tanı biyopsi ile konur.



Şekil-234



Şekil-235



Şekil-236

Tedavi: Erken evre (T₁) tümörlerde radyoterapi ve cerrahi sonuçları aynıdır ve kür şansı fazladır. Daha büyük tümörlerde primer tedavi cerrahidir. Erken evrelerde kombine tedaviye gerek yokken, ileri evrelerde cerrahi genellikle postoperatif radyoterapi ile kombine edilir. Dudağın 1/3'ünden daha azının eksize edilmesi gereken tümörlerde modifiye V insizyonu ile tümör çıkarılıp, defekt primer olarak kapatılabilir. Daha büyük tümörlerde lokal cilt flepleri ile rekonstrüksiyon gereklidir. Eğer metastatik lenf nodu varsa veya gizli metastaz riski yüksekse boyun disseksiyonu da gereklidir.

5 yıllık yaşam 2 cm.den küçük tümörlerde yaklaşık %90 iken (Şekil-234), ileri evre olanlarda %40'lara kadar düşebilir (Şekil-236).

DİL KANSERLERİ

Yaklaşık olguların 2/3'ü erkeklerdir. Genellikle 50-60 yaş arasında görülür. Tütün ve alkol alışkanlığı yanında kötü dental ve oral hijyen de suçlanmaktadır. Dilin lateral kenarı en sık etkilenen bölgesi olmasına rağmen (Şekil-0237), ender olarak dilin ucunda da görülebilirler (Şekil-238). Olguların büyük bir çoğunluğu (%95) iyi differansiye yassı hücreli karsinomdur.

Klinik: Başlangıçta genellikle ağrısız olan inatçı ülser en sık başvuru nedenidir (Şekil-237). Tümörün infiltratif komponenti de unutulmamalıdır. Eğer tümör büyümesine izin verilirse lezyon belirgin derecede fiksasyona ve mandibula invazyonuna neden olur, şiddetli ağrılar başlar. Bundan sonra hasta çiğneme, yutma ve konuşma zorlukları ile karşılaşır. Tek taraflı yansıyan otalji olabilir. Ağız kokusu (fedor oris) ve siyalore görülebilir. Boyun metastazı olasılığı fazladır. Bu bölgenin çapraz lenf drenajından dolayı lenf nodu tutulumu karşı tarafta da olabilir. Tanı biyopsi ile edilir.



Şekil-237



Şekil-238

Tedavi: Boyun metastazı olmayan ufak lezyonlar (T₁N₀) cerrahi veya radyoterapi ile tedavi edilir. Cerrahi olarak V rezeksiyonu yeterlidir, ancak implante edilen radyum iğneleri ile de aynı kür oranları elde edilebilir. Ayrıca lazer de kullanılabilir. Daha büyük lezyonlarda parsiyel glossektomi, hemiglossektomi, total glossektomi, mandibula rezeksiyonu ve boyun disseksiyonu gerekebilir. Bazen postoperatif radyoterapi ile kombine edilebilir. Rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyon da gerekli olabilir.

Evre-I tümörde 5 yıllık yaşam %90 civarında iken, evre-IV olgularda %10'a kadar düşer.

AĞIZ TABANI KANSERLERİ

Bu bölge kanserleri göreceli olarak diğer bölgelerde göre daha geç evrede semptom verme eğilimindedir. Yine uygun muayene yapılmayıp, oral kaviteye bakılırken dil yukarı kaldırılıp bu bölgenin inspeksiyonu ve palpasyonu yapılmazsa rahatlıkla gözden kaçabilir. Bu bölge tümörlerinde tanı anında periost ve mandibula invazyonu görülme olasılığı daha fazladır. Anatomi bölümünde de bahsedildiği gibi, ağız tabanı içten dışa doğru sert desteği olmayan bir bölgedir. Bu nedenle bu alandaki malign neoplastik patolojiler çok kolaylıkla lokal yayılım gösterebilirler. Lokal olarak ileri evrelere ulaştığında oral kavitenin diğer alt anatomik bölgelerine uzanabilir (Şekil-239).

Klinik: Ağız tabanında şişlik ve yara ile birlikte (Şekil-240), disfaji veya odinofaji en sık görülen semptomdur. Ağrı genellikle en belirgin özelliştir ve derin invazyonu gösterir. Aynı zamanda yansıyan otalji de bulunabilir. Boyun metastazı olasıdır ve bilateral olabilir. Panoramik mandibula grafisi veya BT ile kemik erozyonu görülebilir. Tanı için biyopsi esastır.



Şekil-239



Şekil-240

Tedavi: Primer radyoterapi sonrası gerekli olduğundan cerrahide yüksek oranda radyasyonlu kemikte osteoradyonekroz riski olduğundan radyoterapi primer tedavi olarak genellikle önerilmez. Onun için primer tedavi cerrahidir. Boyun metastazı varlığında boyun disseksiyonu yapılır. Cerrahi rezeksiyon sonrası pediküllü veya serbest flepler ile yumuşak doku ve kemik defektleri onarımı gerekli olabilir. Gerekliğinde postoperatif radyoterapi ile kombine edilir.

ALVEOLER ÇIKINTI KANSERLERİ

Alt alveolar çıkıntı daha çok tutulur. Yaşlılarda protezlerin iyi oturmaması başvuru yakınması olabilir (Şekil-241). Bu nedenle başvuran hastanın protez ve diş sorunlarının göz ardı edilmesi tanıyı geciktirir. Yine oral kaviteyi muayene ederken, hastanın varolan protezlerinin çıkarılmaması da tanıyı zorlaştırır.



Şekil-241

Lezyonların çoğu kemiğe ve komşu ağız tabanına yayılır. Mandibula ya direkt olarak invaze olur ya da inferior dental sinir kanalı yolu ile tutulur. Sinir yolu ile tutulumda yayılım kafatabanına uzanacak kadar arkaya gidebilir. Ayrıca sinir tutulumunun (inferior alveolar sinir) bir bulgusu da alt dişlerde parestezi, hipostezi ve anestezi'dir. Bu nedenle tüm ağız içi kanserlerinde olduğu gibi, özellikle bu bölge kanserlerinde alt dişlerin sensöriyel muayenesi önem kazanmaktadır.

Tedavi ağız tabanındaki ile aynıdır.

SERT DAMAK KANSERLERİ

Bu bölgede yassı hücreli karsinom göreceli olarak daha enderdir. Minör tükrük bezleri kökenli adenoid kistik karsinom daha sık görülür. Malign melanom gibi tümörlerde ender olsa da görülebilir (Şekil-242). Adenoid kistik karsinom nervus palatinus major boyunca perinöral olarak yayılabilir ve kafatabanına kadar uzanabilir.

Adenoid kistik karsinomun tedavisi cerrahi ve postoperatif radyoterapidir. Damakta cerrahiye sekonder defekt dental obturator (protez) ile kapatılabilir.

YANAK MUKOZASI KANSERLERİ

Hindistan'da son derece yaygındır. Nedeni bu bölgede bölgeye spesifik olan fındık benzeri bir yemişin (*betel nut*) çiğnenmesi ve bunun karsinojenik etkisidir. Lezyon ülseratif veya ekzofitik olabilir (Şekil-243). Biyopsi ile tanı konur. Erken lezyonlar eksize edilip kolaylıkla primer olarak kapatılabilir. Daha büyük rezeksiyonlarda cilt greftlemesi gerekir.



Şekil-242



Şekil-243

- ÖNEMLİ NOT:**
- Oral kavitedeki malign tümörler çoğu ülser ile ortaya çıkar.
 - Oral kavitede ülserin nedeni olarak tüberküloz (Şekil-244) ve sifiliz (Şekil-245 ve 246) enderdir. Ancak ayırıcı tanıda hatırlanmalıdır.
 - Oral kavitedeki bir lezyonun palpasyonu inspeksiyondan daha fazla bilgi verebilir. (Yapısı, boyutları, fiksasyonu gibi).
 - 3 haftadan fazla devam eden herhangi bir oral kavite ülseri malign patolojinin ekarte edilmesi için mutlaka biyopsi ile değerlendirilmelidir.
 - Cerrahi öncesi biyopsi esastır.
 - Radyasyon sonrası cerrahi düşünülürse osteoradyonekroz görülebilir.
 - Bu bölge tümörlerinin rezeksiyonundan sonra dil kalıntısının mobilitesini sağlamak ve çiğneme ile artikülasyona yardımcı olmak amacı ile yumuşak doku defektleri en iyi şekilde rekonstrükte edilmelidir.
 - Sistemik, hematolojik maligniteler (lösemi gibi) de oral kavitede bulgu verebilir (Şekil-247 ve 248).
 - Özellikle genç yaşlarda kemik kökenli maligniteler de (osteosarkom, *Ewing* sarkomu) unutulmamalıdır (Şekil-249).



Şekil-244



Şekil-245



Şekil-246



Şekil-247



Şekil-248



Şekil-249

OROFARENKSİN MALİGN TÜMÖRLERİ:

Orofarenksin malignite gelişebilecek olan alt bölgeleri şunlardır:

- Dilin 1/3 arka kısmı (dil kökü)
- Epiglotun lingual yüzü, vallekula
- Yumuşak damak ve uvula
- Tonsiller ve tonsil plikaları
- Farenks arka duvar mukozası

Bu bölge tümörlerinin çoğu yassı hücreli karsinomdur, ancak lenfoma ve minör tükrük bezi tümörleri de görülebilir:

Yassı hücreli karsinom	%75
Lenfoma	%15
Lenfoepitelyom	% 5

Diğer
(minör tükürük bezi kökenli,
sarkom, anaplastik gibi)

% 5

OROFARENKSİN YASSI HÜCRELİ KARSİNOMU

Özellikle yaşlı erkeklerde görülür. Ancak erkek/kadın oranı 4:1'e kadar düşmüştür. Etiyolojik etkenler oral kavitedeki ile yanlıdır. Özellikle alkol ve tütünün birlikte alınımı yüksek risk oluşturmaktadır. Tümör lokalizasyonu dağılımı şu şekildedir;

Tonsil, tonsil plikaları	%50
Dil kökü	%20
Yumuşak damak, uvula	%10
Diğer (farenks arka duvarı gibi)	%20

Zengin lenf drenajından dolayı olguların %60'ında bölgesel lenf nodu tutulumu vardır.

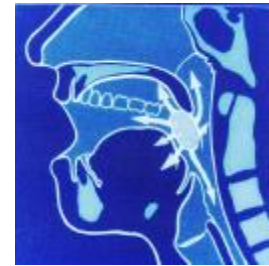
Klinik: Genel başvuru yakınması sıklıkla tek taraflı, progressif otalji ve disfaji ile birlikte olan boğazda rahatsızlık öyküsüdür. Birçok hastada boğazın gerisinde şişlik hissi vardır. İlk başvuruda lenf nodu metastazı sıklıkla vardır. Boyunda kitle bazen başvuru yakınması olabilir. Özellikle dilkökünde lokalize tümörlerde bilateral boyun metastazı riski yüksektir. Tümör büyüdükçe yutma ve konuşmanın bozulması (*hot potato voice*-haşlanmış patetes sesi), oral fetor, kanama ve kanla karışık balgam, daha ileride ise dilin fikse olması ve trismus, kilo kaybı görülebilir. Rutin muayenede tümör genellikle ülsere görünümündedir (Şekil-250) ve tonsil tümörlerinde tek taraflı tonsil büyümesi dikkati çeker (Şekil-251). Bu olgularda kesin tanı için tonsillektomi endikasyonu vardır. Bu nedenle özellikle ileri yaş hastalarda tek taraflı tonsil hipertrofisi mutlaka malignite açısından değerlendirilmelidir. Orofarenksin tam görülebilmesi için ayna ile indirekt muayene gereksinimi vardır (dilkökü, vallekula için). Bu bölge çevresinde yumuşak doku çok olduğundan, tümör kolayca lokal invazyon yapabilir (Şekil-252) ve ileri evrelere gelebilir. Ancak tümörün gerçek boyutları palpasyon ve ileri görüntüleme yöntemleri (MR, BT) ile saptanabilir. Lezyonun mandibula tutulumu için de radyolojik tetkik gereklidir. Uzak metastaz riski oral kaviteye göre biraz daha fazladır. Onun için akciğer grafisi ve diğer temel incelemeler (özellikle kemik ve karaciğer metastazı için) yapılmalıdır. Ayrıca bu bölge karsinomu olan hastanın üst solunum ve sindirim sisteminde ikinci bir karsinom daha olması veya sonradan gelişim olasılığı da daha yüksektir. Hasta bu açıdan da değerlendirilmeli ve takip edilmelidir. Kesin tanı biyopsi ile yapılır. Ülsere ve jejetan kitlelerde *punch* biyopsisi, diffüz büyümelede (Şekil-251) tonsillektomi yapılır.



Şekil-250



Şekil-251



Şekil-252

Tedavi: Anaplastik karsinomlu veya uzak metastazı olan hastalar inkütabl kabul edilebilir. Geri kalan olgularda cerrahi ve/veya radyoterapi, sıklıkla da bu 2 tedavinin kombinasyonu olan primer cerrahi ve postoperatif radyoterapi uygulanır. Bazen kemoterapi de tedaviye eklenebilir. Cerrahide primer tümör rezeksiyonu, gerekli olgularda mandibülektomi ve orofarenksin rezeksiyonunu içeren *KOMANDO* operasyonu ve boyun nodu metastazında veya gizli metastaz şüphesinde boyun disseksiyonu yapılır. Büyük defektler pediküllü miyokütanöz

flep veya serbest mikrovasküler greft ile onarılır. Erken evre tümörlerde tek başına radyoterapi, ileri evre tümörlerde ise kemoradyoterapi diğer tedavi seçenekleridir.

Genel yaşam oranları tümörün lokalizasyonuna, boyutuna bağlıdır. Tonsil yassı hücreli kanserlerinde yaşam dil kökündekilere göre daha uzundur. Genel olarak 5 yıllık yaşam dikközü tutulumu olmayanlarda %40 civarında iken dikközü tutulumu olanlarda %20'ye kadar düşer.

OROFARENKSİN LENFOMASI

Ekstranodal lenfoma için en sık tutulum yeri orofarenksdir. Bunlar genellikle non-Hodgkin lenfoma ve B hücre varyantıdır ve yüksek derecede malign tümörlerdir. T hücreli non-Hodgkin lenfoma daha seyrek ve genellikle AIDS gibi immün sistemi baskılanmış hastalarda görülür.

Klinik: Genellikle etkilenen bölge tonsildir ve tonsilin tek taraflı düzgün büyümesi ile bulgu verir.



Şekil-253

Ancak tonsilin yassı hücreli kanserlerinde olduğu gibi ülserovejetan kitle yerine, tipik makroskopik özelliğın kaybetmiş, diffüz büyüme söz konusudur (Şekil-253). Tanı için tonsillektomi gerekir. Histolojik tanı yanında sellüler immunoloji ve yüzey belirteçleri için de sipesmen incelemeye alınır. Evrenme için akciğer grafisi, toraks BT veya MR'ı ve abdomen BT veya MR'ı gereklidir.

Tedavi: Lokalize olgularda radyoterapi yeterlidir ve olguların 2/3'ünde kür sağlanır. Yaygın olgular kemoradyoterapi ile tedavi edilir. Düşük *grade*'ler için tek ajan kullanılırken, yüksek *grade*'li olanlarda kombine tedavi verilir.

OROFARENKSİN TÜKRÜK BEZİ MALİGNİTELERİ

Enderdir. Yaklaşık %50'si tonsilden ve dikkökünden köken alan adenoid kistik karsinomdur. Son derecede ağırsif bir tümördür ve perinöral lenfatikler boyunca yayılabilir ve akciğere metastaz yapabilir.

Tedavi cerrahidir. Adenoid kistik karsinomda geniş rezeksiyon, rekonstrüksiyon ve postoperatif radyoterapi gereklidir.

- ÖNEMLİ NOT:**
- Orofarenks kanserli hastalar, boğazın arka kısmında şişlik ve takılma hissi gibi non-spesifik, müphem olan ve malign olmayan diğer lezyonlarda da sıklıkla görülebilen yakınması ile hekime gelebilir ve bu yakınmalar dikkate alınmaz ise tanı gecikebilir.
 - Orofarengeal lezyonların çoğu rutin muayenede görülebilir. Ancak dikkatli bir muayene (indirekt muayene de) yapılmazsa, özellikle dikközü ve vallekula lezyonları gözden kaçabilir.
 - Tüm orofarengeal lezyonlar palpe edilmelidir. Bu lezyonun gerçek boyutları hakkında bize bilgi verir.
 - Tek taraflı tonsil büyümesinde mutlaka tonsil malignitesi düşünölmeli ve tonsillektomi ile histopatolojik inceleme yapılmalıdır.
 - Yassı hücreli karsinom orofarenksde en çok görölen tümördür.
 - Orofarenks karsinomlu olguların yaklaşık yarısında başvuru metastatik boyun lenf nodu vardır.
 - Ekstranodal lenfoma için tonsil en sık görölen tutulum bölgesidir. Bunların çoğu B hücre kökenli non-Hodgkin lenfomadır.

HİPOFARENKSİN MALİGN TÜMÖRLERİ:

Hipofarenks (larengofarenks) yukarıda epiglotun üst kenarından aşağıda krikoidin alt kenarına kadar uzanır. 3 bölüme ayrılır:

1. Priform sinuslar
2. Postkrikoid bölge
3. Hipofarenks arka duvarı

Hemen hemen tüm malign tümörler yassı hücreli karsinom'dur. Sıklıkla kötü differansiye tipi görülür. Alt bölgelere göre görülme sıklığı şöyledir:

Priform sinus	%60
Postkrikoid bölge	%30
Arka duvar	%10

Primeri hipofarenksde olan malignitelerde boyun nod metastazı oldukça sıktır ve bunlar içinde ise en fazla priform sinus kanserlerinde nod metastazı vardır. Postkrikoid bölge tümörleri boyun lateraline olduğu kadar (sıklıkla bilateral), mediastinal ve paratrakeal lenf nodlarına da metastaz yapar.

Tütün ve alkol yine etyolojik nedenler olarak suçlanmaktadır. Radyasyona maruziyet 20-30 yıl sonra bu bölgede maligniteye öncülük edebilir. Diğer bölge kanserlerine göre kadınlarda daha sık görülür (özellikle postkrikoid lokalizasyonunda).

Paterson-Kelly (Plummer-Vinson) Sendromu: Demir eksikliği disfajisi ile postkrikoid karsinom arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Paterson ve Brown Kelly hipokromik mikrositik anemi, atrofik glossitis (Şekil-254), *rhagad (cheilitis)* (Şekil-255), koilonişia (Şekil-256), splenomegali ve postkrikoid web'in (Şekil-257) neden olduğu disfajiyi içeren sendromu tanımlamışlardır.



Şekil-254



Şekil-255



Şekil-256



Şekil-257

Hematolojik bozukluklar, düşük serum demir seviyesi ve artmış demir bağlama kapasitesidir. Hemoglobin genellikle düşüktür ancak normalde olabilir. Bazı hastalar kötü vitamin B12 absorpsiyonuna ve düşük serum vitamin B12 seviyelerine sahip olabilir. Postkrikoid web veya fibröz striktür radyolojik olarak gösterilebilir.

Sideropenik disfajinin tedavisi demir ve bazı B kompleks ilaçlar verilerek hematolojik eksikliklerin düzeltilmesidir. Disfaji düzeltilebilir. Ancak kalıcı olursa dilatasyon gereklidir. Tüm olgular postkrikoid karsinom gelişme riski açısından düzenli takip edilmelidir.

Klinik: Hipofarenks neoplazmalarında başlıca klinik bulgular;

- Otalji
- Boyunda lenf nodu büyümesi
- Disfaji
- Disfoni
- Kilo kaybı

Gerçek disfaji genellikle geç bir bulgudur. Tümör gerçekten obstrüktif olana kadar büyük boyutlara ulaşır. İlk önceleri sadece odinofaji (yutma sırasında rahatsızlık ve ağrı) veya acı hissi ve gıdaların farengoözefagustan geçişi sırasında batma hissi olabilir. Başvuru anında disfaji genellikle şiddetlidir ve hemen daima kilo kaybı da vardır. Yansıyan otalji sıktır.

Disfoni, ya larenksin direkt invazyonundan, ya da rekürrent sinirin tutulumuna bağlı kord paralizisinden ileri gelir, buna nefes darlığı eşlik edebilir. Fetor oris ve kanlı balgam görülebilir. Yine hipofarenks seviyesindeki tıkanıklığa bağlı olarak gıdaların (özellikle sıvı) larenkse taşması sonucu aspirasyon ve buna bağlı pnömoniler de görülebilir.

Boyun metastazına bağlı izole boyun kitlesi hastanın başvuru yakınması olabilir ve başka yakınma eşlik etmeyebilir. Bu genellikle zengin lenf drenajından dolayı priform sinüs kanserlerinde daha olasıdır. Özellikle postkrikoid ve arka duvar tümörlerinde bilateral metastaz mümkündür.

Olguların büyük bir bölümü hekime başvurduğunda geç evreye ulaşmıştır. Bazen de erken evre semptomları hekim tarafından farklı yorumlanarak iatrojenik olarak tanı gecikebilir. Uzak metastaz riski %10 civarındadır ve öncelikle akciğer, kemik ve karaciğer olur.

Eğer tümör priform sinüs girişinde veya arka duvarda lokalize ise ayna muayenesi ile belirgin tümör görülebilir. Postkrikoid bölge tümörlerinde indirekt ayna muayenesi bulgusu olarak hipofarenksde tükürük göllenmesi (*pooling*) vardır. Çünkü ayna muayenesinde bu bölge tümörlerinin kendisi görülemeyebilir. Kord vokal paralizi de muayene ve fleksibl veya rijit endoskopi ile değerlendirilmelidir.



Şekil-258

Baryumlu pasaj grafisi mukozada dolma defekti olduğunu gösterir (Şekil-258). Boğazda bazı şeylerin hissedilmesi devam ediyorsa pasaj grafisi normal bile olsa farengoözofagoskopi (rijit veya fleksibl, gerektiğinde genel anestezi ile) mutlaka gereklidir. Direkt akciğer grafisi, akciğer metastazını, 2. primer tümör varlığını ve metastaza bağlı paratrakeal ve mediastinum tutulumunu gösterebilir. Tanı mutlaka biyopsi ile konmalı ve tedavi planı için tümör yaygınlığı ileri radyolojik yöntemlerle (BT, MR) mutlaka değerlendirilmelidir. Olası uzak metastazlar için yine temel tetkikler yapılmalıdır.

Tedavi: Yaklaşık hastaların 1/3'ü başvuru anında tedavi edilemeyecek evrededir. Bunun nedenleri:

- Kötü genel durum
- Hastanın geniş, radikal tedaviyi kabul etmemesi
- Metastatik hastalık
- Çok ileri evre tümör

Gıdaların larenkse taşması sonucu gelişen aspirasyon pnömonisi tedavi edilmeyen bu hastalarda en sık görülen ölüm nedenidir. Aktif tedavi yapılamayan bu olgularda fizyolojik ve psikolojik tüm desteğin verildiği terminal dönem tedavisi yapılmalıdır.

Boyun metastazı ve kord paralizisinin olmadığı küçük tümörlerde kür şansı hayal kırıcı olsa da radyoterapi denenebilir. Ek olarak verilen kemoterapi radyoterapiye cevabı artırabilir. Son dönemlerde total larenjektomi gereken olgulara kemoradyoterapi protokolleri de uygulanmaktadır.

Cerrahi genellikle seçilecek tedavi şeklidir ve sıklıkla larenksle birlikte farenksin çıkarılmasını ve lezyonun yaygınlığına bağlı olarak özefagusun da çıkarılmasını gerektirebilir (parsiyel veya total farengolarenjektomi, total farengolarengoözefajektomi). Sindirim yolu çeşitli dokular kullanılarak tekrar onarılabilir. *Split thickness* veya pediküllü cilt flepleri mümkündür. Mide (*Gastric pull-up*) veya kolon parçasının transpozisyonu olabilir. Jejunum segmenti mikrovasküler anastomoz ile serbest gerft şeklinde kullanılabilir. Tek veya iki taraflı boyun disseksiyonu da gereklidir.

5 yıllık yaşam genel olarak sadece %25-30 civarındadır.

- ÖNEMLİ NOT:** - Sideropenik disfaji (*Plummer-Vinson* veya *Paterson-Brown Kelly* sendromu) postkrikoid karsinom gelişimi ile birlikte olabilir.
- Hipofarenks kanserleri geç evrede semptom verme eğilimindedir.
 - Hipofarenks neoplazmlarının erken semptomu sadece ekmek kıyıntısı gibi bazı şeylerin boğazda hissedilmesi şeklinde olabilir.
 - Başvuru anında genellikle disfaji şiddetlidir.
 - Bölgesel lenf nodu metastazı sıktır.
 - Tüm olgularda baryumlu grafi ve endoskopik biyopsi gereklidir.
 - Radyoterapi nodal metastazın olmadığı küçük lezyonlar için primer tedavi olarak kullanılabilir.
 - Hipofarenks kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ü başvuru anında tedavi şansı yoktur.
 - Cerrahi rezeksiyon genellikle farengolarengeoözefajektomiye gerektirebilir.
 - Sindirim sisteminin bütünlüğü en iyi visseral organların transpozisyonu veya serbest jejunum grefti ile sağlanır.

NAZOFARENKSİN MALİGN TÜMÖRLERİ:

Genelde görülen malign neoplazmları şunlardır:

- Keratinize yassı hücreli karsinom
- Non-keratinize yassı hücreli karsinom
- İndiferansiye karsinom
- Non-Hodgkin lenfoma
- Kordoma

Karsinom en sık görülen malign tümördür.

NAZOFARENGEAL KARSİNOM

Yassı hücreli karsinomun keratinize, non-keratinize, indifferansiye ve lenfoepitelyom varyantları görülebilir.

Diğer ırklarda da görülmesine rağmen en sık görüldüğü yer özellikle Çin olmak üzere Güney Asya'dır.

Etyolojik olarak birçok faktör suçlanmaktadır. Bunlar; tuzlanmış balık, Çin'de kullanılan bir çeşit buharlı kamışın dumanının teneffüs edilmesi, Çin tıbbi otları, sigara içimi, endüstriyel dumanlar ve kimyasal dumanlardır. *Epstein-Barr* virusu (EBV) da etyolojide büyük rol oynar. Viral genom nazofarenks mukozası hücreleri içine inkoopere olarak, daha sonra bazı stimülünler tarafından hücrede malign dönüşümü tetikleyebilir. Erkeklerde 2 misli fazla görülür. Genel baş-boyun kanserlerini aksine genç erişkinlerde, hatta pediatrik yaş gurubunda bile görülebilir.

Klinik: Tümörlerin çoğu *Rosenmüller* çukurundan köken alır ve çeşitli semptom ve bulgular oluşturacak şekilde çeşitli yönlere yayılabilir. Bu semptom ve bulgular:

KULAK

İşitme kaybı

Effüzyonlu otitis media (başlangıçta özellikle tek taraflı)

Süpüratif otitis media, kulak akıntısı

Tinnitus

BURUN

Epistaksis

Akıntı (kanla karışık)

Tıkanıklık (başlangıçta tek taraflı)

Anosmi

BOYUN	Lenfadenopati (özellikle üst derin jugüler ve arka üçgende ve bilateral)
KONUŞMA	Hiponazal konuşma Palatal parezi
DİĞER	Kraniyal sinir defektleri <i>Horner</i> sendromu Egzoftalmus

Östaki tüpünün nazofarengeal ucunun invazyonu işitme kaybı gibi otolojik yakınmalara neden olur. Herhangi bir erişkin hastada özellikle tek taraflı effüzyonlu otitis media varsa aksi ispatlana kadar nazofarenks kanseri olarak kabul edilmelidir.



Şekil-259

Tümörün büyümesi ile çeşitli nazal yakınmalar oluşur, ayrıca sıklıkla (%80-90) boyunda lenfadenopati vardır ve sıklıkla hastanın hekime başvuru nedeni boyunda kitledir. Bilateral lenf drenajından dolayı bilateral nod metastazı da siktir. Tüm boyun lenf guruplarına metastaz yapabileceği gibi, özellikle zon-II (üst derin jugüler gurup) ve zon-V (boyun arka üçgen gurubu)'e (Şekil-259) metastaz siktir. Onun için özellikle boyun arka üçgeninde kitle ile gelen bir kimsede primer tümör açısından nazofarenks muayene edilmelidir.

Çeşitli kraniyal sinir lezyonları görülebilir. Foramen ovale'ye doğru tümörün superiora yayılımı trigeminal sinir tutulumuna neden olarak fasiyal ağrı ve yüz duyusunda değişiklik doğurabilir. Myozis, ptozis ve enoftalmus ile karakterize *Horner* sendromu karotid kılıf içindeki sempatik trunkusun tutulumu ile ortaya çıkabilir.

Ayna ile nazofarenksin rutin muayenesinde (indirekt nazofarengoskopi, posterior rinoskopi) görülebilir. Fleksibl veya rijit endoskopi ile daha ayrıntılı ve doğru bilgiler edinilebilir. Bu muayene ile yassı hücreli kanserler genellikle ülser şeklinde görülür iken (Şekil-260), indifferansiye ve lenfoepitelyomlar lenfoid doku hipertrofisi (tek tarafı veya asimetric) şeklinde (Şekil-261) görülürler. Hastaya poliklinik şartlarında biyopsi mümkün olabilir. Bu mümkün değilse mutlaka genel anestezi altında biyopsi gereklidir. Ayrıca tanı ve prognozu açısından EBV'una yönelik serolojik testler yapılabilir.



Şekil-260



Şekil-261

Hastalığın yaygınlığının araştırılması (evreleme) için BT ve MR esastır. Özellikle kafa tabanı ve parafarengeal uzanım için bu gereklidir. Ayrıca uzak metastaz riski yüksek olduğundan bu yönden de araştırılmalıdır.

Tedavi: İleri derecede radyosensibl tümörler olduğundan, palpabl lenfadenopati olsa bile tedavi hem nazofarenksin, hem de boyunun radyoterapisidir. Bu özellikleri ile de genel baş-boyun kanserlerinden farklılık gösterirler. Kemoterapi ile kombinasyon radyoterapi etkisini artırabilir ve özellikle ileri evre kanserlerde uygulanabilir. Radyoterapiye dirençli boyun kitlelerinde boyun disseksiyonu yapılır. Ayrıca nazofarenksde radyoterapiye dirençli veya nükseden tümörlerde de çok yaygın değilse cerrahi düşünülebilir. 5 yıllık yaşam yaklaşık %30'dur.

DİĞER TÜMÖRLER

Nazofarenks tümörlerin yaklaşık %10'u non-Hodgkin lenfomadır. Önce B veya T hücre cinsi tanınmalı ve sonra evrelendirilmelidir. Sistemik olgularda radyoterapili veya onsuz kemoterapi verilirken lokalize olgularda radyoterapi yeterlidir.

Kordoma oldukça enderdir. Notokord kalıntısından köken alan ve yavaş büyüyen bir tümördür. Orijin aldığı kraniyoservikal bölgeden nazofarenkse, komşu klivusa ve servikal vertebraya uzanabilir. Tümör radyosensitif olmadığından radikal rezeksiyon veya dekompresyon gereklidir.

ÖNEMLİ NOT:

- Nazofarenks kanseri en çok Çinli'lerde görülür.
- Effüzyonlu otitis media gelişen her erişkin hastanın nazofarenksi mutlaka KBB uzmanı tarafından muayene edilmelidir.
- Nazofarenks kanseri erken evrede metastaz yapabilir ve en erken semptom boyun kitlesi olabilir.
- Genç erişkende massif epistaksis nazofarengeal anjiyofibromu düşündürmelidir.
- Puberteden sonra adenoid hipertrofisi burun tıkanıklığı nedeni olarak çok ender görülür.
- Nazofarengeal karsinomda primer radyoterapi ilk tedavi seçeneğidir.

TÜKRÜK BEZLERİ MALİGN TÜMÖRLERİ:

Tüm tükrük bezi tümörleri yaklaşık %20-30'u maligndir. Tükrük bezlerinde görülebilen malign tümörler şunlardır:

- Mukoepidermoid tümör
- Asinik hücreli tümör
- Adenoid kistik karsinom
- Malign pleomorfik adenom
- Adenokarsinom
- Yassı hücreli karsinom
- Lenfoma
- Metastik

Tükrük bezlerindeki bir kitlede malignite düşündürecek esas bulgular şunlardır:

- Devamlı hızlı büyüme veya hızlı büyüme atakları (adenoid kistik karsinom haricinde- bu tümör yavaş büyüyebilir) (Şekil-262)
- Ağrı
- Derin dokulara veya cilde fiksasyon (Şekil-263), bazın ciltte ülserasyon (Şekil-264), tümör mobilitesinin bozulması
- Servikal lenf nodu metastazı
- Fasiyal sinir parezi veya paralizisi



Şekil-262



Şekil-263



Şekil-264

MUKOEPİDERMOİD TÜMÖR

Bunların %90'ından fazlası parotidedir. Eğer minör tükürük bezlerinden köken alırsa en sık sert damakta görülür. Çocukluk döneminde en sık görülen tükürük bezi tümörüdür.

Tümörün histolojik yapısı aynı zamanda biyolojik davranışını da belirler. İyi differansiye lezyonlar benign tümör gibi davranırken, indifferansiye olanlar lokal ve sistemik metastaz eğiliminde olan yüksek *grade*'li maligniteler gibi davranır. İyi differansiye, düşük *grade*'li olanlar yavaş büyür iken, kötü differansiye, yüksek *grade*'li olanlar çok hızlı büyüyüp, ağrı, fasyal paralizi, lenf nodu metastazı ve uzak metastaz yapabilirler.

Histolojik yapı ancak parotidektomiden sonra belli olur. Eğer fasyal sinir tümör tarafından tutulmuş ise feda edilir. Sinir tutulumu olan bu olguların tümünde postoperatif radyoterapi gereklidir.

5 yıllık yaşam iyi differansiye olanlarda %90 iken, kötü differansiye olanlarda belirgin derecede düşüktür.

ASİNİK HÜCRELİ TÜMÖR

Özellikle parotisten kaynaklanır. Son derece yavaş büyüyen kitle ile kendini gösterir. Yaklaşık %10'u metastaz yapar, çok az sayıda bilateraldir. Tedavi, eğer tümör tarafından tutulmamış ise fasyal sinirin korunarak cerrahi eksizyondur (total parotidektomi). Rekürrens olasılığı düşüktür. Malign olmasına rağmen karsinomlara göre prognoz çok iyidir.

ADENOİD KİSTİK KARSİNOM

Tükürük bezlerinin en sık görülen malign tümörüdür. Submandibüler, sublingual ve minör tükürük bezlerinde lokalize olma eğilimindedir. Parotis daha ender olarak tutulur.

Başvuru nedeni genellikle birkaç ay süren, yavaş büyüyen (ancak bazın çok hızlı büyüme dönemleri de görülen) ve ağrılı olan şişliktir. Daha sonra boyun kitlesi şeklinde gelişebilir. Parotisten gelişen tümörlerde fasyal sinir hemen daima tutulur. Sinir tutulumu muhtemelen bu tümörün bir özelliği olan perinöral lenfatikleri yolu ile yayılmasına bağlıdır. Lokal boyun lenf nodlarına metastaz sıktır. Yine akciğere uzak metastaz sıktır.

Tedavi sert damak eksizyonu veya total parotidektomi gibi geniş lokal eksizyondur. Perinöral lenfatikler boyunca yayılımından dolayı kanser hücrelerini içerdiğinden fasyal sinir feda edilir. Sinir grefti kullanılarak fasyal sinir greftlemesi mümkündür. Radyoterapinin etkisi tartışmalıdır. Tedavi genellikle geniş cerrahi rezeksiyonu ve postoperatif radyoterapidir. Tedaviden sonra 10 yıldan itibaren bile rekürrens görülebilir. 5 yıllık yaşam %60'dır.

DİĞER MALİGN TÜKRÜK BEZİ TÜMÖRLERİ

Adenokarsinom ve yassı hücreli karsinom tükürük bezlerinde enderdir. Prognoz oldukça kötüdür ve tedavi geniş eksizyon ile postoperatif radyoterapidir.

Direkt malign olarak başlayan pleomorfik adenomlar parotiste oldukça enderdir. Çoğu daha önceden varolan, uzun süre tedavi edilmeden kalan veya nükseden benign pleomorfik

adenomların malign transformasyonlarıdır. Fasiyal ağrı ve parezi malign transformasyonu gösterir. Genellikle fasiyal sinirin feda edildiği radikal cerrahi ve postoperatif radyoterapi tedavi seçeneğidir.



Şekil-265

Tükrük bezlerinde görülen lenfomanın en sık görülen tipi non-Hodgkin lenfomadır. Lenfoma sadece periparotidal ve intraparotidal lenf bezlerini tutabileceği gibi, boyundaki diğer lenf nodları ile birlikte de tutulum olababilir (Şekil-265). Daha önceden varolan *Sjögren* sendromu lenfoma gelişimine öncülük edebilir. Lenfoma evrelemesi sonrası radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanır.

METASTATİK TÜMÖRLER:

Hemen daima parotiste görülür. Parotise metastaz, lenf drenajından dolayı baş-boyun cildinden kaynaklanan primer malignitelerin intra ve/veya periparotid lenf nodlarına metastazı olabileceği gibi, vücudun herhangi bir yerinden uzak metastaz da olabilir.

TÜKRÜK BEZİ TÜMÖRLERİNDE UYGULANAN CERRAHİ GİRİŞİMLER:

1. Fasiyal sinirin korunarak yapıldığı süperfasiyal parotidektomi
2. Fasiyal sinirin korunarak yapıldığı total parotidektomi
3. Fasiyal sinir rezeksiyonu ile birlikte total parotidektomi
4. Radikal parotidektomi
5. Submandibüler bez eksizeyonu
6. Sublingual bez ve ağız tabanı rezeksiyonu
7. Sert damak rezeksiyonu

Tükrük Bezi Cerrahisi Komplikasyonlar:

Major komplikasyonlar şunlardır: - Parotis:

- Fasiyal parezi, paralizi
- Aurikula cildinde anestezi
- Tükrük fistülü
- Frey ve “*gustatory sweeting*” sendromu
- Timsah Gözyaşları “*Crocodile Tears*” Sendromu
- Submandibüler bez: - Marjinal mandibüler parezi, paralizi
- Dilde zayıflık, dilde anestezi

Fasiyal parezi, paralizi: Parotidektomi sırasında eğer fasiyal sinirin bütünlüğü korunmuş ise parezi geçicidir. Bu fasiyal sinire yapılan basınç travması ile ilgilidir. Koter kullanımı ile ısı hasarı da mümkündür. Peroperatif sinirin kesildiği durumlarda onarım yapılamaz is kalıcı paralizi kaçınılmazdır.

Submandibüler bez cerrahisini takiben fasiyal parezi fasiyal sinirin mandibüler dalının hasarına bağlıdır. Ender olarak düzelir.

Aurikula cildinde anestezi: Nervus auricularis magnus daima parotidektomi sırasında kesilir ve bu aurikulanın alt yarısında ve çevre ciltte anestezi ile sonuçlanır. Zamanla bu anestezi azalır, ancak özellikle lobül çevresinde kalıcı bir anestezi gelişir.

Tükrük fistülü: Süperfasiyal parotidektomiden sonra kalan parotis dokusundan aşırı tükrük yapımı sonucu oluşur. Basınçlı pansuman ve negatif basınçlı drenaj ile hemen daima kapanır.

Frey (Gustatory Sweeting) Sendromu: Klinik bulgu çiğneme sırasında parotis bölgesindeki ciltte terleme olmasıdır. Nedeni operasyon sırasında ciltten parotis glandının ayrılması ve parasempatik liflerin hasarlanması ile sinir liflerinin iyileşmesi sırasında yanlış yönlendirilmesidir.

Bundan dolayı yemek yerken parotis bölgesindeki ciltte ağrı, enflamasyon ve terleme olur. 6 aydan öteye eğer semptomlar düzelmezse orta kulağı çaprazlayan ve parasempatik sekretuar lifleri içeren timpanik sinirin kesilmesi faydalı olabilir. Benzer şekilde operasyon sırasında kesilen sinirlerin yanlış yönlendirilmesi ile oluşan bir diğer klinik tablo ise, yemek yerken göz yaşarması olmasıdır, ki bu “Timsah Gözyaşları – *Crocodile Tears*- Sendromu” olarak adlandırılır.

Dilde anestezi ve parezi: Hipoglossal sinir ve lingual sinirin hasarına bağlıdır. Submandibüler bez cerrahisinde görülür ve kalıcıdır.

ÖNEMLİ NOT:

- Benign tükruk bezi tümörleri genellikle yavaş büyüyen ağrılı kitle ile ortaya çıkar.
- Fasiyal ağrı ve parezi henem daima malign tümörü gösterir.
- Parotidektomi ile çoğu parotis tümörü (benign olduklarından) tamamen tedavi edilir.
- Malign tükruk bezi tümörlerinin submandibüler ve minör tükruk bezlerinde görülme olasılığı fazladır.
- Eğer tümör tarafından tutulmuş ise fasiyal sinir feda edilmelidir. Derhal sinir greftlemesi veya çapraz yüz anastomozu kaçınılmaz olan kozmetik deformitenin önlenmesi açısından uygundur.
- Özellikle parotis ve submandibüler bezde malign tümörlerin yaygınlığını anlamak için BT ve MR değerlidir.
- Parotis ve submandibüler bez cerrahisi yapılacak her hasta fasiyal parezi veya paralizi açısından bilgilendirilmelidir.
- Tükruk bezi tümörlerinde özel durumlar hariç (tümörün cildi infiltrate edip ülserleşmesi gibi) kitleden açık biyopsi önerilmez (tümör hücrelerinin çevreye ekimi söz konusu olduğundan). Preoperatif olarak ince iğne aspirasyon sitolojisi yapılabilir. Kesin tanı peroperatif *frozen* çalışması ve cerrahi piyesin kalıcı histopatolojik incelenmesi ile konur.

KAYNAKLAR

1. Hawke M, Bingham B, Stammberger H, Benjamin B. Otorinolaringoloji. Tanı Elkitabı (Çeviri). AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul 2003.
2. Erişen L, Tezel İ, Hızalan İ, et al. Uyku apnesi sendromu. KBB İhtisas Dergisi 1993; 3: 63-82.
3. Erişen L. Çocukluk dönemi uyku apnesi sendromu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2000; 43: 96-105.
4. Erişen L. Obstrüktif uyku apnesi sendromu. In: Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi (Çelik O, ed.). İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., 2002; 964-84.
5. Erişen L. Pediatrik obstrüktif uyku apne sendromu. In: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu ve Horlama (Ömür M, Elez F). İstanbul: 2002; 61-74.
6. Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR: Ear, Nose and Throat Diseases. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1989.
7. Ballantyne JC, Groves: A Synopsis of Otolaryngology. 3rd ed., John Wrightand Sons Ltd., Bristol, 1983.
8. Dhillon RS, East CA: Ear, Nose and Throat and Head and Neck Surgery. Churchill Livingtone, London, 1994.
9. Erişen L, Coşkun H, Günel S, Ökten G, Yırcalı G. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kulak Burun Boğaz (Çeviri). BURFAŞ A.Ş., Bursa, 2002.
10. Calhoun KH, Eibling DE, Wax M. Expert Guide to Otolaryngology. Versa Pres, Philadelphia, 2001.