

OLGU SUNUMU

PLUNGING RANULA

PLUNGING RANULA

Dr. Sedat ÖZTÜRKCAN (*), Dr. Tanfer KUNT (*), Dr. Handan AKER (),
Dr. Suphi MÜDERRİS (*), Dr. Yüksel KAPLAN (*)**

ÖZET: Ranulalar sublingual veya minör tükürük hederinden saliva retansiyon veya ekstrasazyonu sonucu gelişen kistlerdir. Ranulann süperfisial veya oral ranula ve servikal veya plunging ranula şeklinde iki ayrı klinik formu tanımlanmıştır. Plunging ranula myolohyoid addeden fıtıklaşarak submandibuler bölgeye ve boyuna doğru büyüyerek gelişir. Oldukça nadir görülen plunging ranula genellikle sublingual tükürük bezinden kaynaklanır. Plunging ranulanın tedavisi lezyonun etyopatogenezinine dayanır, çünkü etyolojik yanlışlık uygun olmayan tedavi ve rekürrense yol açabilir.

Anahtar Sözcükler: Plunging ranula, Müköz retansiyon kisti, Sublingual gland.

SUMMARY: Ranulas are cysts resulting from retention or extravasation of saliva from the sublingual or minor salivary gland. Two clinical varieties of the ranula have been described, the superficial or oral ranula and cervical or plunging ranula. The plunging ranula is herniated through the mylohyoid muscle and presents as a swelling in the submandibular region and the upper part of the neck. Plunging ranula is a very rare disease, usually occurs from sublingual salivary gland. The treatment of plunging ranula is based on the pathogenesis of the lesion, because the aetiological misconceptions can result in inappropriate treatment and recurrence.

Key Words: Plunging ranula, Mucous retention cyst, Sublingual gland.

GİRİŞ

Plunging Ranula (PR) 19- yüzyıl sonlarında kabul edilmiş ve oldukça nadir görülen müköz ekstrasazyon veya retansiyon kistidir (1, 11, 13). Kist sadece ağız tabanında ise "Ranula" olarak, myolohyoid addeden fıtıklaşarak submandibuler bölgede ve boyunda şişlik yapmış ise "Plunging Ranula" olarak adlandırılır (4, 6, 13). PR bazen hiç oral komponenti olmadan çene altında veya boyunda bir şişlik olarak gelişebilir ve kesin tanı koydurucu bir testi olmadığından tanı oldukça güçleşir (8,13).

Kliniğimizde ilk kez karşılaştığımız bir PR vakası nedeniyle, çok nadir görülen ve uygun tedavisi yapılmadığında sıklıkla nüks edebilen bu klinik antiteyi tanı kriterleri, histopatolojisi ve tedavisi açısından literatürü gözden geçirerek sunmayı uygun gördük.

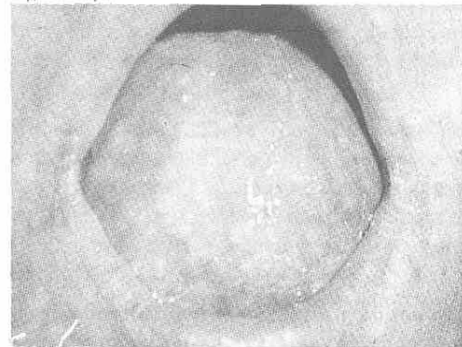
OLGU

Bayan hasta, 16 yaşında, dil altında doğuştan beri giderek büyüyen şişlik ve konuşma bozukluğu yakınması ile başvurdu. Muayenede submental bölgede yumuşak kıvamlı büyük bir kitle görülüyordu (Resim 1). Hasta ağızı açıp dilini yukarı doğru kaldırınca tüm sublingual bölgeyi kaplayan oral mukoza ile aynı renkte fluktuan bir kitlenin ortaya çıktığıdır (Resim 2) ve bu sırada da submental bölgedeki şişliğin kaybolduğu görüldü. Rutin laboratuvar testlerinde herhangi bir anormallik yoktu. CT'de sublingual bölgede ağız tabanını anteriorda tamamen kaplayan düzgün konturlu hipodens 6x6 cm. boyutlarında bir kitle ve bunun sağ postrolateralinde bununla bağlantılı olduğu düşünülen 2x2 cm. lik ikinci bir kitle görüldü (Resim 3). Genel anestezi altında intraoral yaklaşımla kistik yapı kolayca çevre dokulardan diseke edilerek total olarak çıkartıldı (Resim 4). Mikroskopik incelemede (Pat. Prot. No: 629/95) kistik ya-

pıyı döşiyen epitelin genellikle çift sıralı silindirik duktal tipte olduğu ve bir alanda squamöz metaplazinin yer aldığı tespit edildi (Resim 5, 6). Bu bulgular ile PR olarak rapor edildi. Yapılan aylık kontrollerde nüks olmadığı ve hastanın konuşmasında belirgin düzelme olduğu gözlemlendi.



Resim 1: Olgumuzun submental bölgedeki şişliğinin yandan görünüşü.

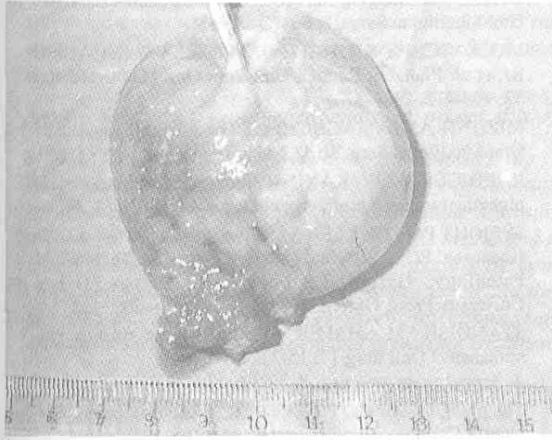


Resim 2: Sublingual bölgeyi tamamen dolduran kitlenin ağız açıldığında dilin yukarı kaldırılmasıyla ortaya çıkan görüntüsü.

(*) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB* , Patoloji**
Anabilim Dalı SİVAS.



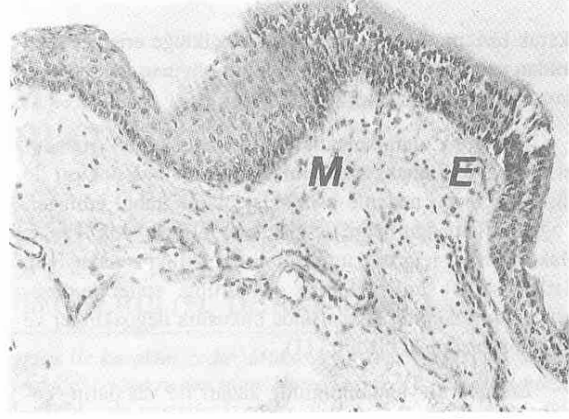
Resim 3: Kitlenin CT görüntüsü.



Resim 4: Operasyon sonrası kitlenin makroskobik görünümü.



Resim 5: Sağda kistik yapıyı döşeyen çift sıralı silindirik duktal epitel (E), solda metaplazi (M), epitel altında iltihabi hücreler ve kapiller proliferasyon (K), daha derinlerde müköz bez grupları (B) ile dile ait çizgili kas demetleri (C) izlenmektedir (HE, x 10).



Resim 6: Daha büyük büyütme ile sağda kist duvarında silindirik epitel (E) ve solda metaplazik çok katlı yassı epitel (M) görülmektedir (HE, x 25).

TARTIŞMA

PR daha çok ikinci ve üçüncü dekatlarda görülür ve kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla rastlanır (6). Ağrısız, flüktuan, yumuşak bir kitle en sık görülen semptomlardır (8). Kesin tanı koydurucu bir test olmadığı için tanısı öyküye, submandibular bölgede giderek büyüyen flüktuan bir şişlik olmasına ve kist sıvısının analizine dayanır (13).

Konjenital, inflamatuvar ve neoplastik pek çok patoloji submandibular bölgede kistik lezyonlara neden olabilir (5). Bu patolojiler arasında kistik higroma, branşial kist, tiroglossal kanal kisti, dermoit kist, laryngosel, inflamatuvar hadiseler, lenfadenopati, benign veya malign neoplaziler, arteriovenöz malformasyonlar, kavernöz hemangioma, submandibular gland hastalıkları sayılabilir (4, 5, 7, 9, 13). PR'nın bu patolojilerden ayırd edilmesinde CT güvenilir bir test aracıdır (4,5).

PR içindeki sıvının analizi, sublingual bez sekresyonuna çok benzer şekilde yüksek konsantrasyonda protein içerdiğini göstermiştir. Submandibular sialografide hiçbir anormallik görülmez. Submandibular glandın çıkartıldığı PR vakalarında rekürrensler görülürken, sublingual glandın çıkartıldığı PR vakalarında rekürrens bildirilmemiştir. Yukarıda sayılan sebeplerden dolayı PR'nın sublingual bezden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (4, 10).

PR'nın gelişimi hakkında cerrahi travmalar (1), aberran bir kanalın varlığı (10), sublingual bezin myolohyoid adeledeki hiatusun içine doğru yer değiştirmesi (1) gibi pek çok etyopatogenetik mekanizma ileri sürülmüştür. Kanal tıkanınca önce dilatasyon arkasından da sekresyonun retansiyonu olur ve kist yeterli büyüklüğe erişince myolohyoid adeledeki anatomik zayıflıklardan veya hiatusun fıtıklaşarak submandibular bölgeye doğru büyümeye devam ederek müköz retansiyon kisti gelişebilir ya da kanal tıkanıldıktan sonra rüptüre olur ve sekresyon çevre yumuşak doku içine

akarak birikmeye başlayıp yeterli büyüklüğe erişince aynı yoldan submandibuler bölgeye doğru büyürse müköz ekstravazyon kisti gelişir (3, 12).

Histolojik olarak müköz ekstravazyon kistleri endotel veya epitel tabakasının olmadığı fibröz bağ dokusu ile dōşelidir ve bu nedenle psodokist olarak kabul edilirler. Yoğun inflamatuvar hücre ve makrofaj infiltrasyonu vardır. Makrofajların içi mukus ile doludur. Müköz, retansiyon kistleri ise çift sıralı silendirik duktal tipte epitel ile dōşelidir, nadiren epitel tabakasında onkositik değişiklikler ve skuamöz metaplazi olabilir (11).

Literatürde bulabildiğimiz kadarı ile vakaların çoğunda kist duvarında epitel tabakasının olmadığı ve fibröz bağ dokusu ile dōşeli olduğu bildirilirken (4, 6, 9, 13), sadece bir vakada kist duvarının epitel ile dōşeli olduğu bildirilmiştir (2). Sunduğumuz vakada kist duvarının çift sıralı silendirik duktal epitel ile dōşeli olması ve skuamöz metaplazinin görülmesi vakamızdaki PR'nın müköz retansiyon kisti olduğunu göstermektedir. Ayrıca, retansiyon kistlerinin sublingual bölgedeki minör tükrük bezlerinden de kaynaklanabileceği göz önüne alınırsa, vakamızdaki kistin çıkartılmasından sonra rekürrens gelişmemesi PR'nın sadece sublingual bez kaynaklı olmadığı olasılığını akla getirmektedir ki bu da vakamızda sublingual bez çıkartılmadığı halde rekürrens gelişmemesini açıklayabilir.

PR'nın tedavisi halen tartışmalı olup tam bir kür elde etmek için çoğunlukla birden fazla cerrahi girişimin gerektiği ve sublingual bezin çıkartıldığı vakalarda en yüksek başarı oranının elde edildiği bildirilmektedir (1,4, 6, 8). Bugün için, rekürrenslerin olmaması ve daha kolay bir yöntem olması nedeni ile intraoral yaklaşımla kistin drenajı ve sublingual bezin çıkartılması en iyi tedavi olarak daha çok kabul görmekte (2, 7, 9, 13) ise de bizim vakamızda olduğu gibi müköz retansiyon kisti vakalarında intraoral olarak sadece kistin çıkartıldığı ve rekürrens görülmediği Bernard ve arkadaşları tarafından da bildirilmiştir (2).

Yazışma Adresi: Dr. Sedat ÖZTÜRKCAN

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp
Fakültesi KBB Anabilim Dalı,
SİVAS.

KAYNAKLAR

- 1-van den AKKER HF, BAYS RA, BECKER AE: Plunging or cervical ranula-review of literature and report of four cases. J Maxillofac Surg 6: 286- 293, 1978.
- 2-BARNARD NA: Plunging ranula: A bilateral presentation. BrJOralMaxillofacSurg29: 112-113, 1991.
- 3-CATONE GA, MERRILL RG, HENNY FA: Sublingual gland mucus-escape phenomenon: treatment by excision of sublingual gland. J Oral Surg 27: 774-786, 1969.
- 4-CHARNOFF SK, CARTER BL; Plunging ranula: CT diagnosis. Radiology 158: 467- 468, 1986.
- 5-COIT WE, RIC HARNBERGER H, OSBORN AG, et al: Ranulas and their mimics: CT evaluation. Radiology 1630 221-216, 1987.
- 6-LANGLOIS NEI, BCHIR MB, KOLHE P: Plunging ranula: A case report and a literature review. Human Pathology 23: 1306- 1308, 1992.
- 7-LYALL JB: Plunging ranula: An unusual presentation. Br J Oral Maxillofac Surg 27: 60- 62,1989.
- 8-MCCLATCHEY KD, HALEY-APPELBLATT NH, ZARBO RI, et al: Plunging ranula Oral Surg Oral Pathol 57:408-412, 1984.
- 9-MIZUNO A, YAMAGUCHI K: The plunging ranula. İnt J Oral Maxillofac Surg 22: 113-115, 1993.
- 10-ROEDIGER WEW, KAY S: Pathogenesis and treatment of plunging ranulas, Surg Gynecol Obstet 144: 862-864, 1977.
- 11-SPEIGHT PM, TINKLER S: Salivary cysts. McGee JO'd, in Isaacson PG, Wright NA (Eds), Oxford Textbook of Pathology, Oxford Textbook of Pathology, Oxford University Press, Oxford, 1992. Vol 2a, pp. 1070.
- 12- STANDISH SM. SHAFER WG: The mucus retention phenomenon. J Oral Surg 17: 15-22, 1959.
- 13- de VISSCHER JGAM, van der WAL KGH, de Vogel PL: The plunging ranula: Pathogenesis, diagnosis and management. J Craniomaxillofac surg 17: 182-185, 1989.