

Oral Ranula ve Tedavisi

Oral Ranula and Its Treatment: Case Report

Dt. Nihat AKBULUT,^a
Doç.Dr. Bengi ÖZTAŞ,^b
Dt. E. Şebnem KURŞUN,^b
Prof.Dr. Gülümser ÇÖLÖK^a

^aAğız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

^bOral Diagnoz ve Radyoloji AD, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 15.01.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 07.05.2010

Bu olgu sunumu, 16. Uluslararası Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği (TAOMS) Kongresi (3-8 Kasım 2009, Nevşehir)'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dt. E. Şebnem KURŞUN
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Oral Diagnoz ve Radyoloji AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
sebnemkursun@yahoo.com.tr

ÖZET Ranula; ağız tabanında submandibuler ve sublingual tükürük bezlerinin kanallarının tıkanması veya yırtılması sonucunda ortaya çıkan klinik bir durumdur. Oral ranula, daha çok çocuklarda ve gençlerde görülür. Yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı düşmektedir. Ranula, ağız tabanında tek taraflı, mavimsi renkte, fluktuan bir yumuşak doku kitlesi olarak görülmektedir. Belirgin bir şekilde büyüdüklerinde dilin yukarıya ve ortaya doğru kalkmasına neden olabilmektedirler. Bu olgu sunumunda, 73 yaşındaki kadın hastanın ağız tabanının sol tarafında yer alan, klinik ve histopatolojik olarak oral ranula tanısı koyulan lezyon ve cerrahi tedavisi bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ranula; nüks; dil altı bezi; oral cerrahi işlemleri

ABSTRACT Ranula is a clinical entity that seen in the floor of the mouth as a result of obstruction or rupture of submandibular and sublingual salivary glands duct. Oral ranula is seen more often in children and adolescents. The prevalence of ranula has reduced with increasing age. Ranula is seen as fluctuan soft tissue mass with blue color and unilaterally in the floor of the mouth. When ranulas grow up markedly they can be the cause of arising tongue superior and medially. This case study reports a 73-years-old female patient with clinical and histopathological diagnosis of oral ranula lesion in the left region of the mouth floor along with its surgical treatment.

Key Words: Ranula; recurrence; sublingual gland; oral surgical procedures

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(2):209-13

Ranula; sublingual ve submandibuler tükürük bezine gelen bir travma ile kanalın zarar görmesi veya kanalın tıkanması sonucunda salgının kanal dışına çıkması ile meydana gelir.¹⁻¹¹ Çevre yumuşak doku içerisinde biriken mukus epitel kılıftan yoksun ve granülasyon dokusu ile çevrili bir yalancı kist oluşturur.^{2,7} Ranula; terimi Latince bir kelime olan 'rana' dan kaynaklanmaktadır. "Rana" kurbağa demektir. Ranula denmesinin nedeni lezyonun kurbağaların (translüsent) yarı saydam olan karınlarına benzemesidir.^{2,3} Ranulanın tanısı klinik olarak yapılabilmektedir; yerleşimi ve görünümü tanı koyduracak özellikler taşımaktadır.² Klinik olarak özel bir görüntüsü vardır. Ağız tabanında tek taraflı, fluktuan, yarı saydam ve yumuşak doku kitlesi olarak kendini gösterir.^{1,3,6} Ranula 2-3 cm gibi geniş bir kitle meydana getirirse, dilin yukarıya ve ortaya doğru sapmasına neden olur ve bu tipik klinik bulgulardan birisidir.^{1,11} Son yıllarda yapılan histopatolojik çalışmalar göstermiştir ki; birçok ranula aslında bir yalancı kisttir. Tanı klinik olarak konulabilse de histopatoloji oldukça önemlidir.^{5,7} Teorik olarak ranula; kanalın yırtılması ile tükürük salgısının çevre dokuya yayılması ve birikmesi sonucu gelişir. Mukusun çevre dokuda birikimi, epitelyal

tabakası olmayan yalancı bir kist oluşumuna neden olur. Salgılanan tükürük analiz edildiğinde, yüksek protein ve amilaz konsantrasyonunun sublingual tükürük bezinin müsinöz sekresyonu ile uyumlu olduğu görülmüş ve yüksek protein içeriğinin çok yoğun iltihabi reaksiyonlara ve yalancı kist oluşumuna neden olduğu düşünülmüştür.² Ranulanın mukoselden farkı, daha geniş olması ve kaynağını sadece sublingual veya submandibuler tükürük bezlerinden almasıdır.³ Ranula iki gruba ayrılmaktadır; sadece ağız içinde sublingual bölgede gelişen bir şişlik şeklinde ortaya çıktığında “oral ranula” adını alır. Mukusun mylohyoid kasın alt boşluğundan submandibuler, submental ve servikal loja yayılıp boyunda şişlik meydana getiren şekline ise “servikal ranula” denir. Servikal ranula, oral ranula ile beraber olabildiği gibi tek başına da görülebilir.^{1,2,6-11} Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT), lezyonun kaynağını ve genişliğini tespit etmede yardımcı olan ileri görüntüleme yöntemleridir.^{11,12}

Ranulanın tedavi seçenekleri basit konservatif yaklaşımlardan daha komplike tedavilere doğru; drenaj, skleroterapi, botulinum toksin tip A, fenestrasyon, marsupyalizasyon, marsupyalizasyon ile birlikte gazlı bez uygulamaları, kriyocerrahi, lazerle eksizyon, ranulanın tek başına ekzisyonu, ranulanın sublingual bezin bir kısmıyla birlikte ekzisyonu, ranulanın sublingual bezle birlikte ekzisyonu seçenekleri olarak uygulanmaktadır.¹⁻¹¹ Bizim olgumuzda sublingual tükürük bezinin tamamen çıkarılmasına göre daha konservatif bir yaklaşım tercih edilerek; sublingual tükürük bezinin bir kısmı diseke edilerek çıkartılmış bir kısmı ise bırakılmıştır. Bu tedavi seçeneği daha konservatif olmakla birlikte marsupyalizasyon, drenaj gibi tedavilere göre nüks ihtimalini de azaltmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta, Aralık 2007 tarihinde Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Kliniğine sublingual bölgenin sol tarafında şişlik şikâyeti ile başvurmuştur. Hastadan alınan anamnez sonucunda herhangi bir sistemik rahatsızlığının bulunmadığı öğrenilmiştir. Bunun yanı sıra, hastaya iki ay önce özel bir

kulak burun boğaz (KBB) kliniğinde ultrasonografik ve patolojik incelemeler sonucunda ‘oral ranula’ tanısı ile iki defa drenaj tedavisi yapılmasına rağmen nüks ettiği öğrenilmiştir.

Hastanın yapılan klinik muayenesi sonucu; dilin sol ön alt kısmında 2-2,5 cm çapında yuvarlak, fluktuan, yarı saydam, mavimsi renkte ve tek taraflı bir kitle tespit edilmiş, ağız tabanında ise enfekte, hiperemik bir bölgenin varlığı gözlenmiştir. Muayene esnasında dilin karşı tarafa doğru deviye olduğu gözlenmiştir (Resim 1). Radyolojik muayene için alınan oklüzal film değerlendirmesi sonucunda herhangi bir bulguya rastlanmamıştır (Resim 2).

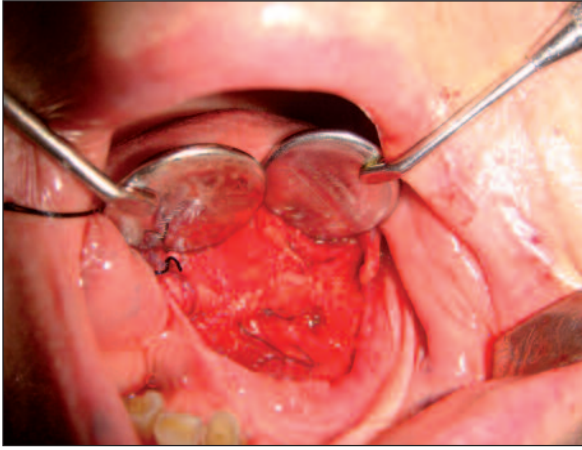


RESİM 1: Ameliyat öncesi ağız içi görünümü.

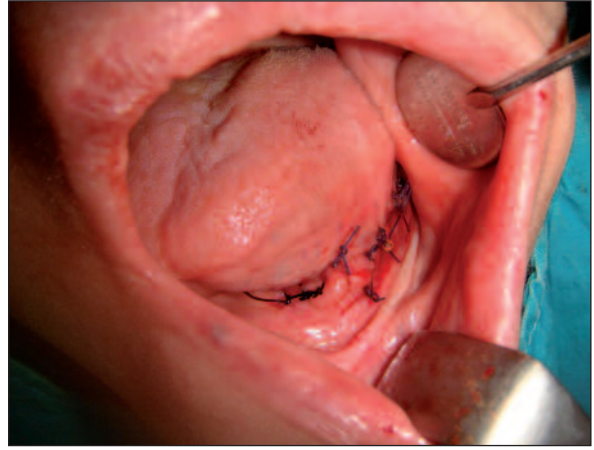
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Oklüzal radyografik görünümü.



RESİM 3A: Ameliyat sırasındaki ağız içi görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

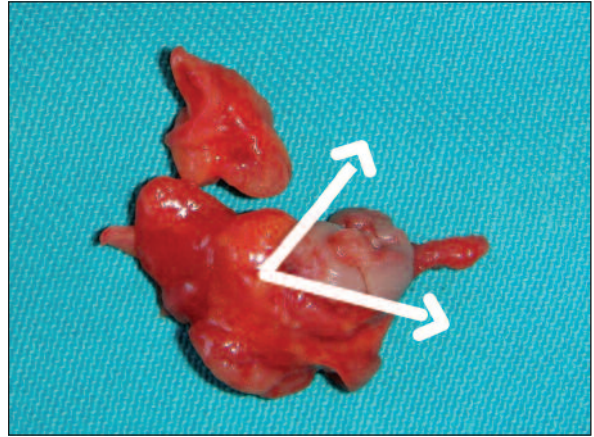


RESİM 3B: Operasyondan hemen sonraki ağız içi görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

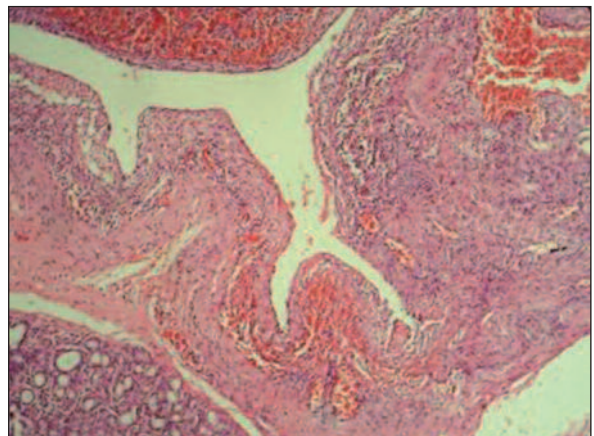
Hasta cerrahi kliniğine ameliyat kararı ile yönlendirilmiştir. Hasta ameliyatla ilgili olarak bilgilendirilmiş ve “Bilgilendirilmiş Olur” okutulup, onay alınmıştır. Ameliyattan üç gün önce hastaya geniş spektrumlu antibiyotik (amoksisilin + beta klavulanik asit 625 mg) reçete edilmiştir. Hasta lokal anestezi altında ameliyata alınmış; diseksiyon makasları ve 15 no’lu bistüri yardımıyla ranula komşu dokulardan sublingual tükürük bezi tarafı hariç ayrılmış ve sublingual tükürük bezinin ön tarafının bir kısmı yine Wharton kanalından diseke edilerek çıkartılmıştır (Resim 3A). Ranula bu aşamada rüptüre olmuş ve içindeki mukus yarı yarıya boşalmıştır. Bu esnada bol serum fizyolojik ile yıkama yapılmıştır. Daha sonra Wharton kanalının ucu rezorbe olabilen 3/0 Vycril suture ile orijinal yerine dikilmiştir. Yine rezorbe olabilen 3/0 Vycril suture ile yara primer olarak kapatılmıştır (Resim 3B). Ameliyat sırasında çıkarılan materyal (Resim 4) histopatolojik inceleme için laboratuvara gönderilmiş ve inceleme sonucunda “oral ranula” tanısı doğrulanmıştır (Resim 5). Hastanın 10 ay ve iki yıl sonraki takiplerinde herhangi bir nüks tespit edilmemiştir. Hastanın rutin kontrolleri devam etmektedir (Resim 6A, B).

TARTIŞMA

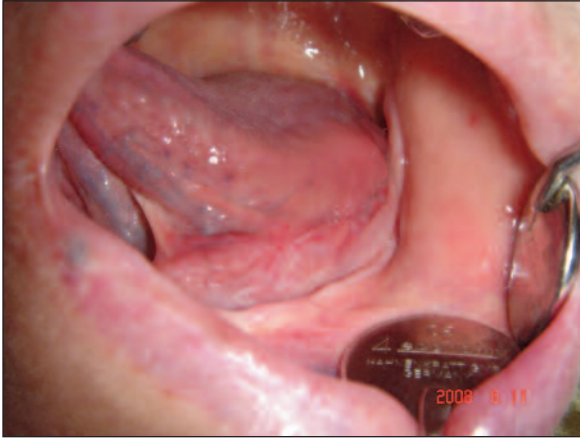
Majör tükürük bezleri üç çifttir ve büyükten küçüğe doğru parotis, submandibuler ve sublingual tükürük bezlerinden oluşmaktadır.¹³ Ranula; daha



RESİM 4: Cerrahi sonrası alınan doku (Beyaz oklar arasında kalan doku sublingual bez dokusudur).
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 5: Ranula ve sublingual tükürük bezinin bir bölümünün histopatolojik görünümü (HE,x200).
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 6A: Operasyondan 10 ay sonraki ağız içi görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 6B: Operasyondan 2 yıl sonraki ağız içi görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

çok sublingual daha seyrek olarak ise submandibuler tükürük bezinin salgı kanallarının tıkanması veya yaralanması sonrası mukusun dışarı kaçışı ile ortaya çıkmaktadır.^{1-11,14} Ranulayı oluşturan, salgı kanallarının tıkanmasına neden olan faktörler; tükürük taşı, reaktif inflamasyon, HIV enfeksiyonu, travma, konjenital anomaliler, sublingual tükürük bezinin hastalıkları, iyatrojenik nedenler vb. durumlar etiyojilerinde rol oynamaktadırlar.^{1,3,5,7-11} Bu faktörler içinden travma ranulanın en sık karşılaşılan sebebidir.^{3,8-11}

Ranulanın ayırıcı tanısı, vasküler malformasyon, lenfanjiyoma, minör tükürük bezlerinden kaynaklanan mukoseller ve gerçek kistlerle yapıl-

malıdır.^{2,3,7,15} Ranulanın BT ve MRG radyografik bulguları; daha önceden geçirilmiş ameliyat ve enfeksiyon hikâyesi yoksa iyi ve ince sınırlı; uniloküler kistik bir kitle şeklindedir. Oral ranula sublingual bölge içerisinde sınırlı iken servikal ranula sublingual lojdan, submandibuler ve parafarengeal lojlara yayılır.¹⁶

Ranulanın klinik lokalizasyonu ve görüntüsü, ayrıca daha çok genç yaş grubunda ve kadınlarda görülmesi itibariyle klinik olarak tanı koyulması nispeten kolaydır.^{1,6-8,11} Sunulan olgumuzda olduğu gibi ranula klinik olarak mavimsi renkte, ağız tabanında, yumuşak dokuda fluktuan bir kitle şeklindedir. Bu kitlenin büyüklüğüne göre dil karşı tarafa ve yukarıya doğru yükselebilir.^{1,6-9,11} Ranula için uygulanan tedaviler oldukça çeşitlidir. Kist kavitesinin insizyon ile drenajı basit bir tedavi yaklaşımı iken, ranulanın bez ile birlikte eksizyonu daha kompleks ve girişimsel bir tedavi seçeneğidir.

Parekh ve ark., 89 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada insizyon ve drenaj tedavisi sonrasında %70, marsüpyalizasyon sonrasında %53, sadece ranula eksizyonu sonrasında %85, bezin tamamının eksizyonu sonrasında %2 rekürrens oranı saptamışlardır.¹⁷

Zhao ve ark. ise 12 aylık takip sonucu rekürrens oranını marsüpyalizasyon tedavisi için %6 ile %89 arasında, sadece ranula eksizyonu için %57 ile %69 arasında ve insizyon ile drenaj tedavisi için %100 olarak bulmuşlardır.¹⁸

Sunulan olgumuzda; daha önce KBB kliniğinde yapılan drenaj tedavisinin nüks ettiği ve bunun literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmüştür. Yani drenaj tedavisinde sadece ranulanın içeriğinin boşaltıldığı, sorunun kaynağı olan tükürük sızıntı kaynağının ortadan kaldırılmadığı için tedavinin başarısız olduğu düşünülmektedir.

McGurk. ve ark., oral ranula olarak tanı koydukları sekiz hastanın tedavisini ranulanın total eksizyonu ve bağlı olduğu sublingual bezin kısmi eksizyonu yöntemini kullanarak gerçekleştirmişler ve ortalama 26 aylık takipleri sonucunda herhangi bir nükse rastlamamışlardır.³ Bu tedavi bezin tamamının eksizyonuna göre daha konservatif bir tedavi şekli olmasıyla beraber nüks olmaması tat-

min edicidir. Gerek tedavi şekli, gerekse nüks görülmemesi sunulan olgumuz ile uyumludur. Ranula ile birlikte sublingual tükürük bezinin bir kısmının cerrahi olarak çıkarılması tekniğinin dayandığı temel görüş; bezin birbirinden bağımsız bölümlerinin olması nedeniyle bezin tamamının çıkarılmasına gerek olmamasıdır. Sadece kisti besleyen kısmı bez dokusunun çıkarılması yeterlidir.³ Farklı bir klinikte hastamıza uygulanan insizyon ve drenaj tedavileri sonucu nüks meydana gelmiş olsa da bizim uyguladığımız tedavi neticesinde hasta iki senedir nüks göstermeksizin kontrol altındadır. Böylece sadece drenajın yeterli olmadığı, mutlak surette daha radikal bir yaklaşımın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ranulanın eksizyonu ile birlikte sublingual tükürük bezinin bir kısmının çıkarılması gibi konservatif sayılabilecek bir tedavi seçeneği uygulanmış ve şu ana kadar nüks görülmemesi nedeni ile başarılı bir sonuç elde etmiş olduğumuz düşünülebilir.

Ranulanın cerrahi tedavisi sırasında intraoperatif ve postoperatif kanama, postoperatif hematoma, postoperatif enfeksiyon, dilde parestezi,

yanarının açılması ve Wharton kanalının hasar görmesi gibi bazı komplikasyonlar oluşabilmektedir.^{1,6,8,11} Uygulanan tedavinin şekli zorlaştıkça gelişen komplikasyonlar da artmakta, ancak nüks azalmaktadır. Sublingual bez eksizyonunda Wharton kanalının hasar görmesi %2, kanama %1-2, enfeksiyon %1-2, lingual sinirin parestезisi %2-12 oranında görülen komplikasyonlardandır.⁶ Sunulan olguda herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamıştır. Ranulanın cerrahi olarak tedavisi nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlarından korunmak için diğer tedavi seçenekleri geliştirilmeye çalışılmaktadır; karbondioksit lazer, kriyoterapi ve skleroterapi gibi seçenekler bunlardan bazılarıdır.^{1,2,6} Bu olguda daha önce yapılan drenaj tedavileri ve tedavilerden sonraki iyileşme esnasındaki problemler enfeksiyon ve nüks nedeni olarak düşünülebilir. Bu sebeple ranula için daha radikal bir yaklaşım gerekmektedir. Bizim uyguladığımız cerrahi yöntemle, tükürük bezinin bir kısmının ağızda bırakılmış olması ve nüks görülmemesi nedeniyle bu tür olgularda uygulanacak en uygun cerrahi tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Cbidzonga MM, Mabomva L. Ranula: experience with 83 cases in Zimbabwe. *J Oral Maxillo Fac Surg* 2007;65(1):79-82.
2. Zhi K, Wen Y, Ren W, Zhang Y. Management of infant ranula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72(6):823-6.
3. McGurk M, Eyeson J, Thomas B, Harrison JD. Conservative treatment of oral ranula by excision with minimal excision of the sublingual gland: histological support for a traumatic etiology. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(10):2050-7.
4. Baurmash HD. A case against sublingual gland removal as primary treatment of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(1):117-21.
5. Chow TL, Chan SW, Lam SH. Ranula successfully treated by botulinum toxin type A: report of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105(1):41-2.
6. McGurk M. Management of the ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(1):115-6.
7. Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahasi S, Ikarashi F. Treatment of ranula--excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris Nasus Larynx* 2003;30(3):311-4.
8. Loney WL, Termini S, Sisto J. Plunging ranula formation as a complication of dental implant surgery: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(8):1204-8.
9. Mandel L. Plunging ranula following placement of mandibular implants: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(8):1743-7.
10. Iida S, Kogo M, Tominaga G, Matsuya T. Plunging ranula as a complication of intraoral removal of a submandibular sialolith. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39(3):214-6.
11. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck* 1998;20(1):63-8.
12. Tavill MA, Poje CP, Wetmore RF, Faro SH. Plunging ranulas in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104(5):405-8.
13. Karaca Erdoğan N. [Radiology of salivary glands]. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics* 2008;1(1):66-79.
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Salivary gland pathology. In: Forest E, ed. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p.389-435.
15. Regezi JA, Sciubba J. Salivary gland disease. *Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p.239-302.
16. Coit WE, Harnsberger HR, Osborn AG, Smoker WRK, Stevens MH, Robert BL. Ranulas and their mimics: CT evaluation. *Radiology* 1987;163(1):211-6.
17. Parekh D, Stewart M, Joseph C, Lawson HH. Plunging ranula: a report of three cases and review of the literature. *Br J Surg* 1987;74(4):307-9.
18. Zhao Y, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofacial Surgery* 2005;63(1):51-4.