

Pediyatrik plunging ranula ve ağız yolu yaklaşımıyla cerrahi tedavisi: Olgu sunumu

Pediatric plunging ranula and its surgery with transoral approach: a case report

Dr. Ahmet Eyibilen, Dr. İbrahim Aladağ, Dr. Mehmet Güven

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Plunging ranula, boyunda fluktuasyon veren bir kitle olarak ortaya çıkan nadir bir olgudur. Çocukluk döneminde daha nadir görülür. Genellikle sublingual bezden kaynaklanan ranula, submandibüler alan ve komşu boyun bölgelerini etkilediğinde plunging ranula ismini alır. Cerrahi tedavisinde farklı yöntemler uygulanmaktadır. Bu makalede beş yaşında kız çocuğunda ağız yolu yaklaşımıyla aynı taraf sublingual bezle birlikte tamamen çıkarılan plunging ranula olgusu sunuldu. Ameliyat sonrası dört yıllık izlemde herhangi bir yineleme görülmedi.

Anahtar Sözcükler: Ranula; rekürrens; sublingual bez.

The plunging ranula is an uncommon condition which presents itself as a fluctuating swelling in the neck. It is less frequent during childhood. The ranula, which is usually originated from sublingual gland, is called the plunging ranula when it affects the submandibular space and adjacent structures in the neck. There are a lot of different methods used in surgical treatment. In this study, we present a plunging ranula case which was performed by excision of the pseudocyst and ipsilateral sublingual gland with transoral approach in a five-year-old girl. There has been no recurrence in four-year follow-up period.

Key Words: Ranula; recurrence; sublingual gland.

Ranula ağız tabanında submukozal yerleşimli mavimsi refle veren kistik bir lezyondur. Çoğunlukla sublingual tükürük bezinden kaynaklanır. Ranula mukus retansiyon kisti olarak ya da daha sık görülen şekliyle mukusun tükürük bezi kanalından dışarı sızması sonucu ortaya çıkar. Klinik olarak ranulanın iki tipi tanımlanmıştır; oral ranula (basit) ve servikal (plunging) ranula. Plunging ranula daha nadir görülür ve boyun kitlesi olarak ortaya çıkar.^[1-5]

Basit ranula tedavisinde doğal olarak ağız içinden cerrahi yaklaşım uygulanır. Plunging ranulada ise kitle, çoğunlukla boyundan yapılan kesi ile çıkarılmaktadır. Her iki yaklaşımın da bazı dezavantajları vardır, bunlar; boyun yaklaşımında fasyal sinirin marjinal submandibüler dalının hasarlanma riski ve deride kesi izi oluşması; ağız yoluyla yaklaşımda ise Wharton kanalının ve lingual sinirin zedelenmesi ile daha dar bir görüş alanı elde edilmesi olarak sayılabilir.^[1-4]

Geliş tarihi / Received: 2 Şubat 2007 Kabul tarihi / Accepted: 23 Ağustos 2007

İletişim adresi / Correspondence: Dr. Ahmet Eyibilen. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, 60100, Tokat, Turkey.

Tel: +90 356 - 212 17 46 / 1242 Faks (Fax): +90 356 - 213 31 79 e-posta (e-mail): aeyibilen@yahoo.com

28. Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur, 21-26 Mayıs 2005, Antalya (Presented at the 28th Turkish National Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, May 21-26, 2005, Antalya, Turkey).

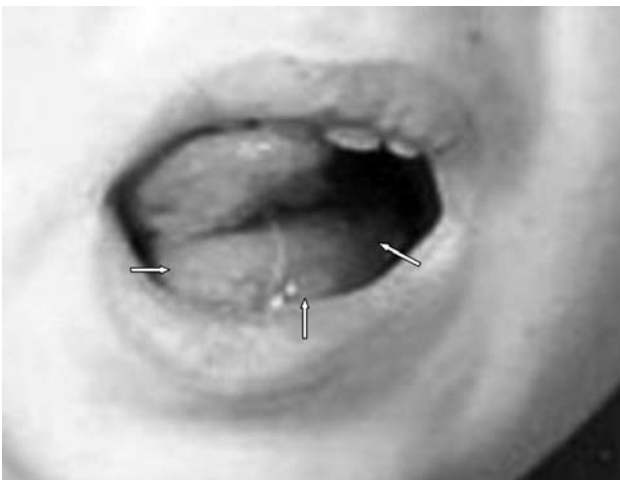
Beş yaşında plunging ranulası olan bir kız çocuğunda ağız yolu yaklaşımı uygulanarak kist ve aynı taraftaki sublingual bez tamamen çıkarıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde ve dört yıllık izlem sonunda herhangi bir komplikasyon ve yinleme görülmedi.

OLGU SUNUMU

Beş yaşında kız çocuğu ağız tabanında bir kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu. Ailesi kitleyi ilk kez üç ay önce farketmişti. Aileden alınan öyküye göre, kitlenin boyutu bu zaman içinde daha da büyümüştü. Hastanın geçmişinde travma ya da enfeksiyon gibi predispozan faktör yoktu. Muayenesinde ağız tabanında solda mavimsi refle veren submukozal yerleşimli bir kitle saptandı (Şekil 1). Kitlenin boyunda fluktuasyon verdiği gözlemlendi. Kitlenin uzunluğu yaklaşık olarak 37 mm olarak ölçüldü, dili sağa ittiği ve dilde hareket kısıtlılığına yol açtığı izlendi. Bilgisayarlı tomografide ağız boşluğunda milohiyoid kası geçip submandibüler alana doğru uzanan kistik yapıda, düzgün sınırlı bir kitle görüldü (Şekil 2). Ameliyat sonrası patolojik incelemede plunging ranulanın kist duvarı epitel içermiyordu ve yalancı kist yapısındaydı.

Cerrahi yöntem

Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Öncelikle iki taraflı Wharton kanalının ağzında çevresel olarak 5 mm çaplı mukozal kesi yapıldı. Submandibüler bez kanalı, duktuslara hasar vermemek ve geniş görsel alan sağlamak için, kesiler serbestleştirildi ve yeri değiştirildi (Şekil 3). Çünkü kist oldukça büyüktü ve submandibüler bez kanallarını yana ve öne itmişti. Kist boyunca



Şekil 1. Ağız tabanında solda mavimsi refle veren submukozal yerleşimli bir kitle (küçük oklar).

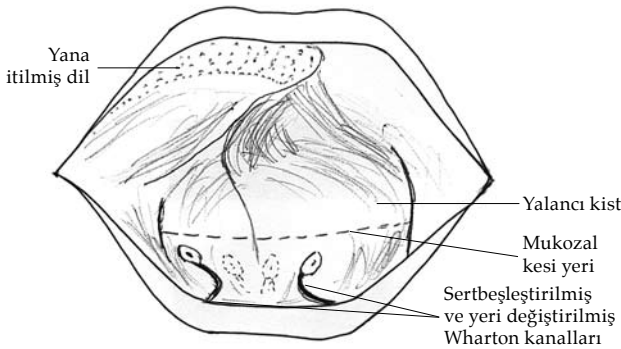
mukozal kesi yapıldı (Şekil 3). Ameliyat sahasında görüşü artırmak için kist içeriğinin bir kısmı aspire edildi. Kistin hacmi azaltıldıktan sonra kist içeriğinin tamamen akmasını önlemek amacıyla kist duvarında oluşturduğumuz açıklık hassas bir klempile tutuldu. Her iki taraftaki lingual sinir tanındı. Sol lingual sinirin kist duvarına yapışık olduğu gözlemlendi. Dikkatlice kesip ayırdıktan sonra sol sublingual bez ve ranula tamamen çıkarıldı. Ameliyat sahası izotonik serumla yıkandı, sublingual bez artığının kalıp kalmadığı kontrol edildi. İki taraflı serbestleştirilip yeri değiştirilen Wharton kanallarına yeniden yön verilerek ağız tabanına emilebilir dikiş materyaliyle dikildi. Mukozal kesi aynı materyalle dikilip ameliyat sonlandırıldı.

TARTIŞMA

Ranula sıklıkla sublingual bezden kaynaklanır. Bunun nedeni sublingual bezin sindirim zamanı dışında da salgı yapması olabilir. Diğer büyük tükürük bezleri (parotis ve submandibüler bezler) ise sindirim sırasında salgı yaparlar.^[1] Ranulanın gelişimin-



Şekil 2. Bilgisayarlı tomografide ağız boşluğunda milohiyoid kası geçip submandibüler alana doğru uzanan kistik yapıda, düzgün sınırlı bir kitle görünümü (büyük oklar).



Şekil 3. Ameliyat şeklinin şematik çizimi. Submandibüler bez kanalları serbestleştirilip, yeri değiştirilmiş ve mukozal kesi yeri gösterilmiştir.

de mukusun retansiyonu ya da mukusun ekstravazyonu rol oynar. Yapılan çalışmalarda herhangi bir nedenle tıkanan bez kanalında devam eden salgıyla asinüs kanallarının yırtılıp salgının kanal dışında biriktiği gösterilmiştir.^[1,4,5] Biriken salgının çevresi bağ dokusuyla sarılarak salgı sınırlandırılır ve kistik bir yapı oluşur. Oluşan yapıya, duvarında epitel yok ise yalancı kist, epitelle çevrildiğinde ise gerçek kist ya da kısaca kist adı verilmektedir.^[4]

Ağız tabanında milohiyoid kas anatomik bir bariyer görevi görmektedir. Gerçekte bu kas tam bir bariyer değildir. Submandibüler bezin derin lobu arka kısımda hiyoglosus ve milohiyoid kas arasına doğru uzanır ve burasının tükürük için bir geçiş yolu olma ihtimali bulunmaktadır.^[1,3] Kadavra çalışmalarında milohiyoid kasın kendisinde kasın üçte ikilik ön kısımda ve daha çok da yan yerleşimli anatomik açıklıklar olduğu gösterilmiştir.^[6,7] Bu açıklıklar kanal dışına çıkan salgının bir yolu olabilmektedir.^[1,7] Kadavra çalışmalarında bu açıklıkların %36-45 arasında olduğu bildirilmiştir.^[6,7]

Plunging ranulanın ağız içinde görünen kısmı varsa tanısı kolaydır. Ancak yalnızca boyun kitlesi olarak ortaya çıktığında diğer selim boyun kitlelerinden ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^[1] Plunging ranula, hastaların %45'inde ağızda, %34'ünde hem ağız hem de boyunda, %21'inde ise yalnızca boyunda kitle şeklinde görülür.^[8] Görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme boyun uzanımını göstermek ve diğer boyun kitlelerinden ayırmanın yapılması için gerekebilir. Kistin içinden aspire edilen sıvıda amilaz bulunması tanıda yardımcıdır. Fakat bu yöntemler eğer ranula yalnızca boyun kitlesi olarak ortaya çıkmış ise gerekebilir. Ağız içinde görünüm varsa tanı daha kolaydır.^[1-3]

Ranulanın tedavisi için birçok yöntem önerilmiştir. Bunlar arasında marsupiyalizasyon, yalnızca kistin çıkarılması; kriyocerrahi, kist ile aynı taraf sublingual bezin çıkarılması sayılabilir.^[1-5] Pandit ve Park^[2] çocukluk döneminde görülen ranulalarda spontan rezolüsyon nedeniyle beş ay beklemeyi önermişlerdir. Onlara göre bu süre rezolüsyon için yeterliydi ve ondan sonra cerrahi planlanmalıydı. Ancak bu çalışmada ranulalar basit tipteydi.^[2] Marsupiyalizasyon kolay ve sıkça kullanılan bir yöntemdir ve %60'a varan yüksek yineleme oranı vardır.^[4] Ağızlaştırılan kısma diren kensa da yineleme olasılığı yine de yüksektir. Ayrıca marsupiyalizasyondan sonra oluşan kesi izi plunging ranulaya zemin hazırlayabilir.^[9] Kriyocerrahi de ranulaların tedavisinde kullanılmaktadır. Kriyocerrahi sonrasında %15 oranında yineleme bildirilmiştir. Araki^[5] marsupiyalizasyondan sonra kriyocerrahi önermektedir. Ancak donmanın tükürük bezi dokusuna etkisi tam bilinmemektedir bununla birlikte, lingual sinir üzerine olumsuz etkisi de olasıdır.^[2,4] Plunging ranula tedavisinde bildirilen en az yineleme kistin ve aynı taraf sublingual bezin çıkarılmasıdır.^[1,3,4,10] Çünkü bu yöntem sonucunda o tarafta tükürük salgılayacak bir doku kalmamaktadır.^[4] Biz bu nedenle kist ve sublingual bezin tamamen çıkarılmasını tercih ettik.

İchimura ve ark.^[1] en güvenilir tedavi şeklinin servikal yolla kistin ve aynı taraf sublingual bezin çıkarılması olduğunu söylemişlerdir. Servikal yaklaşımla marjinal mandibüler sinirin etkilenmesinin az olduğunu, ancak bunun çoğu kez geçici olduğunu belirtmişlerdir.^[1] Davison ve ark.^[11] ağız yolu yaklaşımıyla kistin aspire edilmesinin ve aynı taraf sublingual bezin de çıkarılmasının güvenli bir yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir. Kobayashi ve ark.^[3] ise kist aspire edildikten ve sublingual bez alındıktan sonra ameliyat sahasının rijit teleskopla muayenesinin sublingual bez artığı kalma olasılığını ortadan kaldıracığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada altı olgunun yalnızca birinde plunging ranulanın oral görünümü olduğu ve herhangi bir yineleme olmadığı bildirilmiştir.

Bu yazıda sunulan olguda plunging ranulanın ağız tutulumu ağırlıktaydı. Yalancı kist sağ sublingual bezi ve dili sağa itmişti. Wharton kanalı iki tarafta da öne ve yana itilmişti. Öncelikle Wharton kanallarını zedelememek için kanallar serbestleştirildi, böylelikle daha güvenli ameliyat sahası elde edilmiş oldu. Kistin tamamının boşaltılması tercih edilmedi. Çünkü ileri derecede büyümüş olan kistin bası etkisiyle sol sublingual bezin yapısının bozulmuş olması muhtemeldi. Bu da oryantasyonu

bozarak tükürük bezinin tam çıkartılmasını engelleyebilir ve artık doku kalabilirdi. Kist hacminin yeterli miktarda azaltılmasıyla lingual sinir hasarını da önlemiş olduğumuza inanıyoruz. Sol lingual sinir kist arka duvarına yapıştı, fakat dikkatli diseksiyonla sinirde bir hasar oluşturulmadı.

Plunging ranulanın tedavisinde en güvenli yöntem kistle birlikte aynı taraf sublingual bezin çıkarılmasıdır.^[1,3,4,10] Servikal yaklaşım ameliyat için daha geniş bir görüş sahası sağlar.^[1] Ancak marjinal mandibüler sinirin zedelenme riski ve deride kesi izi oluşması estetik açıdan tekniğin dezavantajıdır. Aynı işlem kistin tamamı ya da bir kısmı boşaltılarak daha güvenli bir şekilde ağız içinden de uygulanabilir. Ağız yolu yaklaşımında dezavantaj olarak bildirilen Wharton kanalı ve lingual sinirin hasarlanma riski, Wharton kanalının serbestleştirilip yerinin değiştirilmesi ve sinirin dikkatli kesilmesiyle ortaya konmasıyla azaltılabilir.^[2] Ağız yolu yaklaşımıyla kist ve aynı taraf sublingual bezin çıkarılması, servikal yolla yapılan işlemle aynı yineleme oranına sahiptir.^[12] Biz, çocukluk çağı plunging ranulalarında da ağız yolu yaklaşımıyla kistin ve aynı taraf sublingual bezin çıkarılmasının güvenli ve etkili bir yöntem olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Ichimura K, Ohta Y, Tayama N. Surgical management of the plunging ranula: a review of seven cases. *J Laryngol Otol* 1996;110:554-6. .
2. Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:115-8.
3. Kobayashi T, Ochi K, Komatsuzaki Y, Sugiura N, Saito S. Blanket removal of the sublingual gland for treatment of plunging ranula. *Laryngoscope* 2003;113:386-8.
4. Yoshimura Y, Obara S, Kondoh T, Naitoh S. A comparison of three methods used for treatment of ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:280-2.
5. Araki H. An experimental study of oral mucous cyst formation. *Jpn J Oral Maxillofac Surg* 1987;33:467.
6. Engel JD, Harn SD, Cohen DM. Mylohyoid herniation: gross and histologic evaluation with clinical correlation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:55-9.
7. Gaughran GRL. Mylohyoid boutonniere and sublingual bouton. *J Anat* 1963;97:565-8.
8. Langlois NE, Kolhe P. Plunging ranula: a case report and a literature review. *Hum Pathol* 1992;23:1306-8.
9. Schow SR. Discussion. A comparison of three methods used for treating ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:283.
10. Yaman H, Arbağ H, Cenik Z, Öztürk K, Toy H. Bilateral ranula in an elderly patient: a case report. *KBB-Forum* 2006;5:41-3.
11. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck* 1998;20:63-8.
12. Parekh D, Stewart M, Joseph C, Lawson HH. Plunging ranula: a report of three cases and review of the literature. *Br J Surg* 1987;74:307-9.