

Plunging Ranula: Olgu Sunumu

Plunging Ranula: Case Report
Radyoloji

Başvuru: 07.10.2019
Kabul: 08.11.2019
Yayın: 16.03.2020

Hüseyin Akdeniz¹, Süleyman Karabacak², Zülküf Akdemir³, Adem Yokuş³, Harun Arslan³

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi

² Van Özel Akdamar Hastanesi

³ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Ranulalar sublingual gland'dan gelişen mukus ekstrevasiyon kistleri olup basit veya plunging olarak sınıflandırılırlar. Mylohyoid kasla sınırlı alanda görülen vakalar basit ranula adını alırken, mylohyoid kası geçerek submandibüler mesafe ve komşu bölgelere uzanması plunging ranula veya servikal ranula olarak isimlendirilir. Plunging ranulanın tedavisinde ilk seçenek cerrahi eksizyondur. Basit eksizyon, marsüpiyalizasyon ve intraoral veya servikal yaklaşımla ranula ve sublingual gland eksizyonu gibi çeşitli cerrahi varyasyonlar bulunmaktadır. Tedaviye rağmen hastaların bir kısmında rekürrens görülmekte ve daha büyük lezyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu yazıda, plunging ranula tanısı koyduğumuz hastanın magnetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını ve servikal yaklaşım ile sublingual gland ve ranulanın total eksizyonunu sunup, tartışmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *Plunging; Ranula, Servikal, Tükürük bezi*

Abstract

Ranulas are mucous extravasation cysts of the sublingual salivary gland. They are classified as simple or plunging. Masses seen in the mylohyoid muscle-confined area are referred to as simple ranulas, while the masses passing through the mylohyoid muscle and extending to adjacent areas are called plunging ranulas (PR) or cervical ranulas. The first choice in the treatment of plunging ranula is surgical excision. 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 treatment, recurrence is seen in some of the patients and larger lesions may occur. In this article, we aim to present magnetic resonance imaging (MRI) findings and discuss the diagnosis and the treatment of a plunging ranula case which is seen relatively rare.

Keywords: *Plunging; Ranula, Cervical, Sublingual gland*

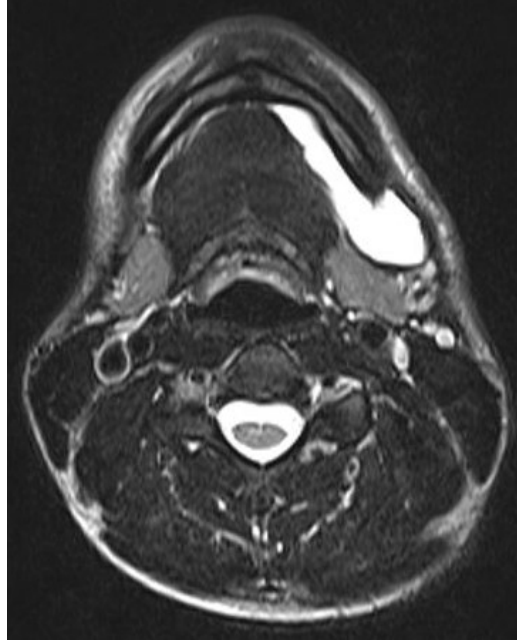
Giriş

Ranulalar sublingual gland'dan gelişen mukus ekstrevasiyon kisti olup basit veya plunging olarak sınıflandırılırlar ¹. Mylohyoid kasla sınırlı alanda görülen vakalar basit ranula adını alırken, mylohyoid kası geçerek submandibüler mesafe ve komşu bölgelere uzanması plunging ranula (PR) veya servikal ranula olarak isimlendirilir ². Tipik olarak, genç erişkinlik döneminde (ikinci ve üçüncü dekatlarda) ortaya çıkarlar ¹. Genellikle oral kitle veya şişlik olarak ortaya çıkan basit ranulaların aksine, PR genellikle klinik olarak belirgin oral bağlantıya sahip olmayan bir submandibüler veya boyun kitlesi olarak görülür ². Kesin tanı genellikle cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik incelemelerle konulmaktadır. Bu yazıda, PR tanısı koyduğumuz bir olgunun magnetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları sunuldu.

Olgu Sunumu

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta boyun sol tarafında yaklaşık 5 aydır giderek büyüyen ağrısız şişlik şikayeti ile başvurdu. Fiziksel muayenede sol submandibular bölgede düzgün yüzeyli, yumuşak kıvamlı, yarı mobil ve

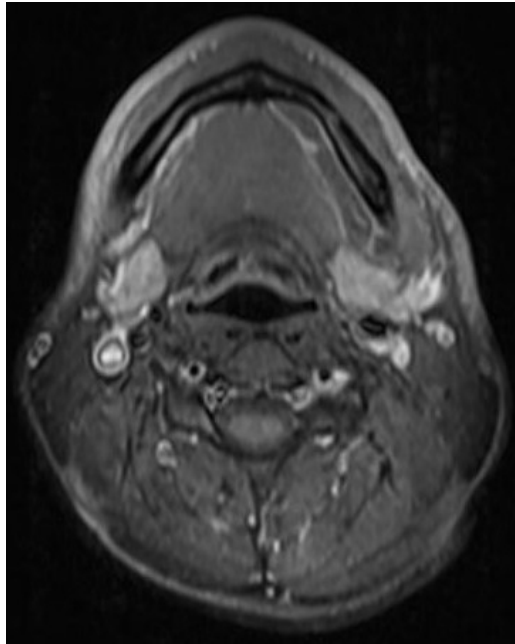
sınırları net belirlenemeyen kitle tespit edildi. Hastanın diğer sistemik muayenesinde özellik saptanmadı. Hastanın ultrasonografi (USG) incelemesinde sol submandibular bölgede ince septalar içeren yoğun içerikli kistik lezyon izlendi. MRG incelemesinde ise sol submandibular bölgede, submental alandan başlayıp ramus mandibula düzeyine uzanan submandibular bezi deplase eden 67x18 mm ebatlarında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, İV kontrast madde enjeksiyonu sonrası cidarsal ve septal kontrast tutan lobüle konturlu kistik lezyon saptandı (Şekil 1, 2, 3, 4).



Şekil 1 : Aksiyel T2 ağırlıklı görüntüde; sol submandibular bölgede, submental alandan başlayıp ramus mandibula düzeyine uzanan submandibular bezi deplase eden lobüle konturlu hiperintens kistik lezyon izlenmektedir.



Şekil 2 : Koronal T2 ağırlıklı görüntüde; sol submandibular bölgede, submental alandan başlayıp ramus mandibula düzeyine uzanan submandibular bezi deplase eden ince septalar içeren lobüle konturlu hiperintens kistik lezyon izlenmektedir.



Şekil 3 : Aksiyel kontrastlı T1 ağırlıklı görüntüde; sol submandibular bölgede, submental alandan başlayıp ramus mandibula düzeyine uzanan submandibular bezi deplase eden cidarsal ve septal kontrast tutan lobüle konturlu hiperintens kistik lezyon izlenmektedir.



Şekil 4 : Koronal kontrastlı T1 ağırlıklı görüntüde; sol submandibular bölgede, submental alandan başlayıp ramus mandibula düzeyine uzanan submandibular bezi deplase eden cidarsal ve septal kontrast tutan lobüle konturlu hiperintens kistik lezyon izlenmektedir.

Servikal cerrahi yaklaşımla sublingual gland (tükürük bezi) ve ranula total olarak çıkarıldı. İki yıllık takipte hastada herhangi bir nüks saptanmadı.

Histopatolojik incelemede müsinöz materyalle dolu boşlukları çevreleyen, histiositlerle döşeli granülasyon dokusu alanları içeren mukus ekstravazasyon kisti izlendi. Operasyon sonucu PR tanısı konulan hastanın iki yıllık takibinde nüks izlenmedi.

Tartışma

Ranulalar, mukus ekstravazasyonu ile oluşan retansiyon kistleri olup esas olarak sublingual tükürük bezinin hastalığıdır. Histolojik olarak gevşek ve vaskülarize bağ dokusundan ibaret bir yalancı kist duvarı ve müsin içeren santral kistik boşluktan oluşurlar^{3,4}. Etiyolojisinde travma, konjenital anomaliler ve sublingual tükürük bezi hastalıklarının rol oynayabileceği düşünülmektedir⁵.

Plunging ranulanın tanısı ağız içinde görülen ranula komponenti yoksa güç olmaktadır. Bununla birlikte sublingual tükürük bezi kökenli, boyutları yavaşça artan fakat fluktuasyon veren ve iğne aspirasyonunda koyu kıvamlı müküs olan servikal kitlelerde PR şüphesi çok kuvvetlidir. PR kist sıvısının tetkikinde sublingual gland (tükürük bezi) sekresyonuna benzer olarak yüksek seviyelerde tükürük amilazı ve proteini saptanmaktadır. Ayırıcı tanıda, yerleşim yerine bağlı olarak brankiyal yarı kisti, Wharton kanalı kistleri, dermoid epidermoid inklüzyon kistleri, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, larengosel, apseler, lenfadenopati, hemangiom, lenfangiom, lipom ve tükürük bezi tümörleri gibi birçok lezyon göz önünde bulundurulmalıdır⁶. PR'nin klinik ve radyolojik olarak boynun diğer kitlesel lezyonlarını taklit edebilmesi nedeniyle histopatolojik inceleme doğru tanıda önemli bir yere sahiptir.

Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG kitlenin lokalizasyonunu tam olarak ortaya koymakta ve ayırıcı tanıya yardımcı olmaktadır. BT ve MRG'de, PR karakteristik olarak submandibüler mesafeden sublingual mesafeye uzanım gösteren (kuyruk belirtisi) kistik lezyon olarak saptanırlar^{7,8}. Bizim hastamızın MRG'sinde kistin boyutları ve lokalizasyonu tam olarak saptanmış ve kuyruk belirtisi görülmüştür.

Ranulanın tedavisinde basit eksizyon, marsüpiyalizasyon ve intraoral eksizyon veya servikal yaklaşımla ranula ve sublingual tükürük bezinin eksizyonu gibi çeşitli cerrahi yaklaşımlar bulunmaktadır^{9,10}. Yetersiz eksizyon sonrası yüksek nüks oranı ve olası cerrahi komplikasyon riskinden dolayı skleroterapi gibi yeni tedavi seçenekleri de literatürde bildirilmektedir. Buraya referans vermekte yarar var. Bizim vakamızda servikal yaklaşımla sublingual gland ve ranula total olarak çıkarıldı. İki yıllık takipte hastada herhangi bir nüks saptanmadı.

Sonuç olarak, PR nadir görülen bir hastalık olup boyun kitlesi ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda PR de düşünülmesi ve tedavi buna göre planlanmalıdır. Rekürrens sık görüldüğünden hastaların uzun süreli takip edilmeleri gerekmektedir.

Referanslar

1. Macdonald AJ, Salzman KL, Harnsberger HR. Giant ranula of the neck: differentiation from cystic hygroma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2003;24:757-61.
2. Anastassov G E, et al. Submandibular gland mucocele: diagnosis and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89(2): 159-63.
3. Quick CA, Lowell SH. Ranula and sublingual salivary glands. *Arch Otolaryngol.* 1977; 103(7): 397-400.
4. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1988; 97(5 Pt 1): 561-2.
5. 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.
6. Çankaya H, Kutluhan A, Kırığ M, içli M. Basit ranula: Olgularımız ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2001;8:128-30.
7. 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.
8. Coit WE, et al. Ranulas and their mimics: CT evaluation. *Radiology.* 1987; 163(1): 211-6.
9. Ortakoğlu Y , Şençimen D , Büyükkurt D , Altuğ D . Sublingual Ranula (Olgu Sunumu). *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2006; 2006(Supplement 1): -.
10. Crysedale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulasmucocele of the oral cavity: Experience in 26 children. *Laryngoscope.* 1988; 98: 296.