

PAPER DETAILS

TITLE: SUBLINGUAL RANULA (OLGU SUNUMU)

AUTHORS: Yrddoç Kerim ORTAKOGLU, Metin SENÇİMEN, M Cemil BÜYÜKKURT, H Ayberk

ALTUG

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/27526>

SUBLİNGUAL RANULA (OLGU SUNUMU)

SUBLINGUAL RANULA (CASE REPORT)

Doç. Dr. Kerim ORTAĞOĞLU*
Yrd. Doç. Dr. M. Cemil BÜYÜKKURT**

Dr. Metin ŞENÇİMEN*
Dr. H. Ayberk ALTUĞ***

ÖZET

Ranula ağız tabanında yer alan mukoselleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Sublingual bez veya kanalından kaçan mukusun doku aralıklarında birikmesi sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Ranulaların tedavisi için eksizyon, marsupyalizasyon, bezle beraber ranulanın eksizyonu ve kriyocerrahi gibi tedavi metodları rapor edilmiştir.

Bu çalışmamızda marsupyalizasyonla tedavi ettiğimiz bir ranula vakasını sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Ranula, sublingual tükürük bezi, sublingual ranula.

SUMMARY

The term ranula is used to describe mucocoeles occurring on the floor of the mouth. Ranulas develop from extravasation of mucous after trauma to the sublingual gland or obstruction of the ducts. 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 treated marsupialization.

Key Words: Ranula, sublingual gland, sublingual ranula

GİRİŞ

Ranulalar ağız tabanının ön bölümünde yer alan, şeffaf mavimsi görünümlü mukoseller olarak kabul edilmektedir^{1,2}. Sublingual bez veya kanalın hasarı sonucu doku aralıklarına biriken mukusa çevre dokunun verdiği cevap sonucu oluştuğu düşünülmektedir³. Ağız tabanında oluşan bu birikim mylohyoid kas üzerinde kalırsa basit ranula (sublingual ranula), mylohyoid kasın alt ve arkasına doğru uzanırsa submandibular ranula, sublingual ve submandibular ranulanın birlikte görüldüğü vakalar ise mixt ranula olarak sınıflandırılır^{2,4,5}. Submandibular ve mixt ranulalar aynı zamanda plunging ranula olarak da adlandırılır⁴⁻⁶. Ranulanın etyolojisi tam olarak bilinmez ancak obstruksiyon, travma ve konjenital anomalilerin ranulaya sebep olabileceği düşünülmektedir^{1,4}.

Klinisyenler ranulaların tedavisinde farklı metodlar kullanmışlardır. Bu tedavi seçenekleri arasında eksizyon ve drenaj, marsupyalizasyon, ranulanın eksizyonu, ranulanın bez ile beraber eksizyonu sayılabilir³.

OLGU SUNUMU

20 Yaşında bayan hasta, sağ ağız tabanında bir şişlik nedeni ile GATA Dişhekimliği Bilimleri Merkezi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD. Kliniğimize başvurdu. Hasta anamnezinde, 2 ay önce dilin altında başlayan ve zamanla büyüyen, yemek yeme esnasında ağrıya sebep olan bir şişlikten şikayet ediyordu. Klinik muayenede dilin sağ alt tarafında, palpasyonda yumuşak ve fluktan mavimtrak, 2 cm boyutlarında lezyon görüldü (Resim-1). Ekstraoral muayenede ise bir şişlik tespit edilemedi. Sublingual ranula ön tanısı ile operasyona alınan hastaya marsupyalizasyon işlemi uygulanmasına karar verildi. Lokal anestezi altında lezyonun üst duvarındaki kist duvarını uzaklaştıracak şekilde 1 cm² lik oval bir insizyon yapıldı. İnsize edilen bu parça kaldırıldıktan sonra kist muhteviyatı boşaltıldı ve kist epiteli ile ağız epiteli süturlar ile birleştirildi (Resim - 2). Ağızın bir yan boşluğu haline getirilen kist boşluğu, çevre dokunun boşluğa ilerlemesini engellemek amacıyla içine antibiyotik pomadlı bir gaz tampon

* GATA Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD. Etlik\ ANKARA

** Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD. ERZURUM

*** 600 Yataklı Asker Hastanesi Diş Servisi, DİYARBAKIR

yerleştirilerek bir hafta pansumana devam edildi (Resim-3). Bir hafta süresince hergün gaz tampon yenilendi. Bu süre sonrasında hastanın dikişleri alındı ve hasta periyodik kontrollere çağrıldı. Bir yıl sonraki kontrolde yaranın tamamen iyileşmiş olduğu ve nüks olmadığı görüldü (Resim-4).



Resim-1: Ranulanın preoperatif klinik görünümü



Resim-2: Operasyon esnasındaki marsupyalizasyon görüntüsü



Resim-3: Marsupyalizasyon boşluğunun gaz tampon yerleştirilmiş görünümü.



Resim-4: Ranulanın postoperatif birinci yıl sonundaki klinik görünümü.

TARTIŞMA

Ranula ağız tabanında yer alan mukoselleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir⁷. Sublingual bez veya kanalından sızan mukusun doku aralıklarında birikmesi ve buna çevre dokunun vermiş olduğu cevap sonucu oluştuğu düşünülmektedir³. Etiyolojik sebepleri arasında travma, bez kanalının daralması ve konjenital anomaliler sayılmaktadır^{1,4}. Mukus birikimi ağız tabanında mylohyoid kas üzerinde ise basit ranula (sublingual ranula) adını alır². Mylohyoid kasın alt ve arkasına doğru uzanan mukoseller submandibular ranula, sublingual ve submandibular ranulanın birlikte görüldüğü vakalar mixt ranula olarak sınıflandırılır^{2,4,5}. Submandibular ranula ve mixt ranula aynı zamanda plunging ranula olarak da adlandırılır^{4,6}.

Ranulanın ideal tedavisi hala tartışmalıdır. Yoshimura⁸ ve arkadaşları 27 hastada 3 farklı tedavi metodunu karşılaştırmışlar, ranulanın eksizyonunda % 25, marsupyalizasyonda %36 ve ranula ile sublingual bezin eksizyonunda %0 nüks rapor etmişlerdir⁸. Crysdale⁹ ve arkadaşları yine 3 farklı tedavi metodunu karşılaştırmışlar, ranulanın eksizyonunda % 0, marsupyalizasyonda %61 ve ranula ile sublingual bezin eksizyonunda %0 nüks rapor etmişlerdir⁹. Sublingual bezin eksizyonunu içermeyen insizyon ve drenaj, ranulanın eksizyonu, marsupyalizasyon gibi tedavi metodlarında nüks oranı oldukça yüksek bulunmuştur¹⁰⁻¹². Sublingual bezin kompleksizyonu ranulanın en etkili tedavisi olarak görülmektedir⁵. Bununla birlikte bazı cerrahlar sublingual bezin eksizyonu sırasında görülebilecek lingual sinir zararı, warton kanalının hasarı gibi muhtemel cerrahi komplikasyonlardan dolayı ranulanın başlangıç tedavisinde öncelikle marsupyalizasyonu düşünmektedirler^{4,13,14}. Mintz ve arkadaşları¹⁵ basit ranulaların tedavi-

sinde kullanılan en basit cerrahi yaklaşımı marsupyalizasyon olarak belirtmişlerdir. Marsupyalizasyonda insizyondan sonra yara kenarlarına aralıklı olarak dikişler konulur, geri kalan kist duvarları ağız tabanı ile aynı seviyede olacak şekilde bırakılır. Konvansiyonel marsupyalizasyon tedavisinde, yara kenarları, hareketli dil ve ağız tabanı ayrıca alanın darlığı nedeni ile birbirine yaklaşma eğilimindedir. Bunun sonucu olarak ağzın bir yan boşluğu haline getirilmeye çalışılan kavitenin tekrar izole bir kist boşluğu haline gelmesi yani nüks oluşumu söz konusu olmaktadır¹³. Literatürde marsupyalizasyonda başarısızlık oranı 6 hafta ile 12 aylık bir dönem içerisinde %61-%89 oranında olduğu rapor edilmiştir.¹⁶ Baurmash⁴ marsupyalizasyondan sonra lezyon bölgesine 7-10 gün boyunca gazlı bir tampon koyarak bu bölgenin doğal olarak exfoliate olmasını sağladığını rapor etmiştir. Bu metodu uyguladığı 12 vakadan yalnız bir tanesinde sublingual bezin alınması gerektiğini bildirmiştir. Bu metodu uygulayan diğer otörler de benzer şekilde oral ranulanın marsupyalizasyonla tedavi edilmesinde, nüks oranının oldukça azaldığını bildirmişlerdir^{1,13,14}.

Ranulaların ayırıcı tanısında ağız tabanında yer alan sellülit, kalkulus, Wharton kanalı kistleri, aksesuar tükrük bezi mukoseli, dermoid epidermoid inklüzyon kistleri, tyroglossal duktus kistleri, brankial kistler, hemangiom, lenfangiom, lipom ve pleomorfik adenom gibi patolojiler göz önünde bulundurulmalıdır¹.

Sonuç olarak basit ranulaların tedavisinde ilk yaklaşım olarak marsupyalizasyonun tercih edilmesi, ancak lezyonun nüks etmesi halinde ranulanın total eksizyonu veya sublingual bez ile beraber komple çıkarılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çankaya H, Kutluhan A, Kırış M, İçli M. Basit Ranula: Olgularımız ve Tedavi Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2001;8(4):128-130.
2. George EA, Haiavy J, Solodnik P. Submandibular Gland Mucocele. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:159-63.
3. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical Review of 580 Ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98:281-87.
4. Baurmash HD. Marsupialization for treatment of oral ranula: A second look at the procedure. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50:1274.
5. Er N, Tuncer M, Tümer C. Sublingual Ranula: (Bir Olgu Raporu). *Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Dergisi* 1997;1: 58-61.
6. Takagi S, Mizukawa N, Kimura. Treatment of a plunging ranula with fenestration and continuous pressure. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2003;41:410-413.
7. Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahasi S. Treatment of Ranula- excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris, Nasus, Larynx* 2003;30:311-314.
8. Yoshimura Y, Obara S, Kondoh T, et al. A comparison of three methods used for treatment of ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:280.
9. Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas- mucoceles of the oral cavity: Experience in 26 children. *Laryngoscope* 1988; 98: 296.
10. Galloway RH, Gross DP, Thompson SH, et al. Pathogenesis and treatment of ranula: Report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47:299.
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. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97:561.
13. Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications Associated With Surgical Management of Ranulas. *J Oral Maxillofacial Surg* 2005;63:51-54.
14. Gürbüz G, Güngörmüş M, Aslan M, Ertuş Ü. Ranula: Vaka raporu. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg* 2000;10(1):52-54.
15. Mintz S, Barak S, Horowitz G. Carbondioxide laser excision and vaporisation of nonplunging ranulas: a comparison of two treatment protocols. *J Oral Maxillofacial Surg* 1994;52(4):370-2.
16. Joseph CA, Davidge-Pitts KJ. Mucous extravasation cysts of the head and neck. *S Afr J Surg* 1985; 23:95.

Dr. Metin ŞENÇİMEN

GATA DİŞHEKİMLİĞİ BİLİMLERİ MERKEZİ
AĞIZ, DİŞ, ÇENE HAST. VE CERR. AD.
06018 -Etilik\ANKARA
Tel:0 312 304 6069
Fax: 0 312 304 6020
e-mail: metinsencimen@yahoo.com