

İntraoral Ranula ve Tedavisi: Vaka Sunumu

Intraoral Ranula and Treatment: A Case Report

¹Kamran Sarı, ¹Reha Aydın, ¹İbrahim Akın

¹Bozok Üniv. Tıp Fakültesi
Araştırma Hastanesi KBB
ABD.

Yazışma Adresi:

**Yrd. Doç. Dr. Kamran
Sarı**

Bozok Üniv. Tıp Fakültesi
Araştırma Hastanesi

KBB Anabilim Dalı

Adnan Menderes Bulvarı.
No:190 Yozgat/Türkiye

Tel: 03542127060

Fax: 03542123739

GSM: 05052901899

e-mail:

kamransari@gmail.com

Özet

Ranula, submaksiller veya sublingual gland kanalından mukus salınımı sonucu ağız tabanında gelişen bir mukoseldir. Ranulalar genellikle intraoral (basit) ve plunging (servikal) olarak sınıflandırılırlar. Bu makalede, intaoral ranula saptadığımız bir vakayı sunacağız. 7 yaşında kız çocuğu ağız içinde on gündür devam eden şişlik ve yutma güçlüğü şikayetiyle yakınları aracılığıyla pokliniğimize başvurdu. Muayenesinde, ağız tabanında, solda, yaklaşık 2x3 cm ebatında mor renkli, ranula ile uyumlu lezyon izlendi. Genel anestezi altında lezyon marsupiye edildi. Ameliyat sonrası komplikasyon izlenmedi. İntraooral ve plunging ranula tedavisinde birçok yöntem uygulanmaktadır. Uygulanacak cerrahi yöntem vakaya göre değişiklik gösterse de tedavinin amacı nüks oranı ve komplikasyonu daha düşük yöntemin uygulanması olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ranula, marsupiyelizasyon, sublingual gland, psödokist.

Abstract

Ranula is a mucocele that is growing in the floor of mouth and is resulted from mucus secretion from submaxillary or sublingual gland. They are usually classified as intraoral (simple) and plunging (servical) ranula. In this report we will present a case with intraoral ranula. A 7 years old female patient referred to our service with her parents with the complaint of swelling in the floor of the mouth for ten days and mild difficulty while swallowing. On examination, it was found a purple swelling resembling ranula in the floor of the mouth about 2x3 cm in size. The lesion was marsupialised in general anaesthesia. It was not seen a complication post operatively. A various of method is performed in the treatment of intraoral and plunging ranula. Even if the selected surgical method can be different according to case the purpose of the treatment must be performing the method that has less complication and recurrence rate.

Key Words: Ranula, marsupielisation, sublingual gland, pseudocyst.

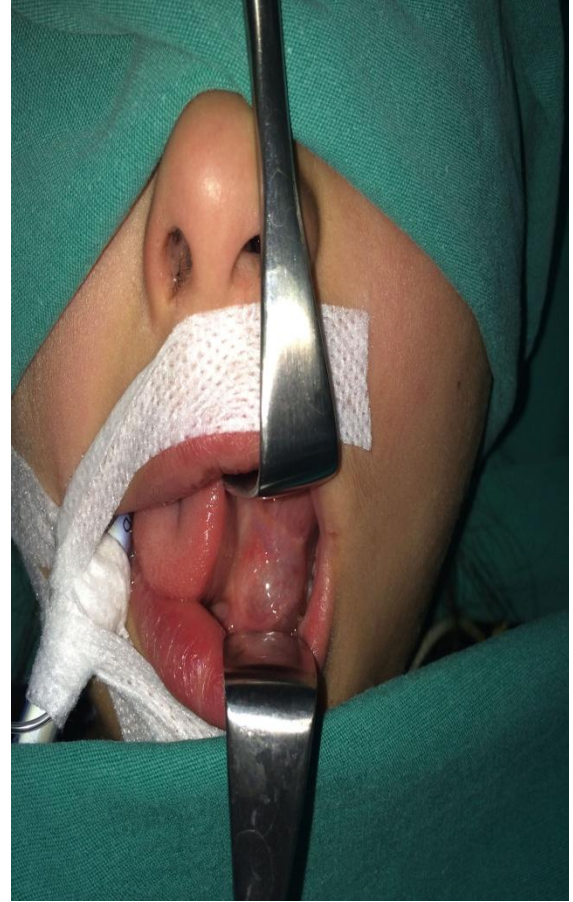
Giriş

Ranula, submaksiller veya sublingual gland kanalından mukus salınımı sonucu ağız tabanında gelişen bir lezyondur. Ranula oluşumunun duktus rüptürü sonucu tükrüğün çevre dokulara yayılımı sonucu oluştuğu düşünülmektedir (1). Obstrüksiyon, travma ve konjenital anomaliler de oluşumunda rolü olan diğer etmenlerdir. Ranula, histolojik olarak gevşek ve vaskularize bağ dokusundan ibaret bir yalancı kist duvarı ve müsin içeren santral kistik boşluktan oluşur (2-4). Ranulalar genellikle intraoral (basit) ve plunging (servikal) olarak sınıflandırılırlar. İntraoral ranula ağız tabanında müköz retansiyon kisti veya ekstrasvaze psödokist şeklinde gelişebilir (5). Plunging (servikal) ranula, sublingual gland komşuluğunda gelişen bir psödokisttir ve belirgin intraoral tutulum olmadan submandibuler bölgede veya boyunda şişliğe neden olan ve fluktuasyon verebilen bir şişliktir (5-7). Milohiyoid kas posteriorundan herniye olursa, parafarengeal ve retrofarengeal bölgeye uzanabilmektedir (8,9). Ayrıca ranulalar tiroglossal kist, vasküler malfomasyon, dermoid ve epidermeoid kist ve yumuşak doku tümörleriyle karışabilmektedir (10). Bu makalede, intraoral ranula saptadığımız bir vakayı sunacağız.

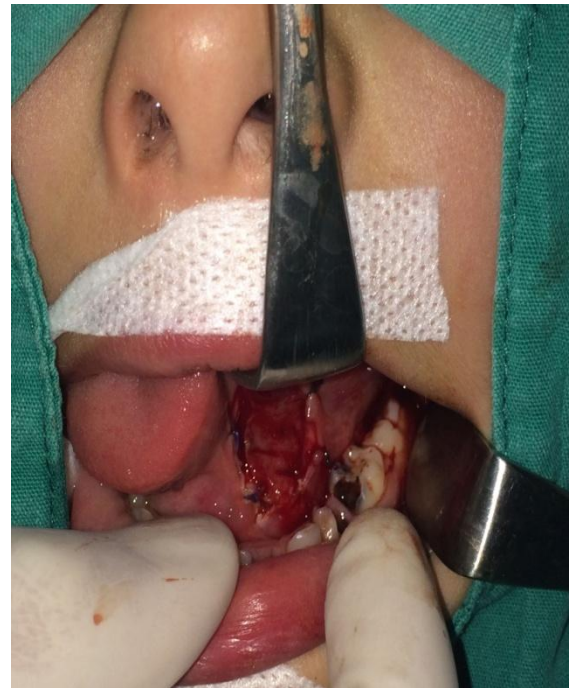
Olgu Sunumu

7 yaşında kız çocuğu ağız içinde on gündür devam eden şişlik ve yutma güçlüğü şikayetiyle yakınları aracılığıyla polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde, ağız tabanında, solda, yaklaşık 2x3 cm ebatında mor renkli, ranula ile uyumlu şişlik izlendi (Resim 1).

Resim 1. Ağız tabanında solda mavi mor renkli şişlik izlenmekte.



Resim 2. Lezyon komşu yumuşak dokuya marsupiye edilmiştir.



Boyunda kitle palpe edilmedi. Wharton kanalı muayenesinde, otolojik ve nazal muayenede patoloji saptanmadı. Ranula ön tanısıyla ameliyat planlandı. Genel anestezi altında ağız içindeki kistik görünümlü kitlenin tavanına insizyon yapıldı ve müköz mayi aspire edildi. Kistin kenarları 3/0 yuvarlak uçlu vikril sütürle marsupiye edildi (Resim-2). Ameliyat sonrası takiplerinde komplikasyon yaşanmayan hasta kontrole çağrılmak üzere taburcu edildi. Hasta yakınından bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Tartışma

Ranula terimi Latince ‘‘rana’’ kelimesinden, mavi translusen şişlik, türemiştir ve kurbağa karnına benzediği için ranula olarak adlandırılmıştır. Ranulalar nadiren görülmektedir ve sublingual gland çevresinde gelişen travmalara sekonder olarak gelişmektedir. Travma sonucu müköz sekresyon yayılımının olduğu ve bunun da psödokist oluşturduğu düşünülmektedir. Ranula için muköz salgı kaçış reaksiyonu terimi de kullanılabilir (MER) (11). İntraoral ranulalar genellikle küçük ya da orta boydadırlar ve dili itebilirler. Büyümüş intraoral ranulalar Wharton kanalına bası yapıp submadibuler bölgede şişliğe neden olabilirler (1). Literatüre baktığımızda intraoral ranulalar ağız tabanında sıklıkla sol tarafta yerleşirler (12). Coloma ve arkadaşlarının pediatrik oral ranulalarla ilgili 57 vakalık yaptıkları bir çalışmada 32 vakada lezyon solda saptanmıştır (13). Ayrıca çalışmalarında 27 vakada lezyon boyutu 1-3 cm ve 8 vakada 3 cm'den büyük olarak saptanmıştır (13). Sunduğumuz vakada ranula boyutu 2-3 cm arasındaydı. Ranulalar genellikle asemptomatiktirler. Ama boyutları artarsa

yemek yemede zorluk ve yutma güçlüğü şikayeti de yapabilirler.

Ranula tanısı temel olarak muayene ile konur. Ama özellikle plunging ranula şüphesinde bilgisayarlı tomografi (BT) veya gerektiğinde manyetik rezonans görüntüleme (MRI)'den yararlanılabilir. Şişlik ağız içinde lokalizeyse fizik muayene ile tanısı kolaylıkla konur. Eğer ağız içindeki şişliğin servikal bölgeyle bağlantısı varsa plunging ranula mutlaka düşünülmelidir. Bununla beraber yalnızca servikal şişlik ranulayı düşündürüyorsa; tiroglossal duktus kisti, brankial yarık kisti, paratiroid kistleri, servikal timik kist, dermoid kist, kistik higroma ve benign teratoma olabileceği de akılda tutulmalıdır (14).

Günümüzde ranula tedavisinde uygulanan bir çok yöntem mevcuttur. Tedavi yöntemleri konservatif yöntemlerden, değişik cerrahi teknikleri içeren geniş bir yelpazededir. Marsupiyalizasyon, ranulanın sublingual bezle veya tek başına eksizyonu ve lazer eksizyon eksizyonu uygulanan bazı yöntemlerdir (15-18). Yapılan çalışmalarda 2 cm ve altı intraoral ranulaların ortalama 6 aylık takipten sonra rezolusyona uğramazsa diğer tedavi yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (12-19). Marsupiyalizasyon ranula tedavisinde sık uygulanan bir yöntemdir. Kist tavanı eksize edilir ve kalan kist dokusu çevre dokuya sütüre edilerek çevre dokuyla bütünlük sağlanır. Kaviteye tampon koymanın veya kaviteyi açık bırakmanın rekürrensi artırıp artırmadığı tartışmalıdır. Bonet-Coloma ve arkadaşlarının intraoral ranulası olan 57 pediatrik hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada 12 aylık bir takip sonunda rekürrens oranını 8,6% oranında saptamışlardır (13). Woo ve arkadaşları intraoral ranulası olan 20 pediatrik

hastada mikromarsupiyalizasyon tekniğini uygulamışlardır (20). Ortalama 6 ay takip edilen hastaların sadece 2'sinde rekürrens gelişmiş ve hastalarda ranula ve aynı taraftaki sublingual bez rezeke edilmiştir. Çankaya ve arkadaşları intraoral ranulası olan 8 pediatrik vakadan oluşan çalışmalarında 6 vakaya marsupiyalizasyon; ameliyat hikayesi olan 2 vakaya da total eksizyon uygulamışlardır. Ortalama 18 aylık bir takip sonucunda rekürrens gözlememişlerdir (21). Zhi ve arkadaşları yaş aralığı 3 ay ile 24 ay arasında değişen hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, marsupiyalizasyonun yeterli olduğunu; rezeksiyon ve ipsilateral sublingual bez eksizyonunun rekürrenslerde uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (12). Sunduğumuz vakada ranula intraoral yerleşimliydi ve boyutu yaklaşık 2-3 cm ebatındaydı. Bu yüzden ranulayı marsupiye ederek tedavi ettik ve hastayı 3 aylık takiplerle kontrole çağırdık. İnsizyon ve drenaj da ranula tedavisinde uygulanmaktadır. Ancak insizyonun erken kapanması sonucu reürrens oranı yüksektir. Bu yüzden bu yöntemin tek başına değil de sublingual gland eksizyonu ile birlikte uygulanması önerilmektedir. Ranulanın tek başına eksizyonu yüksek rekürrens oranına sahiptir. Yapılan çalışmalarda ranulanın tek başına eksizyonunda rekürrens oranı 36 % ile 57 % arasında değişmektedir (22,23). Rekürrens oranının yüksek olmasının ana nedeni sublingual glanddan olan ekstravazasyonun giderilememesidir. Bu yüzden ranulanın tek başına eksizyonu önerilmemektedir. Sublingual glandın tek başına veya ranula ile birlikte eksize edilmesi radikal bir tedavi yöntemi olmakla birlikte etkili bir yöntemdir ve rekürrens oranları düşüktür. Bu yöntemin nüks vakalarda ve özellikle plunging

ranulalarda tercih edilmesi önerilmektedir. Son yıllarda özellikle karbon dioksit ve Waterlase lazer ile de ranula cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Sütüre gerek duyulmaması ve düşük rekürrens oranı tercih nedenidir. Bununla beraber daha maliyetli bir yöntem olması da dezavantajdır (24).

Sonuç

İntraoral ve plunging ranula tedavisinde bir çok yöntem uygulanmaktadır. Uygulanacak cerrahi yöntem vakaya göre değişiklik gösterse de tedavinin amacı nüks oranı ve komplikasyonu daha düşük yöntemin uygulanması olmalıdır.

Kaynaklar

1. Suresh BV, Vora SK. Huge plunging ranula. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2012; 11:487-90.
2. Anastassov GE, Haiavy J, Solodnik P, Lee H, Lumerman H. Submandibular gland mucocele: diagnosis and management. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2000; 89:159-63.
3. Morton RP, Bartley JR. Simple sublingual ranulas: pathogenesis and management. *The Journal of otolaryngology*. 1995; 24:253-54.
4. Özcan C ÜM, Görür K. Sevikal (Plunging)ranula: olgu sunumu. *Türk ORL arşivi*. 2001; 39:47-50.
5. Zhi K, Gao L, Ren W. What is new in management of pediatric ranula? *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2014;22:000-000.
6. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas:

- What is the most effective treatment? *The Laryngoscope*. 2009; 119:1501-09.
7. Eyibilen A, Aladağ İ, Güven M. Pediyatrik plunging ranula ve ağız yolu yaklaşımıyla cerrahi tedavisi: Olgu sunumu. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 2009; 19:32-5.
 8. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head & neck*. 1998;20:63-8.
 9. Mortellaro C, Dall'Oca S, Lucchina AGet al. Sublingual ranula: a closer look to its surgical management. *The Journal of craniofacial surgery*. 2008; 19:286-90.
 10. O'Connor R, McGurk M. The plunging ranula: diagnostic difficulties and a less invasive approach to treatment. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2013; 42:1469-74.
 11. Charnoff SK, Carter BL. Plunging ranula: CT diagnosis. *Radiology*. 1986;158:467-468.
 12. Zhi K, Wen Y, Ren W, Zhang Y. Management of infant ranula. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2008;72:823-26.
 13. Bonet-Coloma C, Minguez-Martinez I, Aloy-Prosper A, Galan-Gil S, Penarrocha-Diago M, Minguez-Sanz JM. Pediatric oral ranula: clinical follow-up study of 57 cases. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2011;16:158-62.
 14. Barnard NA. Plunging ranula: a bilateral presentation. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 1991;29:112-3.
 15. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Ribeiro LL. Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: case reports. *Pediatric dentistry*. 2000; 22:155-8.
 16. Haberal I, Gocmen H, Samim E. Surgical management of pediatric ranula. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2004;68:161-63.
 17. Mintz S, Barak S, Horowitz I. Carbon dioxide laser excision and vaporization of nonplunging ranulas: a comparison of two treatment protocols. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1994;52:370-2.
 18. Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2002; 127:115-8.
 19. Zhi K, Wen Y, Zhou H. Management of the pediatric plunging ranula: results of 15 years' clinical experience. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2009;107:499-502.
 20. Woo SH, Chi JH, Kim BH, Kwon SK. Treatment of intraoral ranulas with micromarsupialization: Clinical outcomes and safety from a phase II clinical trial. *Head & neck*. 2013.Dec.22
 21. Çankaya H, Kutluhan A, Kırış M, İçli M. Basit Ranula: Olgularımız ve Tedavi Yaklaşımlarının

- Değerlendirilmesi. 2001;8(4):128-30.
22. Sigismund PE, Bozzato A, Schumann M, Koch M, Iro H, Zenk J. Management of ranula: 9 years' clinical experience in pediatric and adult patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* 2013;71:538-44.
23. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.* 2004;98:281-7.
24. Rizioiu IM, Eversole LR, Kimmel AI. Effects of an erbium, chromium: yttrium, scandium, gallium, garnet laser on mucocutaneous soft tissues. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.* 1996;82:386-95.

