

RANULA

Een ranula is een extravasatie (pseudo)cyste uitgaande van glandula sublingualis. Indien de afwijking door een hernia onder het niveau van de m. mylohyoideus is gelegen en daardoor submentaal waarneembaar is, wordt gesproken van een 'plunging ranula'.

De **diagnose** wordt meestal klinisch gesteld: een blauw doorschemerende, week-elastische unilaterale zwelling van de mondbodem; eventueel ondersteund door aspiratie en analyse cyste-inhoud (bijv. albumine, s-amylase fractie of speekselklierspecifieke eiwitten). Bij twijfel dient een incisie-biopsie te worden genomen om andere pathologie uit te sluiten.

Differentiële diagnoses van ranula kunnen zijn: (epi)dermoid cyste, ductus thyreoglossus cyste, sialolithiasis/dochitis e.a. Als differentiële diagnoses van plunging ranula kunnen worden genoemd: (epi)dermoid cyste, ductus thyreoglossus cyste, sialolithiasis/ dochitis, branchiogene cyste, cystic hygroma, teratoma, mucoepidermoid tumor, pleiomorf adenoom, adenolymfoom, adenocarcinoom, lymfklierpathologie e.a.

Succesvolle behandeling kan op 2 manieren worden uitgevoerd:

- 1) Door de ranula te marsupialiseren naar de mondholte
- 2) Door (een deel van de) glandula sublingualis te verwijderen

Ad 1) incisie, drainage, zijde hechtingen in dak (micromarsupialisatie), excisie, CO₂-laser, cryochirurgie, marsupialisatie (al dan niet met tamponnade). Al deze behandelingen hebben een hoog recidiefpercentage (35-100%). Na marsupialisatie wordt 50% recidief vermeld; marsupialisatie met tamponnade gedurende 5-10 dagen zou iets minder recidiefkans geven. Micromarsupialisatie zou 100% slagingskans hebben (N=22).

Ad 2) Bij excisie van de ipsilaterale glandula sublingualis (met al dan niet orale of cervicale drainage) wordt een recidief-percentage van 0-2% gemeld. In KNO-artikelen wordt soms een cervicale benadering aanbevolen; in kaakchirurgische publicaties gaat het steeds om een intra-orale benadering. Als nadeel van excisie van de gl. lingualis wordt genoemd de (kleine) kans op een (tijdelijke) uitval van de n. lingualis en een mogelijke beschadiging van de ductus submandibularis.

Overwegingen: Excisie van de veroorzaker (gl. sublingualis), eventueel met drainage van de mucus, is de enige volledig betrouwbare therapie. Echter, in verband met de kans op beschadiging van anatomische structuren bij excisie van de glandula in combinatie met de eenvoud van de procedure, lijkt het goed verdedigbaar eerst marsupialisatie te beproeven. Bij recidief: excisie glandula.

De patiënt dient bij deze afweging betrokken en geïnformeerd te worden. Bij excisie patiënt preoperatief wijzen op de kans op letsel van n. lingualis. De bedreigde ductus submandibularis wordt niet preventief naar dorsaal omgeleid. Ongeacht de gekozen therapie: altijd PA om andere pathologie uit te sluiten.

Literatuur

- McGurk M. Management of the ranula. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jan;65(1):115-6.
- Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 2005 Jan;63(1):51-4.
- Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 Sep;98(3):281-7.
- Davison MJ et al. Plunging ranula: clinical observations. Head & Neck 20; 63; 1998
- Ichimura K. et al. Surgical management of the plunging ranula. J Laryng. Otol. 110; 554; 1996
- Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. Head Neck. 2010 Oct;32(10):1310-20.