

OLGU SUNUMU

DEV RANULA

GIANT RANULA

Feda Bayrak, Yüksel Olgun, Tolgahan Çatlı, Emine Demir, Levent Olgun

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İzmir

ÖZET: Ranula ağız tabanının ön bölümünde yer alan, sublingual glanddan köken almış mukus ekstretravazyon kistidir. Tedavisinde marsupiyalizasyon, sublingual bezin parsiyel ya da total eksizyonları, kriyocerrahi gibi birçok teknik bildirilmiştir. Yazımızda ağız tabanında yer alan ve dev boyutlara ulaşan bir ranula olgusunu sunduk. Kitleyle beraber sublingual bezin total eksizyonunun en uygun tedavi yaklaşımı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Ranula, sublingual kitle, sublingual bez eksizyonu

ABSTRACT: A ranula is a mucous extravasation cyst originate from the sublingual gland and located in the anterior floor of the mouth. Various surgical techniques such as marsupialization, partial or total excision of the gland and cryosurgery have been proposed for the treatment. In this paper, we represent a patient with giant ranula in the floor of the mouth. We think that total excision of the sublingual gland with the ranula is the most appropriate way for the treatment.

Key words: Ranula, sublingual mass, sublingual gland excision

Yazışma adresi:

Feda Bayrak

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İzmir
fedabolat@yahoo.com

GİRİŞ

İlk olarak Hipokrat ve Celcius tarafından rapor edilen Ranula ağız tabanının ön bölümünde yer alan, sublingual glanddan köken almış bir psödokisttir(1).Teorik olarak sublingual bez veya kanalın hasarı sonucu doku aralarına biriken mukusa çevre dokunun verdiği cevap olarak düşünülmemektedir(2). Ranula mylohyoid kas üzerinde kalırsa basit ranula (sublingual ranula), mylohyoid kasta ilerleyerek submandibuler komşu bölgelere ulaşırsa plunning ranula veya servikal ranula olarak tanımlanmaktadır(3).

Bebeklik çağından itibaren hemen her yaşta görülebilen ranula özellikle 2. ve 3. dekatlarda sık görülür ve kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla rastlanır(4). Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu patolojinin obstrüksiyon, travma ve konjenital anomaliler nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Tedavisinde; literatürde marsupializasyon, sublingual bezin parsiyel yada total eksizyonları, kriyocerrahi gibi birçok teknik bildirilmiştir(5).



Resim 1: Ranulanın peroperatif görünümü

OLGU

32 yaşında, motor mental retardasyonu olan erkek hasta bir aydır farkedilen dilaltında ağrısız şişlik nedeni ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde nefes darlığı ve kilo kaybı gibi şikayetleri mevcut değildi fakat yutma güçlüğü, ağızı kapatmada güçlük ifade edilmekteydi. Yapılan muayenesinde ağız içinde submandibuler bölgede yumuşak, yarı mobil, sınırları belirgin bir kitle tespit edildi (Resim1). Diğer KBB muayeneleri olağandı. Hastanın genel durumu nedeniyle radyolojik tetkik yapılamadı. Operasyonda nazotrakeal entübasyonla, genel anestezi altında, intraoral yaklaşım yapıldı. Sublingual horizontal insizyonla kitle dikkatlice çevre dokulardan ayrıldı. 8x6cm'lik dev kistik kitle total olarak eksize edildi.

İncelemede musinöz materyalle dolu histiositik proliferasyon ve buna eşlik eden mononükleer hücre infiltrasyonu tespit edildi ve mukosel olarak tanımlandı.

TARTIŞMA

Ranula vaskülerize bağ dokusundan ibaret bir yalancı kist duvarı ve müsin içeren santral kistik boşluktan oluşur(6). Ranulanın patogenezinde sublingual bez elemanlarının hasara uğraması sonrası oluşan mukus kaçağına karşı bir reaksiyon söz konusudur. Böylece ağız tabanı ön bölümünde oluşan retansiyon kistlerinden olan ranulanın cidarı ince olup bası yerinde çukurluk oluşturmazlar. Ağrısız kitleler olduğundan bası ve dolgunluk hissi verirler(7). Özellikle yenidoğanlarda olmak üzere yemeyi zorlaştırarak beslenme problemlerine yol açabilirler. Gosset ve arkadaşları dört günlük bir sürede oluşarak yutma güçlüğü yapan bir olgu rapor etmişlerdir(8). Bizim vakamızda dil altında ağrısız kitle ile birlikte yutma problemi mevcuttu.

Ranulaya bebeklik yaşlarından itibaren her yaşta rastlanabilir. Ancak özellikle ikinci dekatta daha fazla görülmektedir.

Bizim vakamız ise 32 yaşında olup literatüre uyumlu olarak tespit edilmiştir. Ranulanın ideal tedavisi tartışmalıdır. Yoshimura ve arkadaşları yapmış oldukları 27 hastalık seride 3 farklı tedavi modalitesini karşılaştırmış (ranula eksizyonu & marsupiyalizasyon & bezin total eksizyonu) ve sonuç olarak nüks açısından en iyi tedavinin bezin tamamen çıkarılması olduğunu tespit etmişlerdir(9). Bu hususta yapılan başka bir çalışmada ise Crysdale ve arkadaşları yine bezin total çıkarılmasının başarıyı çok etkilediğini ifade etmişlerdir(10). Bununla birlikte cerrahi tekniğin basit oluşu nedeniyle marsupiyalizasyon halen tercih edilen bir yöntemdir fakat nüks riski önemli bir handikaptır. Parekh ve arkadaşları bildirdikleri 89 hastalık serilerinde sublingual glandın eksize edilmediği vakalarda %50'ye varan rekürrens oranı bildirmişlerdir(11). Sublingual glandın eksize edildiği hastalarda ise rekürrens oranı %2'den az olarak bulunmuştur. Total bez eksizyonunun Davison ve arkadaşları tarafından bildirilen komplikasyonları ise geçici veya kalıcı lingual sinir parestезisi veya mandibular marjinal sinir paralizisi, yara enfeksiyonu, dikiş granülomu ve boyunda skar oluşumudur(12). Yukarıda anlatılan yaygın üç tekniğin yanında Mintz ve arkadaşları basit ranulaların tedavisinde nüksleri ortadan kaldırmak ve komplikasyonları azaltmak amacıyla sadece vaporizasyon ya da eksizyon-vaporizasyon modunda CO₂ lazerin kullanmasını önermişlerdir(13). Ito ve arkadaşları ise operasyonla tedavisi ebeveynleri tarafından reddedilen basit ranulalı 10 aylık bir bebekte ipek sütürle kitleyi boğarak sekiz gün içinde düzelme olduğunu bildirmişlerdir(14). Bu çalışmada sublingual bölgede dev boyutlara ulaşan bir ranula olgusunu sunduk. Boyutları büyük de olsa ranula tedavisinde marsupiyalizasyon ve diğer yöntemlerle nüks gelişmesinin sık olması nedeniyle, kitleyle beraber sublingual bezin komplet çıkarılmasını en güvenilir yöntem olarak görmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1) Cedric A. Quick, Seth H Lowell. Ranula and the sublingual salivary glands. Arch Otolaryngol 1997 ; 103:397-400.
- 2) George E.A, Haiavy J, Solodnik P. Submandibular gland mucocele. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 89: 159-63.
- 3) Takagi S, Mizukawa, Kimura. Treatment of a plunging ranula with fenestration and continuous pressure. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2003; 41: 410-3.
- 4) Ichimura K, Ohta Y, Tayama N. Surgical management of the plunging ranula: a review of seven cases. J Laryngol Otol 1996; 110: 554-6.
- 5) Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment? Laryngoscope.2009; 119:1501-9.
- 6) Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97:561-2.
- 7) Mahadevan M, Vasan N. Management of pediatric plunging ranula. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70: 1049-54.
- 8) Gosset JD, Smith KS, Sullivan SM, Harsha BC. Sudden sublingual and submandibular swelling. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57: 1353-6.
- 9) Yosmihura Y, Obara S, Kondoh T, Naitoh S. A comparison of three methods used for treatment of ranula. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 280-2.
- 10) Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas-mucocele of the oral cavity: Experience in 26 children. Laryngoscope 1988; 98: 296.
- 11) Parekh D, Stewart M, Joseph C, et al. Plunging ranula: a report of three cases and review of the literature. Br J Surg 1987; 74: 307.

12) Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula:clinical observations. Head Neck 1998; 20: 63-8.

13) Mintz S, Barak S, Horowitz I. Carbon dioxide laser excision and vaporization of nonplunging rannulas: a

comparison of two treatment protocols. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52: 370-2.

14) Itro A, Cassaro E, Marra G. Nonsurgical treatment of a sublingual ranula in a ten-month-old baby. J Clin Pediatr Dent 1999; 24: 31-3.

Yazının alınma tarihi:10.04.2013

Kabül tarihi:30.04.2013

Online basım: 02.05.2013