



Olgu sunumu/ Case report

Sublingual Ranula: Olgu Sunumu.

Günay YAPICI YAVUZ¹, M. Selim YAVUZ², Mahmut KOPARAL¹

¹ Adıyaman Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD.

² Özel Muayenehane, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi

ÖZET

Ranula; ağız tabanında sublingual tükürük bezinin kanallarının tıkanması veya yırtılması sonucunda ortaya çıkan klinik bir durumdur. Ranula, ağız tabanında genellikle tek taraflı, mavimsi renkte, fluktuan bir yumuşak doku kitlesi olarak görülmektedir. Ranulanın tedavisi için eksizyon, marsupyalizasyon, bezle beraber ranulanın eksizyonu ve kriyocerrahi gibi tedavi metodları rapor edilmiştir. Bu çalışmamızda marsupyalizasyon ile tedavi ettiğimiz bir ranula vakasını sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Ranula, sublingual tükürük bezi, marsupyalizasyon,

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Günay Yapıcı YAVUZ

Adıyaman Üniversitesi, Diş Hekimliği
Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD
Tel : +90 0416 225 1598

Email: dtgunayyapici@hotmail.com

DOI: 10.30569/adiyamansaglik.382363

Geliş Tarihi: 22.01.2018

Kabul Tarihi: 19.02.2018

SUBLINGUAL RANULA: CASE REPORT

ABSTRACT

Ranula is a clinical entity that seen in the floor of the mouth as a result of obstruction or rupture of sublingual salivary glands duct. Ranula is seen as fluctuan soft tissue mass with blue color and unilaterally in the floor of the mouth. Several methods of treatment for ranulas have been reported including excision of the ranula, marsupialization, excision of the lesion with sublingual gland and cryosurgery. In this case, we present a sublingual ranula was treated with marsupialization.

Key words: Ranula; sublingual gland; marsupialization

GİRİŞ

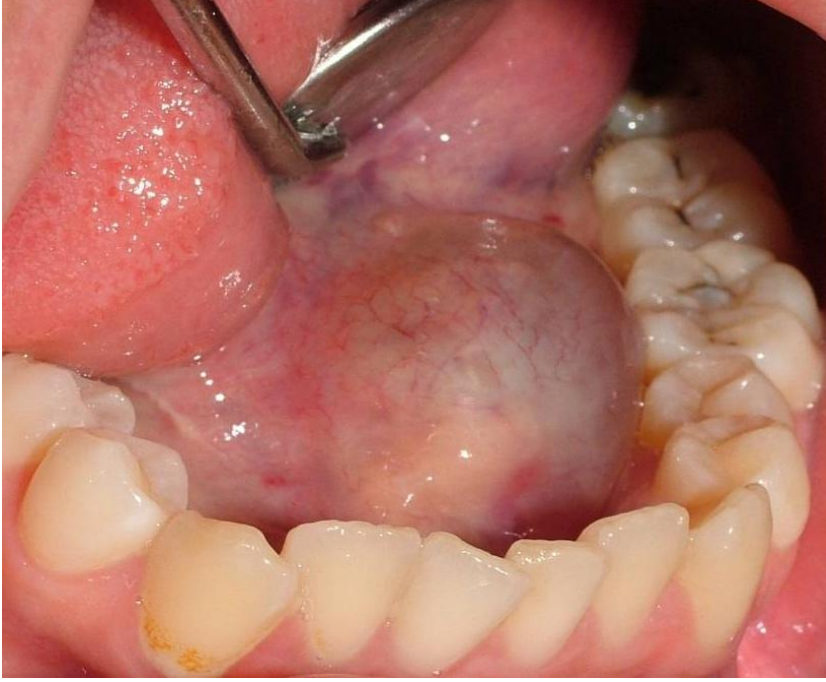
Ranula sublingual tükürük bezi veya kanalının hasar görmesi sonrası salgının kanal dışına çıkıp doku aralıklarında birikmesi sonucu meydana gelmektedir (1,2). Ranulanın klinik olarak üç tipi bulunmaktadır. Bunlar: sublingual ranula, plunging ranula ve sublingual plunging ranuladır. Sublingual ranula en sık görülen formudur. Ağız tabanında yavaş büyüyen ağrısız fluktan şişlik olarak görülmektedir. Mylohyoid kası geçerek servikal bölgeye ulaşan olgular plunging ranula, oral ve servikal ranulanın bir arada bulunduğu olgular da sublingual plunging ranula olarak adlandırılır (3). Ranulanın etyolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak obstruksiyon, travma ve konjenital anomalilerin neden olduğu düşünülmektedir (2).

Ranulanın tedavi seçenekleri arasında drenaj, marsupyalizasyon, marsupyalizasyon ile birlikte gazlı tampon uygulaması, kriyocerrahi, skleroterapi, lazer ile eksizyon, ranulanın eksizyonu, sublingual bez ile birlikte ranulanın eksizyonu yer almaktadır (1-5). Bu makalede marsupyalizasyon ile tedavi edilen sublingual ranulanın tedavisi literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

26 yaşında bayan hasta sol ağız tabanında 3 hafta önce başlayan ve zamanla büyüyen ağrısız şişlik nedeni ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde sistemik hastalığı bulunmayan hastanın, ilgili bölgeden daha önce cerrahi müdahale geçirmediği ve travma almadığı öğrenildi. Lezyon oluşumundan sonra hastada konuşma, çiğneme ve yutma ile ilgili şikayetlerin başladığı öğrenildi. Klinik muayenede dilin sol alt tarafında santral diş ile birinci

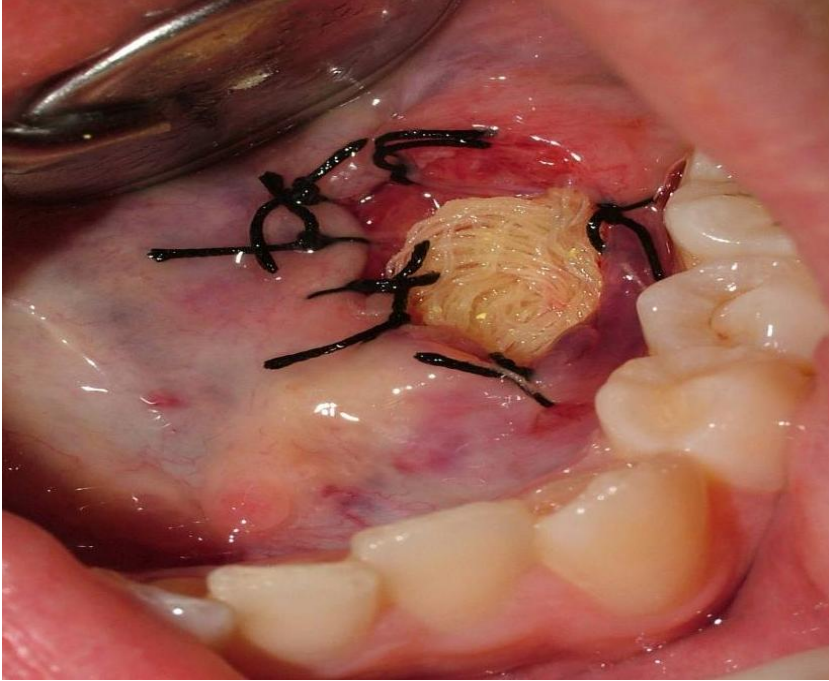
molar dişler arasında mavimsi, palpasyonda fluktan kitle izlendi (**Resim 1**). Ekstraoral muayenede ise şişlik ve asimetriye rastlanmadı. Sublingual ranula ön tanısı ile ameliyata alınan hastaya marsupyalizasyon işlemi uygulanmasına karar verildi. Lokal anesteziyi takiben lezyonun üst duvarına insizyon yapıp kist duvarı uzaklaştırıldı. Kist içeriği boşaltıldıktan sonra kist epiteli ile ağız epiteli sutur atılarak birleştirildi (**Resim 2, 3**). Çevre dokunun boşluğa ilerlemesini engellemek amacıyla gaz iyodoformlu tampon kist boşluğuna yerleştirildi. Bir hafta boyunca hergün gaz tampon değiştirildi. Bir haftanın sonunda suturlar alındı ve hasta kontrollere çağrıldı. Bir yıllık takip sonrası yaranın iyileştiği ve nüks olmadığı görüldü (**Resim 4**).



Resim 1. Ranulanın preoperatif klinik görünümü



Resim 2. Ameliyat esnasında kist içeriğinin görüntüsü



Resim 3. Marsupyalizasyon boşluğuna gaz tampon yerleştirilmiş görüntüsü



Resim 4. Postoperatif birinci yıl sonundaki klinik görüntü

TARTIŞMA

Ranula, sublingual tükürük bezi salgı kanallarının tıkanması veya yaralanması sonucunda kanaldan sızan mukusun çevre dokularda birikmesi sonrası oluşmaktadır. Bu aşamalar deneysel çalışmalar ile gösterilmiştir (6). Etiyolojik sebepleri arasında travma, bez kanalının daralması, konjenital anomaliler ve iyatrojenik nedenler sayılmaktadır (7, 8). Sunduğumuz vakada travma, daha önce geçirilmiş intraoral operasyon, enfeksiyon ve konjenital anomali söz konusu değildir.

Ranula daha çok genç yaş grubunda ve kadınlarda görülmektedir. Klinik lokalizasyonu ve görüntüsünden dolayı klinik olarak tanı konulması nispeten kolaydır (7, 9). Olgumuzda olduğu gibi ranula klinik olarak ağız tabanında mavimsi renkte ve fluktan bir kitle şeklindedir. Ranula genelde tek taraflıdır, bilateral ranula oldukça nadir görülür. Zhao ve arkadaşları 580 ranulanın sadece 9'unun bilateral olduğunu rapor etmişlerdir (5). Ranulanın

lingual frenulumun engellemesi sonucu tek taraflı lokalize olduğu düşünülmüştür (4). Ağrısız kitleler olduğundan dolgunluk ve bassı hissi verirler. Büyük boyutlara ulaştığında dilin yukarı ve ortaya doğru sapmasına neden olurlar. Beslenme ve yutma güçlüğüne sebep olan ranula olguları bildirilmiştir (7, 10). Sunduğumuz olguda konuşma, çiğneme ve yutma güçlüğü şikayeti mevcuttu.

Ranulanın ayırıcı tanısında selülit, kanal taşları, Wharton kanal kistleri, aksesuar tükrük bezi mukoseli, dermoid epidermoid inklüzyon kisti, tyroglossal kanal kisti, brankial kistler, hemangiom, lenfangiom, lipom ve pleomorfik adenom gibi ağız tabanında yer alan patolojiler göz önünde bulundurulmalıdır (8).

Ranulanın tedavisi hala tartışmalı bir konudur. Ranula insizyon ve drenaj, marsupyalizasyon, gazlı tampon ile birlikte uygulanan marsupyalizasyon, mikro-marsupyalizasyon, sublingual bezin eksizyonu, skleroterapi, kriyocerrahi, karbondioksit lazer, modifiye sutur tekniği gibi çeşitli cerrahi teknikler ile tedavi edilmektedir (4, 6-12). Crysdale ve arkadaşları yaptıkları çalışmada insizyon ve drenajda %100, marsupyalizasyonda %61, ranula ve sublingual bezin eksizyonunda ise %0 nüks oranı bulunduğunu rapor etmişlerdir (13). Zhao ve arkadaşları marsupyalizasyonda %66.67, ranula eksizyonunda %57.69 ve ranula ve sublingual bez eksizyonunda ise %1.20 oranında rekürrens olduğunu bildirmişlerdir (5). Sublingual bezin eksizyonunu içermeyen insizyon ve drenaj, ranula eksizyonu ve marsupyalizasyon gibi tedavi seçeneklerinde nüks oranı yüksek bulunmuştur. Sublingual bez ve ranulanın birlikte eksizyonunda ise nüks oranı oldukça düşük bulunmuştur (3, 9, 14). Bununla birlikte bazı cerrahlar sublingual bez eksizyonu esnasında intraoperatif ve postoperatif kanama, postoperatif hematoma, yara açılması, postoperatif enfeksiyon, lingual sinir parestезisi gibi komplikasyonlardan dolayı ranulanın başlangıç tedavi seçeneğinin marsupyalizasyon olması gerektiğini düşünmektedirler (2, 4). Konvansiyonel

marsupyalizasyon tekniğinde, ağız tabanı dar olduğu için ve dil hareketlerinden dolayı yara kenarları birbirine yaklaşma eğilimindedir. Bunun sonucu olarak tekrar kist oluşmaktadır. Marsupyalizasyon sonrası başarısızlığın 6 hafta ile 12 aylık takip sürecinde %61 ile %89 oranında olduğu literatürde rapor edilmiştir (14). Yüksek nüks oranından dolayı Baurmash gaz tampon ile uygulanan modifiye marsupyalizasyon tekniğini tavsiye etmiştir (4). Bu tekniği uyguladığı 12 vakadan sadece birinde sublingual bezin alınması gerekmiştir. Modifiye marsupyalizasyon tekniği ile rekürrens oranının %10 ile %12 oranına düştüğünü savunmaktadır. Ayrıca bu teknik ile wharton kanalı ve lingual sinir hasarı riskinin azaldığını düşünmektedir. Sunduğumuz olguda gaz tampon ile birlikte uygulanan marsupyalizasyon tekniği sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi ve bir yıllık takip sonrasında nüks gözlenmedi.

Sonuç olarak, oral ranulanın tedavisinde basit bir teknik ve nüks oranı az olduğu için ilk tedavi yaklaşımı olarak modifiye marsupyalizasyonun tercih edilmesi, ancak lezyonun nüks etmesi halinde sublingual bez ile birlikte ranulanın eksize edilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lai JB, Poon CY. Treatment of ranula using carbon dioxide laser-case series report. International journal of oral and maxillofacial surgery 2009;38(10):1107-11.
2. Ortakoğlu K, Şençimen M, Büyükkurt C, Altuğ A. Sublingual ranula: Olgu sunumu. Atatürk Üniv. Diş Hek Fak. Derg. 2006; sayfa: 88-90.
3. Verma G. Ranula: A review of literature. Archives of CraniOroFacial Sciences 2013; 1(3): 44-49.
4. Baumash HD. Marsupialization for treatment of oral ranula: a second look at the procedure. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 1992;50(12):1274-9.
5. 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(3):281-7.
6. Hallur N, Suryavanshi RK, Raddar K, Zakaullah S, Kothari C, Tenglikar PD. Management of ranula. International Journal of Dental Clinics 2011; 3(3): 79-80.
7. Akbulut N, Öztaş B, Kurşun Ş, Çölok G. Oral ranula ve tedavisi. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012; 18(2):209-213.
8. Duman ŞB, Törenek K, Bayrakdar İŞ, Çağlayan F. Sublingual ranula: olgu raporu. J Dent Fac Atatürk Uni 2015; 12: 18-20.
9. Kokong D, Iduh A, Chukwu I, Mugu J, Nuhu S, Augustine S. Ranula: Current concept of pathophysiologic basis and surgical management options. World J Surg 2017; 41: 1476-1481.
10. Bayrak F, Olgun Y, Çatlı T, Demir E, Olgun L. Dev ranula. İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2013; 17: 84-87.

-
11. Amaral MBF, Freitas JB, Mesquita RA. Upgrading of the micro-marsupialisation technique for the management of mucus extravasation or retention phenomena. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41: 1527-1531.
 12. Goodson AMC, Payne KFB, George K, McGurk M. Minimally invasive treatment of oral ranula: adaption to an old technique. *B J Oral Maxillofac Surg* 2015; 53: 332-335.
 13. Crysedale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. *The Laryngoscope* 1988;98(3):296-8.
 14. Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complication associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 51-54.