

# Servikal (Plunging) Ranula: Olgu Sunumu\*

C. Özcan, M. Ünal, K. Görür

## Cervical (Plunging) Ranula: A Case Report

Ranula is a mucocoele, usually unilateral, located in the floor of the mouth. Cervical ranula or known also plunging ranula is a mucous extravasation pseudocyst arising from the sublingual gland and presents as a swelling in the neck. It is commonly seen in young adult, although reported age range is 2 to 61 years. The etiology of the ranula is unknown but has been described in association with congenital anomalies, trauma, and disease of sublingual gland. Computerized tomography scanning and magnetic resonance imaging can be useful in determining the origin and extend of the lesion, but sialography and ultrasound provide minimal information. Because a correct pre-operative diagnosis of cervical ranula is often difficult, patients usually undergo surgical excision of the cystic mass for both correct diagnosis and therapy. A wide variety of surgical procedures have been undertaken in the therapy of a cervical ranula. In the presence of a cervical mass without swelling of the oral floor, cervical approach must be the method of the choice. We present a ranula case which seen relatively rare and excised via a cervical route in our clinics.

**Key Words:** Salivary glands, plunging ranula, sublingual gland excision.

Türk ORL Arşivi, 2001; 39(1): 47-50

## Özet

Ranula genellikle tek taraflı olarak ağız tabanında yerleşmiş bir mukoseldir. Servikal ranula veya diğer ismiyle plunging ranula ise boyunda şişlikle kendini gösteren, sublingual glanddan gelişen müküs ekstrevasiyon psödokistidir. Sıklıkla genç erişkinlerde görülen bir hastalık olmasına rağmen, iki ile 61 yaşları arasında rapor edilmiştir. Ranulanın etyolojisi bilinmemekle beraber, konjenital anomaliler, travma ve sublingual gland hastalıkları ile beraber tanımlanmıştır. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemesi lezyonun orijini ve yaygınlığını belirlemede faydalı olabilmekte, fakat sialografi ve ultrasonografi minimal bilgi sağlamaktadır. Servikal ranulanın pre-operatif doğru teşhisinin konmasının güç olması sebebiyle hastalar, kistik kitle nedeniyle hem doğru teşhis hem de tedavi için cerrahi eksizyon geçirmektedirler. Servikal ranulanın tedavisi için çok değişik cerrahi müdahaleler yapılmaktadır. Ağız tabanının şişliği olmaksızın, servikal kitle olduğunda tercih edilecek cerrahi yöntem servikal yaklaşım olmalıdır. Göreceli olarak nadir görülmesi nedeniyle kliniğimizde servikal yolla eksize ettiğimiz ranula olgusunu sunduk.

**Anahtar Sözcükler:** Tükürük bezleri, plunging ranula, sublingual gland eksizyonu.

Turk Arch ORL, 2001; 39(1): 47-50

## Giriş

Ranula ağız tabanında yerleşen, sublingual glanddan gelişen, açık mavi renkli, translüsen kistik oluşumdur.<sup>1</sup> Servikal ranula (SR) ya da diğer ismiyle plunging ranula sublingual mesafeyi aşır, submandibüler mesafe ve komşu bölgelere uzanan ekstrevasiyon kisti olarak tanımlanmaktadır. SR genellikle kendisini yutma ve yeme ile ilişkisi olmayan ağrısız, flüktüan karakterde, lateral boyun kitlesi olarak gösterir. En sık olarak submandibüler üçgende yerleşmekte ve ortalama olarak 4-10 cm

Dr. Cengiz Özcan, Dr. Murat Ünal, Dr. Kemal Görür

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

\* Bu olgu 10-13 Ekim 2000 tarihlerindeki Cerrahpaşa Akademik Haftası'nda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

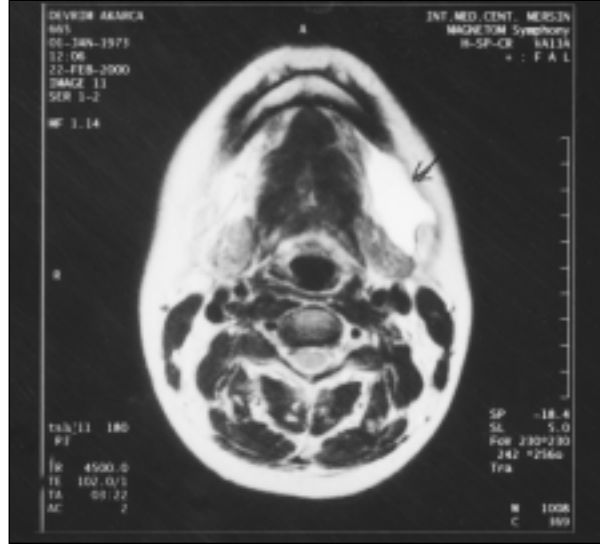
boyutlarında olmakla beraber; süperiorda parafaringeal mesafeye ve kafa tabanına, inferiorda supraklaviküler bölgeye, posteriorda ise retrofaringeal mesafeye uzanabilmektedir. SR iki ile 61 yaşları arasında rapor edilmesine rağmen, genellikle genç erişkinlerde görülmektedir.<sup>2</sup> Otolaringoloji literatüründe 1978 yılına kadar servikal bölgede görülen yalnızca bir ranula olgusu rapor edilmiştir.<sup>3</sup> SR'nın pre-operatif teşhisinin güç konulması nedeni ile, cerrahi hem teşhis hem de tedavi amaçlı olmaktadır. Kliniğimizde pre-operatif klinik bulgular ve manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ile teşhis ettiğimiz ve servikal yolla submandibüler, sublingual gland ve kist eksizyonu yaptığımız bir SR olgusunu sunduk.

### Olgu Sunumu

8 yaşında bayan hasta, 2-3 yıldır sol çene altında oluşan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden çene altındaki şişliğin boyutlarında bir değişiklik olmadığı, bir yıl öncede ağzının sol tarafında bir şişlik fark ettiği ve zaman zamanda konuşma ve yutmasında güçlük olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde iki yıldır epilepsisi nedeniyle Tegretol kullandığı, boyun bölgesine ve ağız içine herhangi bir müdahale yapılmadığı öğrenildi. KBB muayenesinde sol submandibüler bölgede 3x3 cm boyutlarında yumuşak kıvamda kistik kitle palpe ediliyordu. Ağız tabanında ayrıca açık mavi renkli kistik kitle tespit edildi. Kitleye uygulanan ince iğne aspirasyon biyopsisinin sonucu retansiyon kisti olarak rapor edildi. Boyun MR'in da sol submandibüler bez anterolateralinde 4x2.5x3.5 cm boyutlarında kistik lezyon görüldü (Resim 1). Laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Genel anestezi ile servikal yaklaşımla submandibüler, sublingual gland ve kist total olarak çıkarıldı. Histopatolojik inceleme; servikal ranula ile uyumlu kistik oluşum olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası dönemde problemi olmayan hastanın bir yıllık kontrollerinde nüks saptanmadı.

### Tartışma

SR patogenezi ve tedavisi konusu üzerinde süren tartışmalar mevcuttur.<sup>4</sup> Günümüzde SR'nın sub-

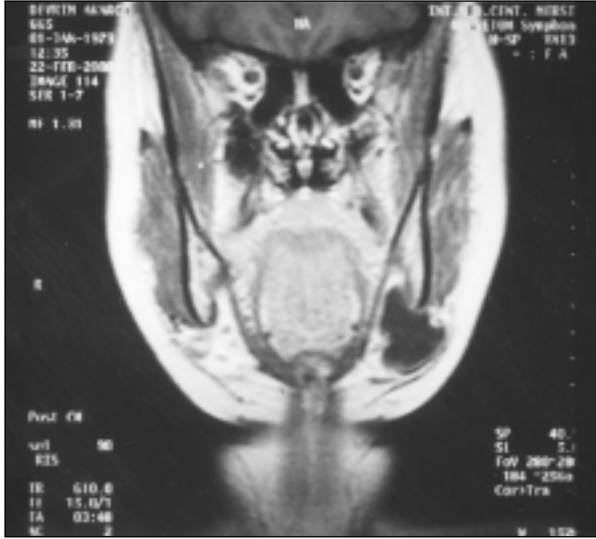


Resim 1. MR koronal kesitte servikal ranula görünümü.

lingual glandın tükürük sekresyonunun aktivasyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Parotis ve submandibüler glandın tükürük salgılamasının daha çok yemek yeme sırasında oluşmasına karşın, sublingual glandın tükürük salgısı yemekler arasındaki dönemde olmaktadır.<sup>5</sup> Sublingual glanddan tükürük ekstrasvasyonu; duktuslardaki obstrüksiyon ve sürekli tükürük akımı sonucu ani gelişen lümen içi basınç artışına duktusların dirençsiz olması nedeniyle rüptüre olması sonucu oluşmaktadır. Duktus anomalileri ile duktus obstrüksiyonun potansiyel sebepleri olan travma ve enfeksiyon ranula gelişiminde rol oynamaktadır.<sup>5,6</sup> SR'ların %44'ünün sebebi iyatrojenik olup, oral ranula eksizyonu girişimlerinden sonra oluşmaktadır.<sup>7</sup> Sublingual glandın total eksizyonu dışında yapılan operasyonlarda yeni oluşan ekstrasvaze tükürük, ağız tabanındaki postoperatif skar nedeniyle ağız içinde birikmekte, birikmiş olan tükürük sublingual ve submandibüler mesafeler arasındaki en zayıf yerlerden boyuna doğru akmaktadır. Müküs ekstrasvasyon yolu submandibüler glandın derin lobu boyunca arkada hyoglossus ve mylohyoid kas boyunca veya direk olarak mylohyoid kas içindeki bir dehisensten olmaktadır.<sup>5,7</sup> Bunun yanı sıra mylohyoid kas altında yerleşmiş ektopik sublingual glanddan gelişen SR olgu sunumu mevcuttur.<sup>8</sup> Olgumuzda ağız tabanı ile ilgili operasyon, enfeksiyon veya eksternal

travma öyküsü olmayıp, epilepsinin oral travma oluşturma riski olabileceği düşünülmüştür.

SR teşhisi ağız içinde görülen ranula komponenti yoksa güç olmaktadır. Bununla birlikte sublingual gland kökenli, boyutları yavaşça artan fakat flük-tüasyon veren ve iğne aspirasyonunda koyu kıvam-lı müküs olan servikal kitlelerde SR şüphesi çok kuvvetlidir. SR kist sıvısının tetkikinde sublingual gland sekresyonuna benzer olarak yüksek seviye-lerde tükürük amilazı ve proteini saptanmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve MR görüntülemesi kitlenin lokalizasyonunu tam olarak ortaya koy-makta, ayırıcı tanıda yanılma olasılıklarını azaltmak-tadır. BT ve MR'da SR karakteristik olarak subman-dibüler mesafeden sublingual mesafeye uzanım gösteren (kuyruk belirtisi) (Resim 2) kistik kitle ola-rak görülürler.<sup>5,9</sup> Bizim olgumuzun MR'ın da kitle-nin boyutları ve lokalizasyonu tam olarak saptan-mış ve kuyruk belirtisi görülmüştür.



Resim 2. MR aksiyel kesitte kuyruk belirtisi görünümü.

Basit eksizyon ve marsupiyalizasyon sonucunda çok sık nüks görülmesi nedeni ile SR'ın tedavisinde bir çok müdahale önerilmiştir. Servikal yolla sublingual gland ve kistin total eksizyonunun en etkili tedavi şekli olduğu bildirilmiştir.<sup>2,4,5</sup> Submandibüler glandın eksizyonu bu yöntemde sublingual glandın ortaya konmasını kolaylaştırmaktadır.<sup>10</sup> Bu sebeple

biz de sublingual beze kolay ulaşabilmek için submandibüler glandı öncelikle çıkardık. Kist kapsülünün epitelyal bir örtüsü olmaması dolayısı ile komplet diseksiyonunun gereksiz olduğu ve marjinal mandibüler sinir paralizi sıklığını azalttığı bildirilmiştir.<sup>2,4,5</sup> Bazı yayınlarda sublingual glandın intraoral eksizyonu ile servikal kistin oral drenajının yeterli olduğu bildirilmiştir.<sup>11</sup> Sublingual glandın çıkarıldığı olgularda nüksün az olduğu bildirilmiştir.<sup>4,5</sup> Özer ve ark.<sup>11</sup> servikal yolla yalnızca kist eksizyonu yaptıkları olgularının altı aylık kontrollerinde nüks rastlamadıklarını bildirmişlerdir. Parekh ve ark.<sup>4</sup> sublingual glandın çıkarılmasından sonra nüks oranını %2 olarak bildirmiştir. Davison ve ark.<sup>2</sup> iki yıl takip ettikleri 15 hastanın ikisinde (%13) nüks saptamışlar ve bu oranın yüksek çıkma nedeni olarak hastaları iki yıldan fazla takip etmelerini göstermişlerdir. Olgumuza servikal yolla submandibüler+sublingual gland ve kist eksizyonu uyguladık ve marjinal mandibüler sinir paralizi gözlemedik. Hastanın bir yıllık takiplerinde nüks gözlenmedi.

Sonuç olarak SR nadir görülen bir hastalık olup, teşhisinde güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Servikal yolla eksizyon tercih edilecek yöntem olmalıdır. Sık nüks görüldüğünden uzun süreli takip gerekmektedir.

#### Kaynaklar

1. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97(5 Pt 1): 561-2.
2. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck* 1998; 20(1): 63-8.
3. Quick CA, Lowell SH. Ranula and sublingual salivary glands. *Arch Otolaryngol* 1977; 103(7): 397-400.
4. 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(4): 307-9.
5. 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.
6. 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.
7. Bridger AG, Carter P, Bridger GP. Plunging ranula: literature review and report of three cases. *Aust NZ 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. Coit WE, Harnsberger HR, Osborn AG, Smoker WR, Stewens MH, Lufkin RB. Ranulas and their mimics: CT evaluation. *Radiology* 1987; 163(1): 211-6.

10. **Maor IWS, Schewitsch I, Svendsen E, ve ark.** Cervical ranula. *J Laryngol Otol* 1979; 93: 623-8.
11. **Roediger WEW, Kay S.** Pathogenesis and treatment of plunging ranulas. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 144: 862-4.

12. **Özer B, Uyar Y, Cenik Z, Güngör S, Eyibilen A.** Servikal mukosel (Plunging ranula): Nadir görülen servikal retansiyon kisti. 24. Ulusal Türk ORL& Baş Boyun Cerrahisi Kongre tutanakları kitabı, Antalya 23-27 Eylül 1997, s. 753-6.

---

**İletişim Adresi: Dr. Cengiz Özcan**  
Palmiye Mab. 1219 Sokak Cem Apt. D: 1/2  
33130 MERSİN  
Tel: (0324) 337 43 00 / 1627-1163  
Faks: (0324) 337 43 05  
e-posta: cengizozcan@hotmail.com