

## KONJENİTAL RANULANIN PRENATAL TANISI

Aytül Çorbacıoğlu ESMER, Recep HAS, Atıl YÜKSEL, İbrahim KALELİOĞLU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

### ÖZET

*Konjenital ranula oral kavite tabanından kaynaklanan ve sublingual veya submandibular bezin kanallarında atrezi ya da kanalizasyon defekti nedeniyle meydana gelen bir mukus retansiyon kistidir. Oral kavitedeki diğer tümörler gibi doğumdan hemen sonra üst solunum yolu obstrüksiyonuna ve buna bağlı olarak hipoksiye yol açabilir. Daha sonraki dönemlerde ise solunum sıkıntısı haricinde konuşma, çiğneme ve yutma fonksiyonlarında bozulma görülebilir. Konjenital sublingual ranulanın prenatal tanısı çok nadirdir ve fetal ultrasonda ağız tabanından kaynaklanan, dili yukarıya doğru iten avasküler ve anekoik kistik kitle olarak görülür. Obstrüksiyona bağlı olarak polihidramniyos gelişebilir ve mide cebi izlenmeyebilir. Ayırıcı tanıda lenfatik malformasyonlar, epulis, epignatus, tiroglossal kanal kisti ve hemanjiyom yer alır. Bu makalede prenatal ultrasonografik inceleme ile ranula tanısı alan bir olguyu sunmaktayız. 31. gebelik haftasında yapılan detaylı fetal ultrasonda oral kavitede 20 x 17 x 15 mm ölçülerinde septasız basit anekoik kistik bir yapı olduğu izlendi. Kistin duvarları düzgün cidarlıydı ve solid komponenti yoktu. Renkli Doppler incelemesinde kist içinde vaskülarizasyon izlenmedi. 38. gebelik haftasında sezaryen ile doğan bebeğin ağızda sublingual yerleşimli 1.5 x 1.5 cm ölçülerinde düzgün cidarlı kistik bir yapı izlendi. Solunum sıkıntısı olmayan bebekte entübasyon ihtiyacı olmadı. Beslenme zorluğundan kaçınmak amacıyla kistik yapı doğumdan hemen sonra aspire edildi. Kistin yerleşimi ve mukoid sıvı içeriği nedeniyle sublingual ranula teşhisi koyuldu.*

**Anahtar kelimeler:** konjenital ranula, prenatal tanı, prenatal ultrason, sublingual ranula,

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 256- 9*

## PRENATAL DIAGNOSIS OF CONGENITAL RANULA

### SUMMARY

*Congenital ranula is a mucous retention cyst which originates from the base of the oral cavity and is caused by sublingual or submandibular canal atresia or canalization defect. As with the other tumors in the oral cavity it may cause upper airway obstruction and hypoxia immediately after delivery. In the following stages of life, apart from the respiratory problems it may cause speech, chewing and swallowing disorders. The prenatal diagnosis of congenital sublingual ranula is very rare, and it presents as an avascular and anechoic cystic mass displacing the tongue upwards on fetal ultrasonography. Polyhydramnios can develop due to the obstruction and stomach may not be visualized. The differential diagnosis includes lymphatic malformations, epulis, epignatus, tyroglossal canal cyst and hemangioma. In this paper, we present a case of ranula which was diagnosed during prenatal ultrasonographic examination. The detailed fetal ultrasound scan performed at the 31th week of gestation revealed a non-septated anechoic cyst in the oral cavity measuring 20 x 17 x 15 mm. The cyst had well-defined regular borders with no solid component. Doppler ultrasonography did not show any vascularization within the cyst. After the delivery at the 38th week of gestation, a sublingual cystic mass with regular borders measuring 1.5 x1.5 cm was detected in the mouth of the neonate.*

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Aytül Çorbacıoğlu Esmem, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul  
Tel: (0542) 311 92 40  
e-posta: aytulcorbacioglu@gmail.com

Alındığı tarih: 26.11.2012, revizyon sonrası alınma: 05.05.2013, kabul tarihi: 05.05.2013, online yayın tarihi: 06.05.2013

*Entubation was not required due to the absence of respiratory distress. In order to prevent difficulties in feeding, the cystic mass was aspirated just after the delivery. A diagnosis of sublingual ranula was made based on the localization and the mucoid consistency of the cyst.*

**Key words:** congenital ranula, prenatal diagnosis, prenatal ultrasound, sublingual ranula

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 4, Pages: 256- 9*

## GİRİŞ

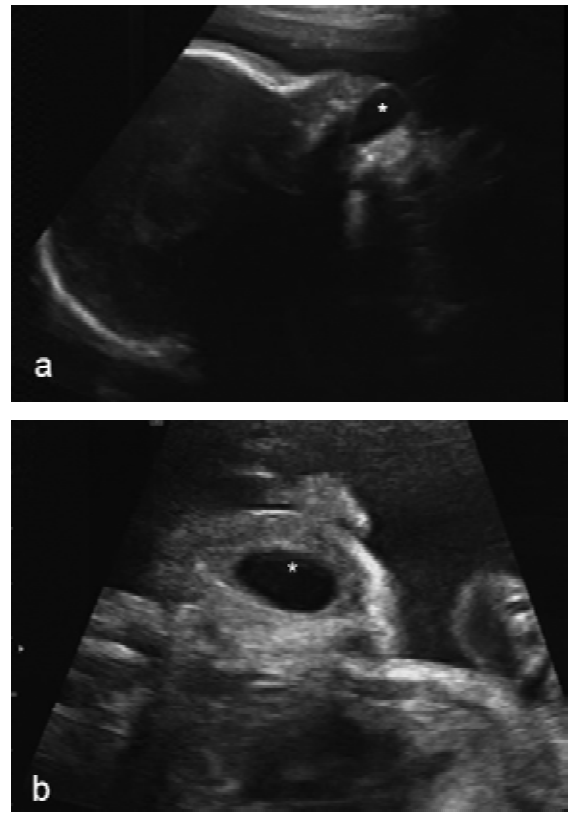
Konjenital ranula yenidoğanda % 0.74 oranında görülen, oral kavite tabanından kaynaklanan ve sublingual veya submandibular bezin kanallarında atrezi ya da kanalizasyon defekti nedeniyle meydana gelen bir mukus retansiyon kistidir<sup>(1,2)</sup>. Ranula oluşumundan kısa bir süre sonra ekskretuar duktusta rüptür gelişir. Bunun sonucunda ekstrasvazyon ve çevre dokularda musinöz yapının birikimi ve sonrasında inflamatuvar reaksiyon ile psödokist oluşumu görülür<sup>(2)</sup>. Oral kavitedeki diğer tümörler gibi konjenital ranula, doğumdan hemen sonra üst solunum yolu obstrüksiyonuna ve buna bağlı olarak hipoksiye yol açabilir. Daha sonraki dönemlerde ise solunum sıkıntısı haricinde konuşma, çiğneme ve yutma fonksiyonlarında bozulma görülebilir.

Prenatal dönemde ranula tanısı çok nadiren koyulmaktadır ve bildiğimiz kadarıyla bugüne kadar literatürde yayınlanmış sadece yedi olgu bulunmaktadır<sup>(1-7)</sup>. Biz de bu makalede 31. gestasyonel haftada prenatal ultrasonografik inceleme ile ranula tanısı alan bir olguyu sunmaktayız.

## OLGU SUNUMU

40 yaşında, gravida 3 para 1 olan gebe, 31. gestasyonel haftada fetal sonografik incelemede oral kavitede kistik bir yapı saptanması nedeniyle kliniğimize refere edildi. Pregestasyonel diyabet haricinde medikal ve obstetrik öyküde özellik yoktu. İleri anne yaşı endikasyonu ile yapılmış olan amniyosentezde karyotipin normal olduğu saptanmıştı. Yapılan detaylı ultrasonografik incelemede ağız sürekli açık olduğu ve oral kavitede 20 x 17 x 15 mm ölçülerinde septasız basit anekoik kistik bir yapı olduğu izlendi (Şekil 1a-b). Kistin duvarları düzgün cidarlıydı ve solid komponenti yoktu. Renkli Doppler incelemesinde kist içinde vasküler yapı izlenmedi. Sublingual yerleşimli ve avasküler olması nedeniyle

en olası tanının konjenital ranula olduğu düşünüldü. Fetal biyometri gebelik haftası ile uyumluydu. Polihidramniyos yoktu ve mide cebi normal büyüklükte idi. Diğer sistemlere ait herhangi bir majör yapısal anomali izlenmedi.



**Şekil 1:** Konjenital ranulayı gösteren 31. gebelik haftasına ait fetal ultrason görüntüsü. (a) Fetal yüzün ve oral kavitede görülen kistin sagittal plandaki görüntüsü (kist yıldız ile gösterilmiştir). (b) Kistin koronal plandaki görüntüsü (kist yıldız ile gösterilmiştir).

38. gebelik haftasında 2760 g ağırlığında Apgar skoru 10/10 olan erkek bebek eski sezaryen endikasyonu ile abdominal yolla doğurtuldu. Doğum sırasında yenidoğan ve otolarenoloji uzmanı ameliyathanede acil müdahale için hazır bulunmaktaydı. Bebeğin ağızında sublingual yerleşimli 1.5 x 1.5 cm ölçülerinde düzgün cidarlı kistik bir yapı izlendi. Solunum sıkıntısı olmayan bebekte entübasyon ihtiyacı

olmadı. Beslenme zorluğundan kaçınmak amacıyla kistik yapı doğumdan hemen sonra aspire edildi. Kistin yerleşimi ve mukoid sıvı içeriği nedeniyle sublingual ranula teşhisi kondu. Bu makalenin yazıldığı tarihte üç aylık olan ve herhangi bir beslenme ve solunum güçlüğü görülmeyen bebekte, kistik yapı tekrar oluşmadı.

## TARTIŞMA

Ranulanın basit (intraoral) ve servikal (plunging) olmak üzere iki farklı çeşidi bulunmaktadır<sup>(3)</sup>. Basit ranula ağız tabanında yer alırken, servikal ranula boynun inframylohyoid kompartmanında bulunur<sup>(3)</sup>. Basit ranula ultrasonda ağız tabanından kaynaklanan, dili yukarıya doğru iten avasküler ve anekoik kistik kitle olarak görülür<sup>(1)</sup>. Obstrüksiyona bağlı olarak polihidramniyos gelişebilir ve mide cebi izlenmeyebilir. Ayırıcı tanıda lenfatik malformasyonlar, epulis, epignatus, tiroglossal kanal kisti ve hemanjiyom yer alır<sup>(3,4)</sup>. Lenfatik malformasyonlar kistik alanların yanı sıra solid yapılar içermesi ve sınırlarının düzensiz olması ile ranuladan ayırt edilmektedir<sup>(4)</sup>. Epulis alveolar sırta görülen kistik bir yapıdır. Tiroglossal kanal kisti ise dilin tabanında foramen çekumdan başlayarak tiroid bezin piramidal lobuna doğru uzanır<sup>(3)</sup>. Olgumuzda lokalizasyonun sublingual olması nedeniyle bu iki tanıdan uzaklaştık. Aynı şekilde damak ve farinks yüzeyinde yer alan selim bir teratom olan epignatusu da sunduğumuz olgudaki kistin aksine kalsifikasyonlar içermesi nedeniyle ekarte ettik<sup>(5)</sup>. Son olarak, olgumuzda renkli Doppler incelemesinde kist içinde akım saptanmaması nedeni ile hemanjiyom tanısını dışladık.

Yayınlanmış olan olgu sunumlarının üçünde, üst solunum yolu obstrüksiyonu nedeniyle ex utero intrapartum tedavi (EXIT) uygulanması, yani umbilikal kord klemplenmeden önce ranulanın aspire edilerek solunum yolunun açılması gerektiği bildirilmiştir<sup>(2,5,6)</sup>. Konjenital diyafram hernisi, trakeal atrezi, servikal teratom ve hemanjiyom gibi büyük fetal boyun kitlelerinde de kullanılan EXIT prosedürü sayesinde solunum yolu açılana kadar plasentanın fonksiyonu devam eder ve hipoksik beyin hasarı engellenmiş olur<sup>(2)</sup>. Solunum yolu obstrüksiyonunun ve acil müdahale gereksiniminin genellikle 4 cm'den büyük kitlelerde görüldüğü düşünülmektedir<sup>(1)</sup>. Bizim olgumuzda da

kitlenin çapının 1.5 cm olması nedeniyle solunum sıkıntısı görülmedi ve EXIT ihtiyacı olmadı. Bunun yanı sıra Pires ve ark. 7 cm çapındaki bir ranulayı prenatal dönemde ultrason altında aspire etmiş ve doğumdan kısa bir süre önce yapılan bu girişim sayesinde EXIT ve entübasyon ihtiyacının ortadan kalktığını bildirmiştir<sup>(7)</sup>.

Sublingual ranulanın tedavi seçenekleri arasında konservatif yaklaşım, iğne aspirasyonu, ranulanın eksizyonu, ipsilateral sublingual bezin eksizyonu, marsüpiyalizasyon ve skleroterapi yer alır<sup>(1)</sup>. Rekanalizasyon veya kist rüptürü nedeniyle postnatal dönemde spontan olarak kaybolan ranula olguları bildirilmiştir<sup>(8,9)</sup>. Bu sebeple bebekte rahatsızlık yaratmayan, solunum ve beslenme problemlerine yol açmayan küçük kitlelerin cerrahi tedaviden önce beş ay süresince takip edilmesi önerilmektedir<sup>(10)</sup>. İğne aspirasyonu, marsüpiyalizasyon ve ranula eksizyonu sonrasında nüks olasılığının yüksek olması nedeniyle ranulayla birlikte sublingual bezin eksizyonunun kesin tedavi olduğu düşünülmektedir<sup>(1)</sup>. Ancak operasyona bağlı olarak kanama, infeksiyon, lingual sinir parestezisi ve Wharton kanalı yaralanması meydana gelebilir<sup>(1)</sup>. Cerrahiye alternatif olarak, OK-432'nin intrakistik enjeksiyonu ile skleroterapi uygulanabilmektedir ve bu yöntemin %97 oranında başarılı olduğu gösterilmiştir<sup>(11)</sup>. Sunduğumuz olguda beslenme ile ilgili sorunlardan kaçınmak amacıyla doğumdan hemen sonra iğne aspirasyonu yapıldı ve üzerinden üç ay geçmesine rağmen kistin yeniden oluşmaması nedeniyle eksizyonel cerrahi henüz düşünülmeydi.

Sonuç olarak, ranulanın antenatal dönemde tanısının koyulmamış olması ve pediatristlerin hazırlıksız yakalanması doğumda hipoksik iskemik beyin hasarı gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle ultrasonografik incelemede oral kavitede kistik bir kitlenin görüldüğü olgularda ranula tanısı ve buna bağlı olarak solunum yolu obstrüksiyonu gelişebileceği akılda tutulmalı, gerekli ekip ve donanım hazırlandıktan sonra doğum yaptırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Tamaru S, Kikuchi A, Ono K, Kita M, Horikoshi T, Takagi K. Prenatal ultrasound and magnetic resonance imaging depiction of a small sublingual ranula. J Clin Ultrasound 2010 Mar-Apr;38(3):147-50.

2. Chan DFY, Lee CH, Fung TY, Chan DLW, Abdullah V, Ng PC. Ex utero intrapartum treatment (EXIT) for congenital giant ranula. *Acta Pediatr* 2006 Oct;95(10):1303-5.
3. Gul A, Gungorduk K, Yildirim G, Gedikbasi A, Ceylan Y. Prenatal diagnosis and management of a ranula. *J Obstet Gynaecol Res* 2008 Apr;34(2):262-5.
4. Fernandez Moya JM, Cifuentes Sulzberger S, Diaz Recasens J, Ramos C, Sanz R, Perez Tejerizo G. Antenatal diagnosis and management of a ranula. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998 Feb;11(2):147-8.
5. Önderoğlu L, Saygan-Karamürsel B, Deren Ö, Bozdağ G, Tekşam Ö, Tekinalp G. Prenatal diagnosis of ranula at 21 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gyecol* 2003 Oct;22(4):399-401.
6. Kolker MT, Batti JS, Schoem SR. The ex utero intrapartum treatment procedure for congenital ranula in a Jehovah's Witness. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 Apr;130(4):508-10.
7. Pires P, Pereira M, Machado L, Bonilla-Musoles FB. Prenatal diagnosis of a ranula with 2- and 3-dimensional sonography and sonographically guided aspiration. *J Ultrasound Med* 2006 Nov;25(11):1499-502.
8. Bernhard MK, Hückel D, Hamala D. Congenital ranula in a newborn. *HNO* 2007 May;55(5):388-91.
9. Steelman R, Weisse M, Ramadan H. Congenital ranula. *Clin Pediatr (Phila)* 1998 Mar;37(3):205-6.
10. Pandir RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 Jul;127(1):115-8.
11. Fukase S, Ohta N, Inamura K, Aoyagi M. Treatment of ranula with intracystic injection of the streptococcal preparation OK-432. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003 Mar;112(3):214-20.