



UNIVERSITE DE LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Dix-sept ans d'expérience chirurgicale pour la prise en charge
intra-orale des ranulas.**

Présentée et soutenue publiquement le 06 Avril 2018 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Yolande Torres

JURY

Président :

Monsieur le Professeur J.FERRI

Assesseurs :

Monsieur le Professeur D.CHEVALIER

Monsieur le Professeur G.RAOUL

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur A.BRYGO

AVERTISSEMENT

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

**Dix-sept ans d'expérience chirurgicale
pour la prise en charge intra-orale des ranulas.**

Résumé

Introduction.

Le but de cette étude était d'analyser les caractéristiques cliniques et les résultats du traitement chirurgical des ranulas dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale de Lille afin de déterminer la prise en charge optimale des ranulas avec des résultats à long terme.

Patients et méthodes.

Une étude rétrospective a été réalisée pour évaluer les patients avec un diagnostic de ranula simple ou plongeante au Centre Hospitalier Universitaire de Lille de Mai 2000 à Janvier 2017. Les données cliniques sur les ranulas examinées comprenaient : le sexe, l'âge, les symptômes, la localisation de la lésion, les modalités chirurgicales, les complications, la récurrence et le suivi.

Résultats.

Les 26 patients inclus dans l'étude comprenaient 18 hommes et 8 femmes, âgés de 3 mois à 38 ans. Au total, 27 ranulas ont été prises en charge : 25 ranulas orales et 2 plongeantes. Douze marsupialisations ont été réalisées chez 11 patients (44,4%), 7 patients ont reçu une exérèse complète de la ranula (25,9%), 4 patients une exérèse partielle de la ranula combinée à une marsupialisation (14,8%) et 4 patients ont bénéficié de l'exérèse de la glande sublinguale (14,8%). Sept ranulas ont récidivé (25,9%). Aucun cas de récurrence n'a été observé après l'exérèse de la glande sublinguale. Les traitements incluant la marsupialisation étaient associés au taux de récurrence le plus faible (16,7%) après l'exérèse de la glande sublinguale (0%), suivis de la marsupialisation combinée à l'exérèse partielle de la ranula (25%), puis de l'exérèse de la ranula seule (57%). Il n'y a pas eu de complication majeure.

Discussion.

Les résultats à long terme confirment les différentes procédures chirurgicales disponibles en chirurgie ambulatoire pour la prise en charge des ranulas basées sur notre expérience. La résection transorale de la glande sublinguale devrait être le traitement optimal, conduisant au taux de récurrence le plus bas.

1. Introduction

Une ranula est un pseudokyste provoqué par une extravasation muqueuse de la glande sublinguale (GSL) qui se produit typiquement dans le plancher de la bouche. Une ranula plongeante est responsable d'un gonflement cervical après hernie du pseudokyste à travers le muscle mylohyoïdien. Le traitement optimal des ranulas, simples comme plongeantes, reste controversé. Diverses modalités thérapeutiques sont disponibles, allant des techniques chirurgicales conservatrices à des traitements plus radicaux tout aussi variés [1].

En effet, les ranulas peuvent être traitées chirurgicalement, les options allant de la marsupialisation, ou de l'exérèse de la ranula, à l'exérèse transorale de la GSL jusqu'à une approche transcervicale. L'approche pour l'exérèse de la GSL est considérée comme une approche chirurgicale sûre et efficace, mais les recommandations pour la technique chirurgicale de choix sont assez variables [2 - 6].

Bien que la chirurgie soit considérée comme le traitement de choix des ranulas en première intention, des modalités mini-invasives ont été proposées, mais sont associées à un taux de récurrence élevé.

Étant donné que la plupart des chirurgiens ont une expérience chirurgicale d'environ 10 ranulas voire moins [4] en raison de l'incidence faible de cette pathologie, la littérature scientifique sur le sujet est rare.

À ce jour, il n'y a pas de consensus sur la prise en charge chirurgicale définitive pour minimiser la récurrence de tout type de ranula. L'absence d'une décision consensuelle en matière de traitement nous a conduit à évaluer les cas de ranulas simples et plongeantes dans notre service. Nous avons évalué les résultats de notre expérience à long terme dans la prise en charge des ranulas.

Le but de cette étude était de déterminer le traitement chirurgical optimal des ranulas et d'analyser les caractéristiques cliniques ainsi que les résultats du traitement dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale de Lille sur une période de suivi de 17 ans.

2. Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée sur les patients consécutifs avec un diagnostic de ranula orale ou plongeante dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire de Lille de Mai 2000 à janvier 2017. Vingt-six patients ayant reçu un diagnostic de ranula quel que soit leur type ont été identifiés. Le diagnostic de ranula a été posé sur la base de la présentation clinique et pour certains patients, une tomographie scanographique par ordinateur ou une imagerie par résonance magnétique a été nécessaire pour éliminer un lymphangiome kystique.

Les données cliniques relevées comprenaient : le sexe, l'âge, les symptômes, la localisation, le type et la taille de la ranula, les interventions chirurgicales réalisées, les complications post-opératoires, la récurrence et le suivi.

La taille des ranulas était basée sur le rapport clinique.

Les patients ont été convoqués pour un examen de suivi avec évaluation clinique à une semaine et à un mois après la chirurgie afin de s'assurer de la bonne évolution clinique et de l'absence de complication post-opératoire. Tous les patients ont été contactés par téléphone pour le suivi, avant le mois de Juin 2017, recherchant des symptômes fonctionnels ou cliniques et des complications post-opératoires potentielles qui n'auraient pas été signalées auparavant par les patients.

Une analyse descriptive a été effectuée pour chacune des variables.

3. Résultats

Vingt-sept ranulas ont été identifiées sur une période de 17 ans entre Mai 2000 et Janvier 2017 dans notre service (Tableau 1).

Il y avait 18 hommes (69%) et 8 femmes (31%) avec une moyenne de 14,4 ans, âgés de 3 mois à 38 ans. Les ranulas étaient le plus fréquemment observées dans la première décennie de vie.

De la série de cas, 25 étaient des ranulas simples (92,6%) et 2 étaient des ranulas plongeantes (7,4%).

Les ranulas simples ont été majoritairement observées à gauche (60%). Un seul cas a été considéré comme bilatéral.

Les deux cas de ranula plongeante étaient tous les deux supérieurs à 2 cm et volumineux.

La taille des ranulas a été distribuée comme suit :

< 1 cm (n = 2, 7,4%);

1 à 2 cm (n = 6; 22,2%);

> 2 cm (n = 8, 29,6%) ;

inconnu (n = 11, 40,7%).

Les symptômes couramment observés étaient un gonflement du plancher buccal (84,6%), tandis qu'un dysfonctionnement du flux salivaire était moins fréquemment signalé (n = 3, 11,1%). La tuméfaction était associée à une déviation de la langue dans deux cas (7,4%).

Tous les cas, simples comme plongeants, présentaient une composante intra-orale (Fig. 1).

Table 1
Retrospective data for ranulas. Characteristics of the patients.

Patient (n)	Year of diagnosis	Sex	Age	Period of hospitalization (day)	Side affected	Symptoms	Duration of symptoms	Type: oral/plunging	Ranula size	Past medical history
1	2000	M	12 y	1	L	Salivary incontinence	Few weeks	Oral	N/A	None
2	2000	M	21 y	1	L	Swelling	Few weeks	Plunging	≥ 4 cm	None
3	2000	M	11 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
4	2000	M	8 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
5	2002	F	23 y	1	R	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
6	2002	M	11 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
7	2003	M	21 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
8	2003	M	12 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	Drain under LA
9	2004	F	21 y	1	L	Pain	Few weeks	Plunging	> 2 cm	None
10	2005	M	33 y	1	R	Swelling	Few weeks	Oral	1–2 cm	None
11	2005	M	33 y	1	R	Swelling	Few weeks	Oral	1–2 cm	None
12	2008	F	10 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	N/A	None
13	2009	M	36 y	1	R	Swelling	Few weeks	Oral	> 2 cm	None
14	2009	M	5 mo	1	L/R	Swelling	From birth	Oral (× 2)	< 1 cm (× 2)	None
15	2009	M	3 mo	3	L	Swelling+deviation of the tongue	From birth	Oral	1–2 cm	None
16	2010	M	9 y	1	R	Episode of congestion	Few weeks	Oral	N/A	None
17	2010	F	5 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	1 cm	None
18	2011	M	16 y	1	R	Swelling	Few weeks	Oral	> 2 cm	None
19	2014	M	6 mo	1	L	Swelling	From birth	Oral	N/A	Wait-and-see strategy
20	2016	F	9 y	1	R	Swelling+deviation of the tongue	3 years	Oral	> 2 cm	None
21	2016	F	19 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	> 2 cm	Several spontaneous drains
22	2016	F	18 y	1	R	Swelling+spontaneous drains	Few weeks	Oral	N/A	Drain under LA
23	2016	M	5 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	> 2 cm	None
24	2016	M	38 y	1	R	Swelling	2 years	Oral	1–2 cm	None
25	2016	M	14 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	> 4 cm	None
26	2017	F	7 y	1	L	Swelling	Few weeks	Oral	1–2 cm	None

M: male; F: female; L: left; R: right; N/A: unknown; LA: local anesthesia.

Tableau 1. Données rétrospectives des ranulas. Caractéristiques des patients.



Figure 1. Ranula simple du plancher buccal.

Il n'y avait aucun cas de révision ou de reprise chirurgicale. Un seul patient a présenté plusieurs drainages spontanés.

Chacune des 27 ranulas a été traitée chirurgicalement et les interventions ont été principalement réalisées sous anesthésie générale (n = 23, 88,5%). Aucune approche cervicale n'a été utilisée initialement pour tous les cas (Tableau 2).

Table 2

Retrospective data for ranulas. Treatment and outcome.

Patient (n)	Year of diagnosis	Sex	Age	Primary surgical procedure	Anesthesia	Recurrence	Delay of recurrence	Revision procedure	Complications	Follow up period (years)
1	2000	M	12 y	Ma	GA	Yes	4 months	Excision	None	17
2	2000	M	21 y	Excision	GA	Yes	10 days	Ma, aspirations, submandibular excision + ranula excision	Bleeding	17
3	2000	M	11 y	Ma	GA	N/A	None	No	None	17
4	2000	M	8 y	Excision	GA	No	None	No	None	17
5	2002	F	23 y	Excision + Ma	GA	Spontaneous drain	(14 years)	No	None	15
6	2002	M	11 y	Excision + Ma	GA	N/A	None	No	None	15
7	2003	M	21 y	Excision + Ma	LA (ischemic cardiopathy)	D	None	No	None	14
8	2003	M	12 y	Ma	GA	N/A	None	No	None	14
9	2004	F	21 y	Ma	GA	N/A	None	No	None	13
10	2005	M	33 y	Ma	LA	Yes	2 months	Ma due to proximity with Wharton's duct	None	12
11	2005	M	33 y	Ma	LA	N/A	None	No	None	12
12	2008	F	10 y	Ma	GA	No	None	No	None	9
13	2009	M	36 y	Ma	GA	N/A	None	No	None	8
14	2009	M	5 mo	Ma (both sides)	GA	No	None	No	None	8
15	2009	M	3 mo	Excision	GA	Yes	2 months	Excision + Ma	None	8
16	2010	M	9 y	Excision	GA	No	None	No	None	7
17	2010	F	5 y	Excision	GA	Yes	6 months	Excision	None	7
18	2011	M	16 y	Excision + Ma	GA	Yes	3 weeks	Ma	None	6
19	2014	M	6 mo	Ma	GA	No	None	No	None	3
20	2016	F	9 y	Ma	GA	No	None	No	None	1
21	2016	F	19 y	SGL	GA	No	None	No	None	1
22	2016	F	18 y	SLG	GA	No	None	No	Transient tongue hypesthesia	1
23	2016	M	5 y	Excision	GA	No	None	No	None	1
24	2016	M	38 y	SLG	GA	No	None	No	Transient tongue hypesthesia	1
25	2016	M	14 y	SLG	GA	No	None	No	None	1
26	2017	F	7 y	Excision	GA	Yes	1 year	Excision	Pain	0

M: male; F: female; Ma: marsupialization; excision: complete ranula excision; excision + Ma: partial ranula excision combined with marsupialization; SLG: complete removal of the ranula along with the sublingual gland; GA: general anesthesia; LA: local anesthesia; N/A: unknown; D: deceased patient.

Tableau 2. Données rétrospectives des ranulas. Traitements, récurrences et complications.

Pour les ranulas simples, les procédures choisies ont varié de la marsupialisation (n = 10; 40%), à l'exérèse complète de la ranula (n = 7; 28%), à l'exérèse partielle de la ranula combinée à la marsupialisation (n = 4; 16%), jusqu'à l'exérèse de la ranula combinée à celle de la GSL (n = 4; 16%) (Fig. 2).

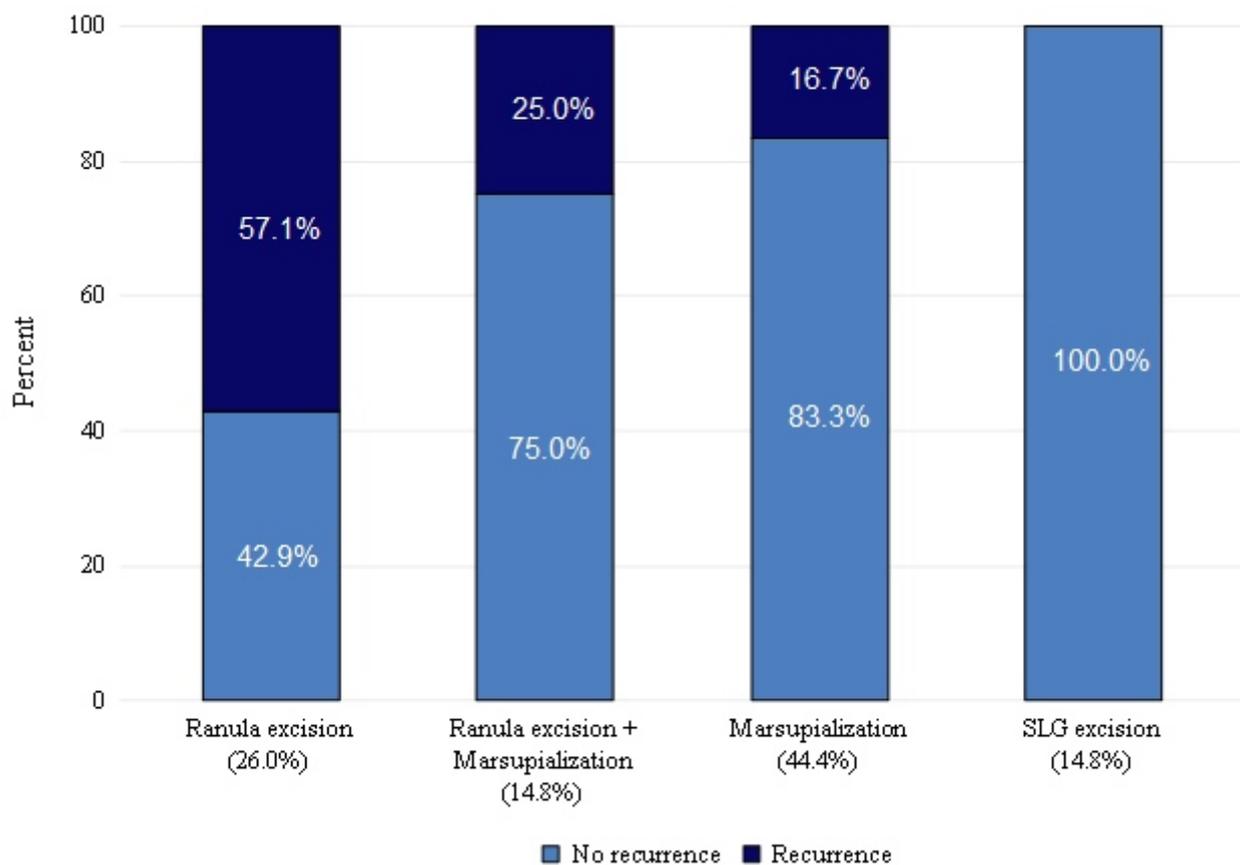


Figure 2. Modalités chirurgicales et taux de récurrence associés.

Les deux ranulas plongeantes ont été initialement traitées en utilisant une approche transorale seulement, l'une par exérèse complète de la ranula et l'autre par marsupialisation. Un seul patient a nécessité une approche cervicale pour une ranula plongeante qui a été réalisée lors d'une chirurgie de reprise et a consisté en l'exérèse de la glande sous maxillaire.

Consécutivement à cette prise en charge initiale, l'absence clinique de la ranula sous 1 mois a été observée chez tous les patients, à l'exception d'un cas qui a nécessité de multiples reprises chirurgicales suites à de nombreuses récurrences.

La période moyenne de suivi était de 8,2 ans \pm 6,0 ans (de 1 mois à 17 ans).

Six patients n'ont pas pu être contactés par téléphone, et un patient est décédé après 14 ans de suivi.

Une récurrence est survenue dans 7 cas (25,9%), pour 6 ranulas simples et 1 ranula plongeante, au cours d'une période de suivi médiane d'un mois après la dernière intervention (allant de 3 semaines à 1 an).

La récurrence a été observée entre 6 et 12 mois suivant l'exérèse complète de la ranula dans 4 cas (57%), de 2 à 4 mois après marsupialisation chez 2 patients (16,7%) et une ranula a récidivé 3 semaines après l'exérèse partielle de la ranula combinée à la marsupialisation pour 1 des 4 patients ayant bénéficié de cette technique.

Aucune récurrence n'est survenue pour l'exérèse de la GSL combinée à celle de la ranula (Fig.2).

Les procédures de reprise chirurgicale de ces cas récidivants ont impliqué une exérèse complète de la ranula (n = 3), une marsupialisation (n = 3) ou les deux procédures combinées (n = 1). Il n'y a pas eu d'autres récurrences après la chirurgie de reprise, à l'exception d'un patient qui présentait une importante et volumineuse ranula plongeante ayant récidivé 6 fois sur 15 ans de suivi.

Aucune complication majeure n'est survenue. Deux patients (7,4%) ont eu une hypoesthésie transitoire de la langue après avoir bénéficié de l'exérèse de la ranula, un patient après l'exérèse combinée de la GSL, et un autre patient après l'exérèse de la ranula seule. Un patient a nécessité une reprise chirurgicale pour saignement et un autre patient pour exploration suite à des douleurs.

Sur les 27 ranulas traitées chirurgicalement dans notre service, 26 ont été prises en charge en ambulatoire. Seul le plus jeune patient (3 mois) a été hospitalisé pendant 3 jours.

4. Discussion

Les résultats à long terme confirment les différentes procédures chirurgicales disponibles pour la prise en charge des ranulas basées sur notre expérience chirurgicale. Comme rapporté dans un certain nombre d'études précédentes, les résultats actuels soutiennent que l'exérèse de la GSL combinée à celle de la composante intra-orale de la ranula est considérée comme un traitement raisonnable et efficace avec un taux de réussite très élevé [3, 6, 7]. En comparant les taux de récurrence globaux, nous avons observé que les traitements incluant l'exérèse de la GSL étaient associés au taux de récurrence le plus faible avec une récurrence nulle. Ces résultats sont similaires à ceux observés dans une autre étude avec suivi à long terme [5] qui rapporte un taux de récurrence de 3,6% suite à l'exérèse complète de la GSL, comparé à un taux de récurrence de 13% pour la marsupialisation. Presque toutes les ranulas sont des pseudokystes originaires de la GSL, expliquant l'efficacité de ce traitement radical.

Cependant, l'exérèse combinée de la ranula et de la GSL met le nerf lingual et le canal sous-mandibulaire plus à risque en raison d'une dissection plus invasive. Nous avons signalé deux cas d'hypoplasie transitoire de la langue, mais aucune lésion de ce canal.

De plus, McGurk et al. [8] ont élaboré une technique avec exérèse incomplète et sélective de la GSL au moyen de la paracentèse de la ranula orale afin de réduire sa taille. Cette procédure garantit que la partie de la glande affectée est bien celle qui est excisée. En outre, Liu et Wang [9] ont décrit une approche antérograde innovante pour l'exérèse de GSL en fonction des caractéristiques anatomiques, conduisant à l'absence de complication.

Néanmoins, Baumash conseille que l'élimination inconditionnelle de la GSL ne soit pas le traitement standard pour toutes les ranulas car certaines ne sont pas originaires du GSL [10-11].

En revanche, Zhao et al. considèrent que l'ablation de la GSL combinée à l'évacuation intra-orale de la ranula devrait être le traitement optimal, indépendamment des diverses formes cliniques de la ranula [12].

L'exérèse complète de la ranula était associée à un taux de récurrence plus élevé dans notre étude (57%), comme rapporté dans certaines études [13], et associée à des complications telles que des saignements et des douleurs nécessitant une reprise chirurgicale. Cependant, l'exérèse de la ranula n'a été utile que dans 4 cas pour des ranulas simples et superficielles comme suggéré par d'autres auteurs [2].

Certains auteurs pensent que la marsupialisation constitue le traitement principal des ranulas simples [12], car en tant que technique invasive à minima, elle présente un risque moindre de complications. Dans cette étude, nous avons principalement effectué la marsupialisation (44,4%) avec un taux de récurrence raisonnable (16,7%) et aucune complication. Cette approche plus simple semble plus favorable que la marsupialisation combinée à l'exérèse partielle de la ranula (25% de récurrence).

En 1992, Baumash [14] a modifié la procédure standard exigeant un méchage dans la cavité kystique pour générer de la fibrose, réduisant la fuite de salive et faisant chuter ainsi le taux de récurrence de 60% à 10%. Cependant, selon une revue de la littérature actuelle [1], Zhi et al. recommandent que même cette technique de marsupialisation avec packing et micro-marsupialisation modifiée soit appliquée prudemment pour le traitement primaire des ranulas simples en raison d'un taux encore élevé de récurrence. Plus récemment, une

technique de suture modifiée proposée par McGurk et al. [15] a montré que cette procédure rapide, nécessitant une décompression de la ranula, est une alternative appropriée avec un taux de réussite de plus de 85% sans complication. La réussite s'explique par la suture spécifique de l'unité salivaire de la GSL responsable de la fuite.

Les ranulas plongeantes ont été évaluées dans une récente revue de la littérature afin de déterminer le traitement le plus efficace parmi 37 cas [16]. Même si les ranulas plongeantes peuvent être traitées chirurgicalement soit par une approche transcervicale soit transorale [3-4], les auteurs recommandent l'exérèse totale de la GSL sans approche cervicale pour réduire au maximum la récurrence et les complications. Cette approche a également été indiquée dans d'autres études [13, 17, 18].

En raison du risque élevé de lésion de la branche marginale du nerf facial associé à l'incision sous-maxillaire, y compris la formation potentielle de fistules cervicales et la rançon cicatricielle cervicale, l'exérèse transcervicale pour l'ablation de la GSL n'est pas recommandée par de nombreux auteurs [13, 17, 19, 20, 21].

L'attitude de Samant et Morton [20] permet d'effectuer une exérèse complète intra-orale de la GSL afin d'éliminer tout le segment endommagé de la glande, considéré comme la source du pseudokyste. En effet, une GSL résiduelle altérée et sa hernie par déhiscence du muscle mylo-hyoïdien ont été observées dans tous les cas récidivants traités par ces auteurs. Huang et al. [21] ont conclu également que l'exérèse intra-orale de la GSL combinée à la marsupialisation donne d'excellents résultats dans de tels cas avec des complications minimales en permettant un accès direct pour l'exérèse complète de la GSL.

Les ranulas plongeantes de cette étude ont également été traitées avec des approches moins invasives pour éviter une chirurgie inappropriée et ont été traitées en utilisant une approche intra-orale seule.

Outre les récurrences, les autres complications liées aux interventions chirurgicales pour le traitement des ranulas impliquent majoritairement l'hypoesthésie linguale par lésion du nerf lingual, les saignements, les infections post-opératoires, la lésion du canal de Wharton et une déhiscence des sutures [22].

Dans notre étude, les complications associées à la chirurgie des ranulas étaient acceptables, mineures et limitées, comme le confirme couramment la littérature [4, 5, 7]. Bien que l'exérèse de la GSL soit associée à un risque majeur de lésion du canal de Wharton, cette complication n'a pas été observée dans notre série de cas. Seul 2 cas d'hypoesthésie linguale transitoire ont été observés. Nous n'avons observé aucune complication suite à la marsupialisation seule ou combinée. Dans la série de Zhao pour le traitement de 480 ranulas [12], le taux de complication variait significativement de 13% pour l'exérèse de la GSL combiné à celle de la ranula, de 62% pour l'exérèse de ranula, à 67% pour la marsupialisation. Cependant les auteurs n'ont pas distingué la récurrence des autres complications.

Nous avons observé des récurrences jusqu'à 6 mois après la chirurgie dans notre groupe, comme reporté dans d'autres études de suivi à long terme [4-5] et exceptionnellement à 12 mois après la chirurgie. Un seul cas de ranula oral a récidivé jusqu'à 14 ans après l'exérèse partielle de la ranula combinée à une marsupialisation. Cependant, nous ne considérons pas ce cas comme une véritable récurrence dans la mesure où des évacuations spontanées se sont produites et où le patient a eu une guérison spontanée.

Compte-tenu du taux de récurrence élevé de cette affection, nous suggérons que le suivi optimal devrait être une période d'observation clinique post-chirurgicale de 6 mois.

Les patients ont tous été traités chirurgicalement. Un seul patient pédiatrique a bénéficié initialement d'une stratégie de temporisation de l'âge de 3 mois jusqu'à l'âge de 6 ans pour une ranula orale intermittente qui présentait des drainages spontanés itératifs. Alors que certains auteurs préconisent l'approche chirurgicale comme le traitement idéal, d'autres semblent résister aux différentes méthodes chirurgicales possibles [23-24].

En effet, Garofalo et al. [23] ont montré dans une étude multicentrique qu'aucune récurrence n'a été observée chez les 37 patients pédiatriques traités par le nickel gluconate-mercure oral.

Depuis son introduction en 1987 pour le traitement des lymphangiomes et des lésions kystiques cervicales, la sclérothérapie peut également être facilement réalisée pour la prise en charge des ranulas, en particulier en ambulatoire. Une réaction inflammatoire est activée par OK-432 (Picibanil), ce qui induit la contraction de la ranula.

Cependant, l'efficacité et la sécurité de la procédure basée sur un suivi à long terme n'ont pas été étudiées dans des études avec un grand échantillon de patients [25 – 26].

5. Conclusion

L'affection des ranulas est rare et seulement quelques chirurgiens ont à prendre en charge ces pseudokystes. Les résultats à long terme confirment les différentes procédures chirurgicales disponibles pour la prise en charge intra-orale des ranulas basées sur notre expérience chirurgicale.

Malgré l'absence de consensus, nous pensons que la résection transorale de la GSL avec exérèse de ranula devrait être le traitement optimal, conduisant au taux de récurrence le plus bas. Cependant, la marsupialisation peut être utile en tant que procédure alternative minimalement invasive.

Nos résultats confirment également que la prise en charge chirurgicale peut être facilement réalisée en ambulatoire, entraînant moins de complications et moins d'inconfort.

De plus, sur la base de nos résultats de récurrence, nous recommandons une plus longue période de surveillance médicale avec 6 mois minimum post-opératoire pour assurer un meilleur suivi et détecter toute récurrence.

Autorisation du patient et déclarations de consentement : acceptées.

Toutes les données ont été anonymisées.

Bibliographie

1. Zhi K, Gao L, Ren W. What is new in management of pediatric ranula? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2014;22(6):525–9.
2. Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahasi S, Ikarashi F. Treatment of ranula – excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris Nasus Larynx* 2003;30(3):311–4.
3. Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. *Head Neck* 2010;32(10):1310–20.
4. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: what is the most effective treatment? *The Laryngoscope* 2009;119(8):1501–9.
5. Sigismund PE, Bozzato A, Schumann M, Koch M, Iro H, Zenk J. Management of ranula: 9 years' clinical experience in pediatric and adult patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(3):538–44.
6. McGurk M. Management of the ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(1): 115–6.
7. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Treatment outcomes of the intraoral approach for a simple ranula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015;119(4):e223–5.
8. Hills A, Holden A, McGurk M. Evolution of the management of ranulas: change in a single surgeon's practice 2001–14. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016;54(9):992–6.
9. Liu Z, Wang B. Anterograde excision of a sublingual gland: new surgical technique for the treatment of ranulas. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016;54(2):151–4.
10. Baurmash HD. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39(3):217–20.
11. Baurmash HD. A case against sublingual gland removal as primary treatment of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(1):117–21.
12. Zhao Y-F, Jia Y, Chen X-M, Zhang W-F. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98(3):281–7.
13. Yang Y, Hong K. Surgical results of the intraoral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 2014;134(2):201–5.
14. Baurmash HD. Marsupialization for treatment of oral ranula: a second look at the procedure. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50(12):1274–9.
15. Goodson AMC, Payne KFB, George K, McGurk M. Minimally invasive treatment of oral ranulae: adaption to an old technique. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015;53(4):332–5.

16. Pouzoulet P, Collet C, Foletti JM, Guyot L, Chossegras C. Plunging ranula review. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2016;117(2):84–8.
17. 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.
18. Lesperance MM. When do ranulas require a cervical approach? *The Laryngoscope* 2013;123(8):1826–7.
19. O'Connor R, McGurk M. The plunging ranula: diagnostic difficulties and a less invasive approach to treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013;42(11): 1469–74.
20. Samant S, Morton RP, Ahmad Z. Surgery for plunging ranula: the lesson not yet learned? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011;268(10):1513–8.
21. Huang SF, Liao CT, Chin SC, Chen IH. Transoral approach for plunging ranula: 10-year experience. *The Laryngoscope* 2010;120(1):53–7.
22. Zhao Y-F, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(1):51–4.
23. Garofalo S, Mussa A, Mostert M, Suteu L, Vinardi S, Gamba S, et al. Successful medical treatment for ranula in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014;117(4):e289–97.
24. Rho MH, Kim DW, Kwon JS, Lee SW, Sung YS, Song YK, et al. OK-432 sclerotherapy of plunging ranula in 21 patients: it can be a substitute for surgery. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27(5):1090–5.
25. Roh J-L, Kim HS. Primary treatment of pediatric plunging ranula with nonsurgical sclerotherapy using OK-432 (picibanil). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72(9):1405–10.
26. Roh J-L. Primary treatment of ranula with intracystic injection of OK-432. *The Laryngoscope* 2006;116(2):169–72.

AUTEUR : Torres Yolande

Date de Soutenance : le 06 Avril 2018

Titre de la Thèse : Dix-sept ans d'expérience chirurgicale pour la prise en charge intra-orale des ranulas.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : stomatologie, pathologie des glandes salivaires

DES + spécialité : DES de Chirurgie Orale

Mots-clés : ranula; récurrence; marsupialisation; exérèse de la glande sublinguale (GSL); prise en charge chirurgicale; suivi à long terme.

Résumé

Introduction.

Le but de cette étude était d'analyser les caractéristiques cliniques et les résultats du traitement chirurgical des ranulas dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale de Lille afin de déterminer la prise en charge optimale des ranulas avec des résultats à long terme.

Patients et méthodes.

Une étude rétrospective a été réalisée pour évaluer les patients avec un diagnostic de ranula simple ou plongeante au Centre Hospitalier Universitaire de Lille de Mai 2000 à Janvier 2017. Les données cliniques sur les ranulas examinées comprenaient : le sexe, l'âge, les symptômes, la localisation de la lésion, les modalités chirurgicales, les complications, la récurrence et le suivi.

Résultats.

Les 26 patients inclus dans l'étude comprenaient 18 hommes et 8 femmes, âgés de 3 mois à 38 ans. Au total, 27 ranulas ont été prises en charge: 25 ranulas orales et 2 plongeantes. Douze marsupialisations ont été réalisées chez 11 patients (44,4%), 7 patients ont reçu une exérèse complète de la ranula (25,9%), 4 patients une exérèse partielle de la ranula combinée à une marsupialisation (14,8%) et 4 patients ont bénéficié de l'exérèse de la glande sublinguale (14,8%). Sept ranulas ont récidivé (25,9%). Aucun cas de récurrence n'a été observé après l'exérèse de la glande sublinguale. Les traitements incluant la marsupialisation étaient associés au taux de récurrence le plus faible (16,7%) après l'exérèse de la glande sublinguale (0%), suivis de la marsupialisation combinée à l'exérèse partielle de la ranula (25%), puis de l'exérèse de la ranula seule (57%). Il n'y a pas eu de complication majeure.

Discussion.

Les résultats à long terme confirment les différentes procédures chirurgicales disponibles en chirurgie ambulatoire pour la prise en charge des ranulas basées sur notre expérience. La résection transorale de la glande sublinguale devrait être le traitement optimal, conduisant au taux de récurrence le plus bas.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur FERRI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BRYGO

**Assesseurs : Monsieur le Professeur RAOUL
Monsieur le Professeur CHEVALIER**