

Peer Mork-Knutsen, Sandra Ahlgren og Bjørn Bamse Mork-Knutsen

En spyttstein av de sjeldne

Spyttsteiner – sialolitter – i de små spyttkjertlene er en sjelden variant av spyttkjertelsteiner. De er som regel lokalisert i lepper eller kinn, og kan gi symptomer som kan gjøre diagnostisering vanskelig. I enkelte tilfeller kan bruk av CBCT (Cone-Beam CT) være et nyttig hjelpemiddel til å stille en tentativ diagnose. Denne kasusrapporten beskriver en pasient som henvendte seg akutt med en lokalisert hevelse på ansiktets venstre side og etterfølgende undersøkelse, diagnose og behandling. Kasuset gir innblikk i det akutte sykdomsforløpet til en pasient med en spyttstein i en av de små spyttkjertlene i kinnslimhinnen.

En av våre faste pasienter oppsøkte klinikken en fredag ettermiddag på grunn av smerter og hevelse på venstre side av ansiktet. Pasienten var en 62 år gammel mann med kjent hypertensjon, atrieflimmer og diabetes type II. Han var plaget av munntørrehet, og hadde tidvis hatt patologiske saliva-verdier som igjen har ført til økt kariesaktivitet. Han var tidligere blitt undersøkt på grunn av mistanke om patologi i glandula parotis.

Klinisk ekstraoral undersøkelse viste en stor og meget lett fluktuerende bukkal hevelse venstre side (figur 1). Origo av hevelsen var noe bukkoinferiort for tann 23. Pasienten opplevde det som meget smertefullt ved palpering av hevelsen, og hadde også noe redusert gapeevne. Det var ingen palperbare lymfekjertler. Pasienten hadde ingen symptomer på systemisk infeksjon, og hadde heller ikke opplevd måltidsrelatert forverring. Hevelsen kjentes mykere og mer fluktuerende ved palpering enn hevelser som oppstår som følge av abscessdannelser, som ved apikal periodontitt.

Forfattere

Peer Mork-Knutsen, tannlege, Dyrendal Tannhelsesenter
Sandra Ahlgren, overlege, Øre-nese-hals-avdeling, Sykehuset Østfold

Bamse Mork-Knutsen, universitetslektor, Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.



Figur 1. Hevelse på venstre side.

Intraoralt var det en lilla-aktig lesjon i slimhinnen bukkalt som kan ligne en kronisk fistel (figur 2). Fistelen ble forsøkt penetrert med en sonde, men det ble ikke funnet fistelkanal. Det ble utført perkusjonstest av tennene i andre kvadrant uten påfallende funn. Det ble gjort en enkel intraoral røntgenundersøkelse for å avdekke mulig apikal periodontitt. Røntgenbildet viste ingen klar odontogen patologi, med unntak av et sekundærkaries distalt på tann 26 (figur 3). Det kunne melkes klar væske fra parotis utførselsgang. På grunn av manglende odontogene funn, men med mistanke om spyttstein, ble det konferert med en spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi om videre radiologisk undersøkelse. Det ble besluttet å utføre en CBCT-undersøkelse på bekostning av okklusal- og bløtvevsrøntgen, da disse ville utsette pasienten for unødig strålebelastning og ble vurdert som suboptimale.

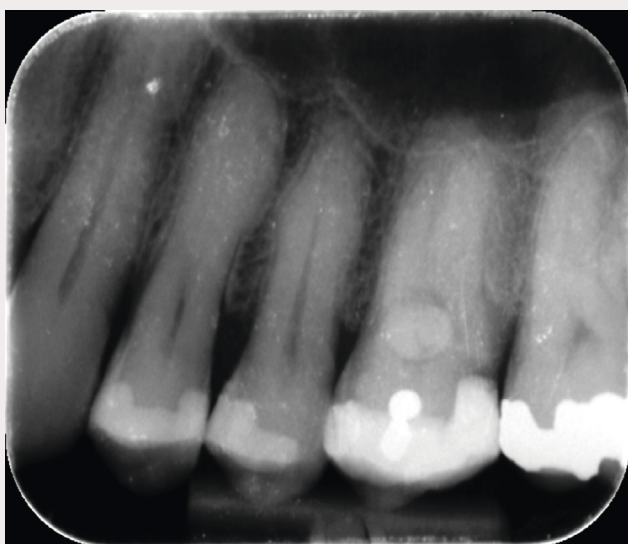
Utvidet radiologisk undersøkelse

CBCT-undersøkelse (90kV, 13mA, med stort FOV – 13x14 cm) viste en liten, svært velavgrenset og kuleformet radiopacitet i venstre kinn, rett lateralt for kronene på 23 og 24 (figur 4 A–D). Diameteren var ca. 5,5 mm. Røntgentettheten er omtrent som spongiøst ben, med mer radiolucens sentralt. Røntgendiagnose ble «funn forenlige med kalsifisert lokal spyttkjertel i venstre buccae».

Vakthavende lege ved øre-nese-hals-avdelingen ved Sykehuset Østfold – Kalnes, ble konferert for videre behandling. Pasien-



Figur 2. Lilla-aktig lesjon i venstre kinnslimhinne som kan være forenlig med en kronisk fistel



Figur 3: Intraoral, periapikal røntgenundersøkelse viser normale apikale forhold regio 24, 25 og 26.

ten ble satt på Dalacin® (Pfizer) 300 mg per os på grunn av mistanke om bløtvevsinfeksjon sekundært til spyttsteiner, og bes møte til undersøkelse ved ØNH-avdelingen dagen etter.

Behandling

Pasienten tok kontakt allerede samme kveld på grunn av økende plager med tiltagende hevelse, samt sprenkende smerter. Den lilla-aktige fistelåpningen ble sondert med en arteriepinsett under lokalanestesi ca 1 cm inn i bløtvevet uten å påtreffe konkret. Det ble drenert blakket sårveske/puss. Pasienten ble satt på Dalacin intravenøst i et døgn før overgang til peroral behandling. Det ble i tillegg gjort en utvidet CT-undersøkelse av collum og gl. parotis uten patologiske funn, på bakgrunn av at det ved en tidligere anledning har vært mistanke om patologi i gl. parotis.

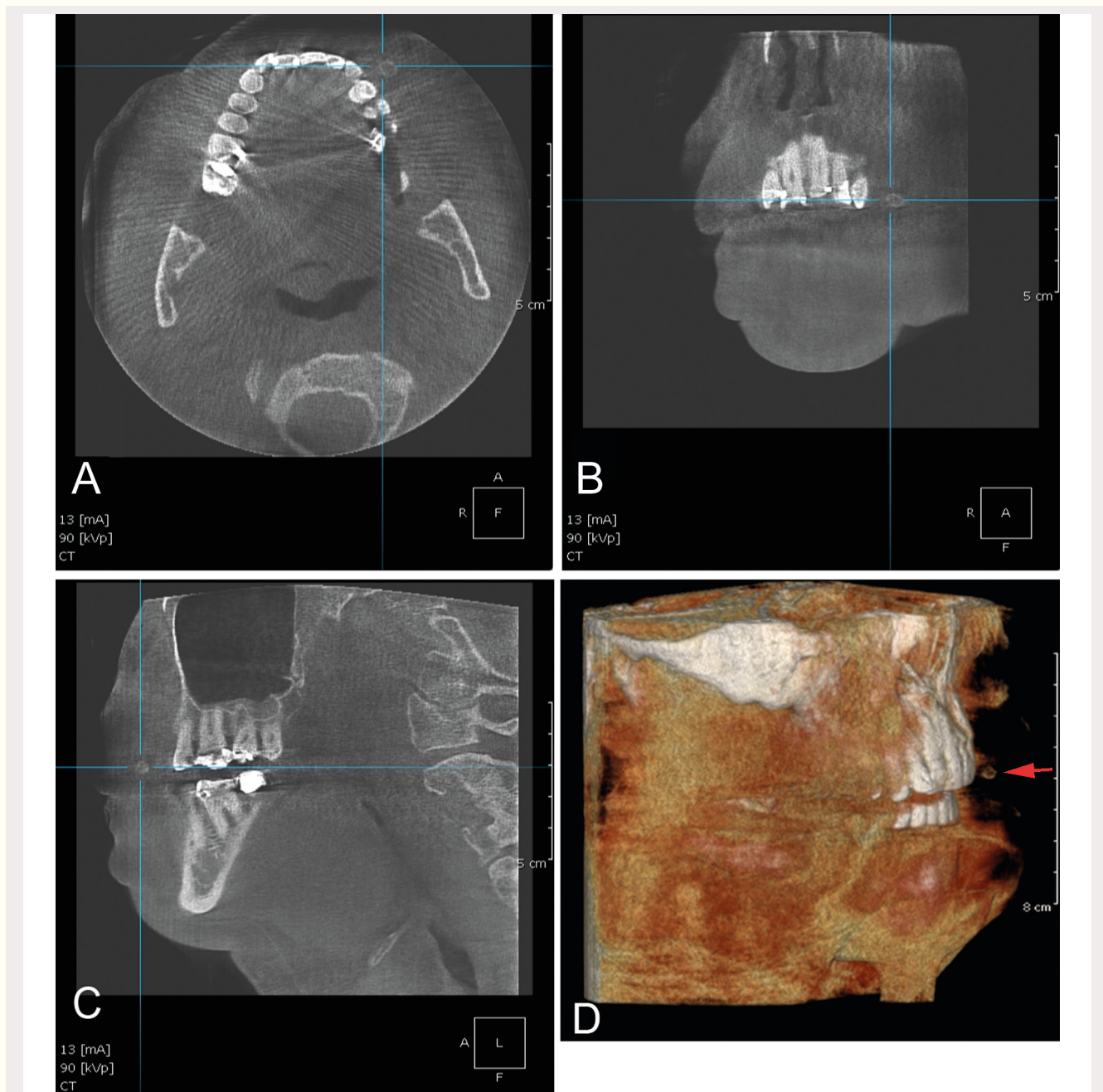
Pasienten kom tilbake til kontroll etter avsluttet antibiotikakur og hevelsen hadde da gått helt tilbake. Det kunne palperes en tydelig resistens i relasjon til fistelåpningen, som igjen var fritt bevegelig i slimhinnen. Fistelåpningen ble utvidet med en skalpell under anestesi og det ble tatt ut en 6 mm stor oval spyttstein med hard konsistens. Incisjonen ble ikke lukket og det ble forventet sekundær tilheling. Preparat ble sendt til histopatologisk undersøkelse som bekreftet røntgendiagnosen, altså en kalsifisert spyttstein.

Diskusjon

Sialolitter, spyttsteiner, er kalsifiserte strukturer som kan utvikles inne i spyttkjertelens utførselsgang eller i selve spyttkjertelen. De oppstår som følge av avsetninger fra kalsiumsalter rundt ekskrementer i lumen av utførselsgangen og kan bestå av fortykket mucus, bakterier, epiteliale celler og fremmedlegemer (1–3). Årsaken bak sialolithiase er ikke kjent, men kronisk sialodeniitt, delvis obstruksjon av utførselsgang og eller abnormaliteter i kalsiummetabolisme og salt kan være med på at det dannes spyttsteiner (1). Hevelse og smerte er vanlige symptomer, og det er ofte forverring, spesielt relatert til store spyttkjertler, i forbindelse med måltider (1, 4). Diagnostiske verktøy inkluderer – i tillegg til konvensjonelt tannrøntgen – sialogram, CBCT, konvensjonell CT, MRI, ultralyd og sialoendoskopi. (1, 2).

En spyttstein beskrives ofte som en rund, oval eller sylindrisk, mobil, hard og ofte asymptomatisk nodule, med høy konsentrasjon av kalsium og fosfat (5). Spyttstein i de små spyttkjertlene forekommer svært sjeldent, ca. 2% av alle spyttsteiner (6), og kan ofte presentere kliniske symptomer som ligner annen oral patologiske tilstander som kan gjøre det vanskelig å stille korrekt diagnose. Ved spyttstein i de små kjertler er det aktuelt med kirurgisk fjerning av både stein og kjertel, og har god prognose (3).

I dette kasuset var en utvidet radiologisk undersøkelse ved bruk av CBCT svært nyttig for å stille en tentativ diagnose, men en kombinasjon av klinisk, radiologisk og histopatologisk undersøkelse er fundamental for å stille korrekt diagnose.



Figur 4. A–D. CBCT-bilder. A: Aksialt snitt viser strukturens posisjon lateralt for tannbuen. Det sees mindre radiopasitet sentralt. Det er videre bløtvevshevelse bukkalt for den radiopake strukturen. B: Coronalt snitt viser strukturens utstrekning i medio-lateral retning og posisjonen lateralt for tann 23. C: Vinklet sagittal-reformatering viser at strukturen er tilnærmet kuleformet. D: Tredimensjonal reformatering. Pilen viser spyttsteinens lokalisering.

English summary

Mork-Knutsen P, Ahlgren S, Mork-Knutsen BB.

A rare case of sialolithiasis

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 156–9

Sialoliths of the minor salivary gland is a rare occurrence, accounting for only 2% of salivary glands stones. Their cause is not completely known, and many factors may play a part in their formation. Sialolithiasis may be characterized by swelling and

pain in the affected area, and in some instances symptoms are exacerbated in relation to food ingestion. Symptoms are often similar to other oral patologi, diagnosis is therefor difficult.

Treatment include excision of the sialolith and in some instances the gland itself.

Because of their radiologic characteristics, additional radiological examination including CBCT may be indicated, but a combination of clinical, radiological and histopathological examination is fundamental to establish a correct diagnosis.

In the present case, the use of CBCT (Cone-Beam CT) showed to be a valuable tool for localization and diagnosis of a sialolith.

Takk

Takk til pasienten, som har samtykket til publisering.

Referanser

1. Oral and Maxillofacial Surgery. Eds: Andersson L, Kahnberg K-E, Pogrel MA. London: Wiley; 2010. p. 753–60.
2. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. 5th edition. Amsterdam: Elsevier; 2008. p. 407–8.
3. Alcure ML, Della Coletta R, Graner E, Di Hipolito O Jr, Lopes MA. Sialolithiasis of minor salivary glands: a clinical and histopathological study. Gen Dent. 2005; 53: 278–81.

4. Harrison JD. Causes, natural history, and incidence of salivary stones and obstructions. Otolaryngol Clin North Am. 2009; 42: 927–47.
5. Oral and Maxillofacial pathology. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquo JE. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 393–5.
6. Ben Lagha N, Alantar A, Samson J, Chapireau D, Maman L. Lithiasis of minor salivary glands: current data. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005; 100: 345–8

Adresse: Peer Mork-Knutsen, Dyrendal Tannhelsesenter, Dyrendalsveien 13c, 1778 Halden. E-post: peermk@gmail.com