

Servikal Ranula: Bir Olgu Sunumu

Gediz Murat Serin¹, Şenol Polat², Özcan Çakmak², Hasan Tanyeri²

¹Acıbadem Sağlık Grubu, Bakırköy Hastanesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Plunging veya servikal ranula sublingual bezden kaynaklanan ve mylohyoid kası içinden uzanım gösteren nadir görülen bir mukus ekstrasvazyon kistidir. Mukus doku planlarını ayırarak aşağı doğru iner ve sıklıkla submental veya submandibular alanda şişlik olarak kendini gösterir. Tedavide ile seçenek plunging ranulanın cerrahi eksizyonudur. Basit eksizyon, marsüpiyalizasyon ve intraoral veya servikal yaklaşımla ranula ve sublingual gland eksizyonu gibi çeşitli cerrahi varyasyonlar bulunmaktadır. Bu tedavi seçeneklerine rağmen hastaların bir kısmında rekürrens görülmekte ve daha büyük lezyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Skleroterapi cerrahi önerilmeden önce primer tedavide kullanılabilecek potansiyel küratif bir tedavi prosedürüdür. Tedavisinde servikal yaklaşım ile sublingual gland ve plunging ranulanın total eksizyonu uygulanan bir olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Servikal ranula, sublingual gland

CERVICAL RANULA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Plunging or cervical ranula is a rare phenomenon that represents mucous extravasation pseudocyst arising from the sublingual gland herniating through the mylohyoid muscle. The mucous dissects the tissue planes inferiorly and usually manifests as a swelling in the submental or submandibular regions. Surgical management of plunging ranula is the first-choice therapy. There are variable surgical treatments for plunging ranula, including simple excision, marsupialization, and excision of the ranula and sublingual gland via an intraoral or cervical approach. Despite these treatments, many patients have experienced recurrence, and sometimes larger lesions have occurred. Sclerotherapy is a potentially curative procedure that may be used as a primary treatment choice for plunging ranula before considering surgery. A case of plunging ranula is reported. Treatment consisted of the total removal of the sublingual gland and the plunging ranula by the cervical approach.

Key words: Cervical ranula; sublingual gland.

Giriş

Ranula sıklıkla ağız tabanında görülen ve sublingual glanddan gelişen müköz ekstrasvazyon psödokist oluşumudur. Ranulanın, mylohyoid adeleden ilerleyerek submandibüler mesafe ve komşu bölgelere uzanması plunging ranula veya servikal ranula (SR) olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). İkinci ve üçüncü dekatlarda sık görülür ve kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla rastlanır. SR bazen oral komponenti olmadan genellikle ağrısız, flüktüasyon gösteren boyun lateralinde şişlik şeklinde bulgu verir. Çok nadir olarak, süperiora parafaringeal mesafeye ve kafa tabanına, inferiora supraklaviküler bölgeye, posteriora ise retrofaringeal mesafeye uzanabilmektedir. Operasyon öncesinde kesin tanı-

nın güç konulması nedeni ile tanı sıklıkla cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik incelemelerle konulmaktadır (2,3,4).

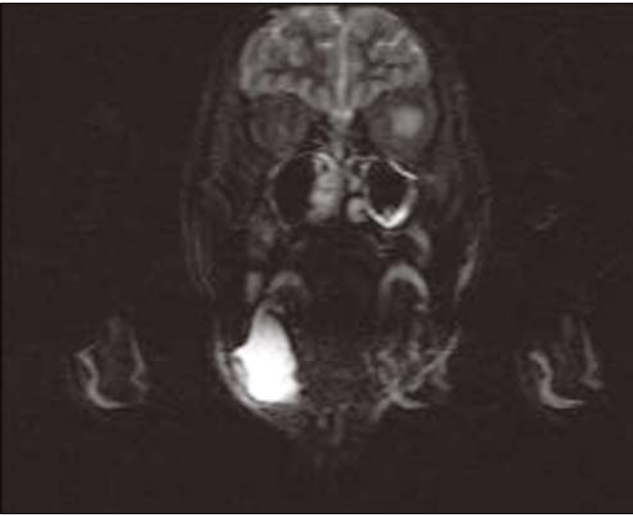
Bu yazıda, nadir görülen, cerrahi eksizyonu takiben histopatolojik inceleme sonrası PR tanısı konulan bir olgu ilgili literatür gözden geçirilerek sunuldu.

Olgu sunumu

24 yaşında, erkek hasta, boyun sağ tarafında yaklaşık 3 aydır giderek büyüyen ağrısız şişlik şikayeti ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Yutma güçlüğü, nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetleri bulunmayan hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sağda submandibular bölgede bulunan düzgün yüzeyle, yumuşak, yarı mobil ve sınırları net belirlenemeyen kitle mevcuttu (Şekil 1). Hastanın diğer kulak burun boğaz ve sistemik muayenesinde özel-



Şekil 1. Hastanın preoperatif fotoğrafı



Şekil 2. Hastanın preoperatif MR incelemesi.

lik saptanmadı. Hastanın Ultrasonografi (USG) incelemesinde sağda submandibular bölgede içerisinde septalar ve solid kısımlar içeren kistik kitle görüldü. Hastanın magnetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde ise sağda submandibular bölgede, önde submental bölgeden başlayarak ramus mandibula bölgesine kadar uzanan alanda, lateral pterigoid adele medialinde, submandibular bezi kaudale ve mediale doğru iten, lobüle konturlu boyutlarında benign özellikler taşıyan kitlesel lezyon saptandı (Şekil 2, 3). Boyun lateralinde kistik kitle ön tanısıyla hastaya operasyon planlandı. Servikal yaklaşımla, ince duvarlı olan kistik kitle ağız tabanına doğru takip edilerek sublingual gland ile birlikte total eksize edildi. Histopatolojik incelemesinde müsinöz materyalle dolu boşlukları çevreleyen, histiositlerle döşeli granülasyon dokusu alanları bulunan mukus ekstrasizyon kisti saptandı. Operasyon sonucu SR tanısı konulan hastanın 6 aylık takibinde nüks izlenmedi.

Tartışma

Ranula esas olarak sublingual bezin hastalığı olup histolojik olarak, gevşek ve vaskülarize bağ dokusundan ibaret bir yalancı kist duvarı ve müsin içeren santral kistik boşluktan oluşurlar (1,2). Servikal ranula sublingual gland duktuslarındaki obstrüksiyon ve süre-



Şekil 3. Hastanın preoperatif BT incelemesi.

li tükürük akımı sonucu lümen içi basınç artışına dirençsiz duktusların rüptüre olması sonucu tükürük sekresyonunun aktivasyonu ile gelişmektedir (1,2,3). SR'nin sebebi sıklıkla iyatrojenik olup, intraoral ranula eksizyonu girişimlerinden sonra oluşmaktadır. Sublingual glandın total eksizyonu dışında yapılan operasyonlarda yeni oluşan ekstrasizyon tükürük, ağız içinde birikmekte, birikmiş olan tükürük sublingual ve submandibüler mesafeler arasındaki zayıf yerlerden boynuna doğru ilerlemektedir. Müküs ekstrasizyon trasesi, submandibüler glandın derin lobu arkasını izleyerek hyoglossus ve mylohyoid kasları arasında geçer veya direkt olarak mylohyoid kas içindeki bir dehisenstan yol bulmaktadır. Bunun yanı sıra mylohyoid kas altında yerleşmiş ektopik sublingual glanddan gelişen SR'de bildirilmiştir (5,6,7,8). Olgumuzda daha önce geçirilmiş intraoral operasyon, enfeksiyon veya eksternal travma öyküsü alınmadı.

Ayrırcı tanıda yerleşim yerine bağlı olarak birçok lezyon göz önünde bulundurulmalıdır. Brankiyal yarıncı kisti, dermoid kist, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, larengosel, apseler, lenfadenopati, tükürük bezi tümörleri gibi hastalıklar ayrırcı tanıda değerlendirilmelidir. Servikal ranula tanısı ağız tabanında ranula komponenti görülmezse güç olmaktadır. Bununla birlikte sublingual gland kökenli, boyutları yavaşça artan fakat flüktüasyon veren ve iğne aspirasyonunda koyu kıvamlı müküs olan servikal kitlelerde SR şüphesi çok kuvvetlidir. SR kist sıvısının tetkikinde sublingual gland sekresyonuna benzer olarak yüksek seviyelerde tükürük amilazı ve proteini saptanmaktadır. USG, MR ve BT görüntülemesi kitlenin lokalizasyonunu tam olarak ortaya koymakla birlikte, daha çok ayrırcı tanıda yardımcı olmaktadır. Olgumuzda ağız ve orofarenks muayenesinde ağız tabanında ranula ile uyumlu muayene bulgusu saptanmaması ve görüntüleme yöntemlerinde özgün olmayan kistik komponentli kitle saptanması nedeni ile operasyon öncesi SR tanısı konulamadı.

Servikal ranula tedavisinde basit eksizyon, marsüpiyalizasyon ve intraoral veya servikal yaklaşımla ranula ve sublingual gland eksizyonu gibi çeşitli cerrahi varyasyonlar bulunmaktadır. Bu tedavi seçeneklerine rağmen bazı hastalarda rekürrens görülmekte ve daha büyük lezyonlar ortaya çıkabilmektedir (9,10,11,12). Parekh ve ark. 89 hastada uyguladıkları 139 cerrahi prosedür yayınlamış ve sublingual glandın eksize edilmediği vakalarda %50'ye varan rekürrens oranı bildirmişlerdir. Sublingual glandın eksize edildiği hastalarda ise rekürrens oranı %2'den az olarak bulunmuştur (11). Davison ve ark. 2 yıl ve üzerinde takip edilen, sublingual gland ile birlikte SR eksizyonu uygulanan 15 hastanın 2'sinde (%13) rekürrens saptamışlardır ve bu yüksek oranı da uzun süreli takip ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu seride saptanan rekürrens dışında gelişen diğer cerrahi komplikasyonlar ise geçici veya kalıcı lingual sinir parestezisi veya mandibular marjinal sinir paralizisi, yara enfeksiyonu, dikiş granülomu ve boyunda skar oluşumu olarak bildirilmiştir (12). Bu olguda SR sublingual gland ile birlikte total eksize edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon saptanmadı ve 6 aylık takibinde nüks görülmedi.

Yetersiz eksizyon sonrası yüksek rekürrens oranı ve olası cerrahi komplikasyonlar nedeni ile skleroterapi gibi yeni tedavi seçenekleri de literatürde bildirilmektedir. İlk defa 1976'da Yura ve ark. Bleomisin ile kistik lenfanjiyomu olan bir hastada skleroterapi uygulamıştır (13). Ama bleomisin özellikle akciğer fibrozi gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır. 1987'de ise Ogita ve ark. lenfanjiomlara intralezyoner OK-432 (picibanil) skleroterapisini

ilk olarak uyguladıktan sonra yapılan diğer çalışmalarda da bu tedavinin etkinliği ve güvenilirliği ayrıntılı olarak literatürde yayınlanmıştır (14). Fukase ve ark. OK-432'yi kistik yapısı nedeni ile 32 ranula hastasında uygulamış ve 11 hastada kür sağlamışlardır (15). Yine Rho ve ark. 21 SR hastasına toplam 34 OK-432 enjeksiyon uygulamışlar ve son enjeksiyonu takiben %14 rekürrens saptamışlardır. OK-432 skleroterapisinin güvenli ve potansiyel küratif bir tedavi prosedürü olduğunu ve cerrahiden önce primer tedavide kullanılabileceğini önermişlerdir (16).

Sonuç olarak SR nadir görülen bir hastalık olup tanı ve tedavisinde güçlüklerle karşılaşılabilir. Basit eksizyon ve marsüpiyalizasyon sonucunda çok sık nüks görülmesi nedeni ile intraoral veya servikal yolla sublingual gland ve kistin total eksizyonu SR için en etkili tedavi yöntemi olarak bildirilmektedir. Servikal yaklaşımda submandibüler glandın eksizyonu sublingual glandın ve SR'nin ortaya konmasını kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple bu olguda da kistin ve sublingual glandın çıkarılması için servikal yaklaşım uygulanmış ve submandibüler gland eksizyonu da uygulanmıştır. Cerrahi komplikasyonlardan kaçınmak için OK-432 skleroterapi uygulaması cerrahi öncesi alternatif tedavi yöntemi olarak bildirilmiştir. Ameliyat öncesi kesin tanısının güç konması ve yetersiz cerrahi sonrasında da yüksek nüks oranı olması nedeniyle boyun kitlesi ile kulak burun boğaz kliniğine gelen hastalarda SR'da ayırıcı tanıda düşünülmesi ve tedavi buna göre planlanmalıdır. Tedavi sonrasında ise rekürrensler yüksek olduğu için uzun süreli takip edilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Quick CA, Lowell SH. Ranula and sublingual salivary glands. Arch Otolaryngol 1977; 103(7): 397-400.
2. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97(5 Pt 1): 561-2.
3. Davison MJ, Morton RP, Mclvor NP. Plunging ranula: clinical observations. Head Neck 1998; 20(1): 63-8.
4. Macdonald AJ, Salzman KL, Harnsberger HR. Giant ranula of the neck: differentiation from cystic hygroma. AJNR Am J Neuroradiol. 2003 Apr;24(4):757-61.
5. de Visscher JG, van der Wal KG, de Vogel PL. The plunging ranula. Pathogenesis, diagnosis and management. J craniomaxillofac Surg 1989; 17(4): 182-5.
6. Ichimura K, Ohta Y, Tayama N. Surgical management of the plunging ranula: a review of seven cases. J Laryngol Otol 1996;110(6): 554-6.
7. Bridger AG, Carter P, Bridger GP. Plunging ranula: literature review and report of three cases. Aust N Z J Surg 1989; 59(12): 945-8.
8. Braun TW, Sotereanos GC. Cervical ranula due to an ectopic sublingual gland. J Maxillofac Surg 1982; 10(1): 56-8.
9. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment? Laryngoscope. 2009 Aug;119(8):1501-9.
10. Huang SF, Liao CT, Chin SC, Chen IH. Transoral approach for plunging ranula--10-year experience. Laryngoscope. 2010 Jan;120(1):53-7.
11. Parekh D, Stewart M, Joseph C, Lawson HH. Plunging ranula: a report of 3 cases and a review of the literature. Br J Surg 1987;74:307-09
12. Davison MJ, Morton RP, Mclvor NP. Plunging ranula: clinical observations. Head Neck. 1998 Jan;20(1):63-8.
13. Yura J, Hashimoto S, Mizno T, et al. Cervical tumors and cysts of children with special reference to bleomycin therapy for cystic hygroma. Jpn J Surg Int Med 1976;8:279-85
14. Ogita S, Tsuto T, Yokiwa K, et al. Intracystic injection of OK-432: a new sclerosing therapy for cystic hygroma in children. Br J Surg 1987;74:690-91
15. Fukase S, Ohta N, Inamura K, et al. Treatment of ranula with intracystic injection of the streptococcal preparation OK-432. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003;112:214-20
16. Rho MH, Kim DW, Kwon JS, Lee SW, Sung YS, Song YK, Kim MG, Kim SG. OK-432 sclerotherapy of plunging ranula in 21 patients: it can be a substitute for surgery. AJNR Am J Neuroradiol. 2006 May;27(5):1090-5.