

Ağrılı subungual bir nodül: Subungual ekzostoz

A painful subungual nodule: subungual exostosis

Tolga TÜZÜNER,¹ Ayşe KAVAK,² Nil ÜSTÜNDAĞ,³ Ali Haydar PARLAK²

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi,¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı;
²Dermatoloji Anabilim Dalı; ³Patoloji Anabilim Dalı

Subungual ekzostoz selim, gelişimi sıklıkla edinsel olan ve ayak distal falanks dorsal medial yüzde görülen ağrılı soliter bir tümördür. Sağ ayak başparmağında iki yıldır var olan kitle ve ağrı şikayetiyle başvuran 16 yaşındaki erkek hastada, yapılan radyolojik ve histopatolojik incelemeler sonucu subungual ekzostoz tanısı kondu. Tümör, falanks kortikal yüzeyinden zemini ile birlikte tümüyle çıkarıldı. Hastanın 11 aylık izleminde nüks gözlenmedi. Subungual ekzostozun klinik olarak diğer benign kemik tümörleri ve lezyonlarıyla ve epidermoid karsinom gibi malign tümörlerle karışabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Ekzostoz/cerrahi/radyografi; tırnak hastalıkları/tanı/cerrahi; deri neoplazmları/tanı; ayak parmağı/cerrahi.

Subungual exostosis is an acquired, benign, often painful, and nearly always solitary bone tumor usually occurring in the dorsal medial aspect of the phalanges. An eighteen-year-old male patient presented with a progressively enlarging mass and pain that developed over two years in the distal medial aspect of the right first toe. Conventional radiographs, computed tomography, and histopathologic findings showed subungual exostosis. Complete removal of the tumor was performed including its base of in the cortex of the phalanx. No recurrence was observed during a follow-up of 11 months. It was emphasized that clinical presentation of subungual exostosis may resemble other benign or malignant bone tumors.

Key words: Exostoses/surgery/radiography; nail diseases/diagnosis/surgery; skin neoplasms/diagnosis; toes/surgery.

Subungual ekzostoz (SE), distal falanksta yerleşim gösteren, selim, osteokondral bir tümördür. İlk kez 1817'de Dupuytren tarafından tanımlanan bu lezyon, en sık (%80) ayak başparmağının dorsomedial yüzünde oluşmakla birlikte, diğer parmaklarda da görülebilir.^[1-4]

Klinik olarak, erken dönemde tırnak plağı serbest kenarında pembe-beyaz subungual nodül şeklindedir.^[5,6] Büyüdükçe tırnak plağında elevasyon, ülser ya da subungual hiperkeratoza neden olabilir.^[6] Bu yazıda sunduğumuz SE'li hastada da tırnak plağında elevasyon görüldü. Çoğu zaman yanlış tanı konan

bu tümör, klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgularıyla değerlendirildi.

Olgu sunumu

On altı yaşında erkek hasta, sağ ayak başparmağında kitle ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Son iki yıldır var olan tırnakta basınç ve ağrı hissinin, özellikle son bir yılda kitlenin de ortaya çıkması ile arttığı belirtildi. Aile öyküsünde bir özellik yoktu.

Fizik muayenede sağ ayak başparmak distalinde, tırnak plağının serbest kenarında fikse, sert ve palpasyonla ağrılı; üzeri hiperkeratotik, pembe-beyaz renkli;

XIX. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde yazılı bildiri olarak sunulmuştur (3-7 Eylül 2002, Nevşehir).

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Kavak, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, 81600 Konuralp, Düzce.
Tel: 0380 - 541 41 07 Faks: 0380 - 541 42 13 e-posta: ays_kavak@excite.com

Başvuru tarihi: 23.09.2003 **Kabul tarihi:** 17.12.2003

eritem ve pürülan akıntı gözlenmeyen subungual nodül gözlendi (Şekil 1). Radyolojik değerlendirmede, ayak başparmak distal yüzey dorsalinde, falanks kortikal yüzeyi ile devamlılık gösteren kalsifiye lezyon izlendi (Şekil 2a). Bilgisayarlı tomografide, falanks dorsalinde pediküllü tümör gözlendi (Şekil 2b).

Digital blok anestezisi ile hastaya eksizyonel biyopsi uygulandı. Tırnak plağı parsiyel rezeksiyonla kaldırılarak, tümörün tamamı korteksten eksize edildi. Histopatolojik incelemede, fibröz kıkırdak ile çevrili, trabeküler kemik yapısı ile birlikte, atipi göstermeyen işçi hücrelerin eşlik ettiği fibrokartilaj proliferasyon görüldü (Şekil 3).

On bir ay süreyle izlenen hastada klinik ve radyolojik nüks görülmedi.

Tartışma

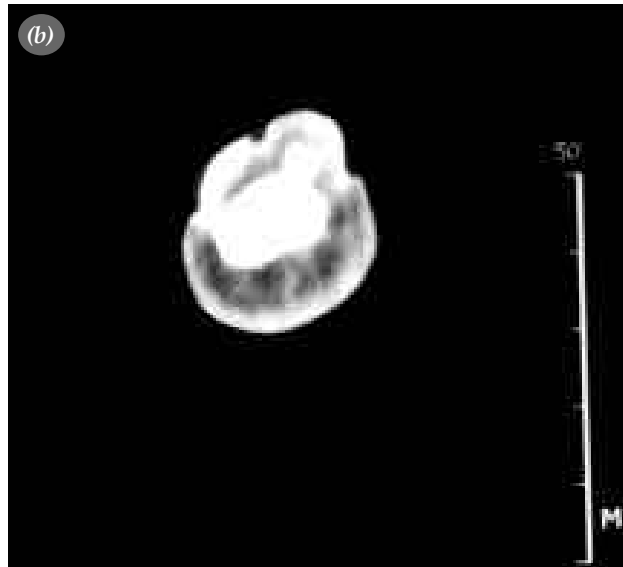
Subungual ekzostoz etyolojisinde travma, kronik iritasyon ve kronik enfeksiyon gibi faktörlerin rol oynadığı kabul edilir.^[1,7] Çocukluk çağında görülen ve kalımsal olan multipl ekzostoz ve multipl ekzostozmental retardasyon sendromları^[4] dışında genellikle edinseldir. Bazı genetik sendromların erişkin dönemde de bulgu verebileceği göz önüne alındığında, sunulan hastanın yaşının doğuştan ekzostozlar açısından da değerlendirilebileceği düşünülebilir. Ancak çekilen grafilerde ekzostozun soliter olması, mental retardasyonun olmaması, bu hastada edinsel SE olduğunu des-



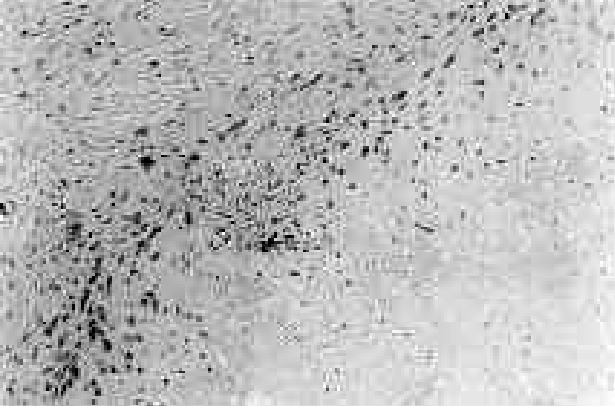
Şekil 1. Subungual ekzostozun nodül ile birlikte klinik görünümü.

telemektedir. En sık görüldüğü yaş grubu adolesan ve genç erişkinlerdir.^[2] Hastamızda semptomların, daha az rastlanan bir dönem olan çocukluk döneminde başladığı görülmektedir. Cinsiyet açısından belirgin farklılık olmamakla birlikte, kadın cinsiyette biraz daha sık rastlanmaktadır.^[1,4]

Klinik olarak erken dönemde tümör pembe-beyaz, subungual, pigmente-kahverengi ya da hemanjiomatöz bir görüntü verebilir.^[6] Lezyon büyüdükçe, sekonder paronişyal enfeksiyonla sonuçlanabilen lokal dokü endürasyonu ve onkoliz gelişebilir. Hastaların %14'ünde paronişi görülür.^[1] Hastamızın iki yıllık öyküsü göz önüne alındığında, hekime başvurunun lez-



Şekil 2. (a) Radyografik görünüm. (b) Bilgisayarlı tomografide dorsal yüzeyde pediküllü tümörün görünüşü.



Şekil 3. Subungual ekzostozda histopatolojik görünüm. Fibroz kıkırdak ile çevrili trabeküler kemik yapısı (H-E x 200, kalın ok fibröz doku, ince ok kemik dokuya geçiş alanını göstermektedir).

yonun ciddi semptom verdiği yapıldığı söylenebilir. Belki de bu nedenle, SE lezyonları oldukça büyük boyutlara ulaştığında karşımıza çıkmaktadır. Genellikle mekanik iritasyona bağlı ağrı ya da sekonder enfeksiyon gelişene kadar hastalar asemptomatiktir; bazen yürüme ile lezyon ağrılı olabilir.^[8]

Subungual ekzostoz, histopatolojik olarak fibrokartilaj bir başlıkla birlikte, normal görünümlü trabeküler yapıdan oluşur. Görünüm, zamanla değişiklik gösterebilir. Lezyon, kıkırdak metaplazisinin eşlik ettiği fibröz doku proliferasyonu şeklinde başlar. Bu erken dönemde tırnak yatağı kenarında fibrozis, fokal kalsifikasyon ve kıkırdak metaplazisi görülür.^[1] Subungual ekzostozda matürasyon tamamlandıkça, kıkırdak başlık trabeküler kemikle yer değiştirmeye ve incelmeye başlar.^[5] Kıkırdak başlıkta multinükleer kondrosit, pleomorfik nükleuslar ve belirgin hücresel bir yapı gözlenir ve bu görüntüyle kondrosarkom ile karışabilir. Ancak SE’de trabeküler kemik düzenli bir matürasyona sahiptir.^[1]

Subungual ekzostoz, radyografide distal falanks dorsal yüzeyinde osteokartilajinöz kitle şeklinde kendini gösterir.^[9] Matür lezyonlarda, trabeküler yapı ekzostoz tabanında görülebilir.^[1] Subungual ekzostozda distal falanks kortikal yüzeyde destrüktif değişiklikler ya da periostal reaksiyon gözlenmez.^[6] Muhtemelen gerçek bir neoplazm değildir; fakat periost ile temas halindeki kansellöz kemikte enflamatuvar hiperplaziye yol açar.^[1]

Ayırıcı tanı, subungual verruka, piyojenik granülom, glomus tümörü, tuberosklerozda görülen peri-

ungual yerleşimli Koenen tümörü, keratoakantom, epidermoid karsinom ve melanomu içerir.^[3,9,10] Sunulan hastada, subungual keratoakantomun da benzer görünüm verebileceği düşünüldü. Ancak uzun süreli öyküsüyle birlikte, radyolojik ve histopatolojik bulgular tanının kesinleşmesini sağladı. Radyolojik bulgular genellikle subungual osteokondrom ya da subungual ekondrom gibi diğer kemik lezyonların ayırımında yardımcıdır.^[10]

Esas ayırıcı tanı subungual osteokondrom ile yapılmalıdır. En sık rastlanan benign kemik tümörü (%40) olan osteokondromun subungual yerleşimi oldukça nadirdir.^[1] Subungual osteokondrom, epifizyel hat boyunca ve daha proksimalde yerleşim göstermesi, histopatolojik olarak hyalin kıkırdak başlık içermesi, daha erken yaşlarda (10-25) görülmesi ve doğuştan olması açısından SE’den farklılıklar gösterir.^[10] Tüm osteokondromlarda %1 malign transformasyon riski vardır.^[11] Subungual ekzostoz için malign transformasyon bildirilmemiştir.

Subungual ekzostozda uygun tedavi seçimi cerrahi eksizyondur. Tedavide gecikme, tırnak elevasyonu ve onikodistrofi, ağrı ve sekonder periungual enfeksiyon ile sonuçlanır. Tam olmayan cerrahi eksizyonda nüks gözlenebilir.^[1,2] Bazen klinik olarak değil, ancak asemptomatik radyolojik nüksler sapabilir.^[2] Literatürde SE için pek çok cerrahi teknik tanımlanmıştır.^[1-4,9] Total ya da parsiyel tırnak eksizyonu, parmak ucunda rahatsız edici hassaslaşma, tırnak büyüme deformiteleri, günlük aktiviteye dönüşte gecikme ve ayakkabı kullanım zorlukları ve kötü kozmetik sonuçlar doğurabilmektedir. Hastamızda lezyon üzerinde, tırnak plağından ince bir şerit çıkararak total eksizyon uyguladık. Tırnak plağı bütünlüğü ve falanks örtüsü bozulmadığı için günlük aktiviteye hızlı dönüş ve çok iyi kozmetik sonuç elde edildi. On bir ay süreyle izlenen hastada klinik ve radyolojik nüks görülmedi.

Sonuç olarak, SE düşünülen olgularda aynı bölgede görülebilen başta osteokondrom ve ekondrom olmak üzere çok sayıda benign ve malign subungual tümör ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bu tümörlerde sıklıkla yanlış tanı konabilmekte ve yetersiz tedavi sonrası nüks görülebilmektedir.

Kaynaklar

1. Miller-Breslow A, Dorfman HD. Dupuytren’s (subungual) exostosis. Am J Surg Pathol 1988;12:368-78.
2. Letts M, Davidson D, Nizalik E. Subungual exostosis: diag-

- nosis and treatment in children. *J Trauma* 1998;44:346-9.
3. Cohen HJ, Frank SB, Minkin W, Gibbs RC. Subungual exostoses. *Arch Dermatol* 1973;107:431-2.
 4. Davis DA, Cohen PR. Subungual exostosis: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 1996;13:212-8.
 5. Ilyas W, Geskin L, Joseph AK, Seraly MP. Subungual exostosis of the third toe. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(6 Suppl): S200-1.
 6. Jetmalani SN, Rich P, White CR Jr. Painful solitary subungual nodule. Subungual exostosis (SE). *Arch Dermatol* 1992;128: 849-52.
 7. Carroll RE, Chance JT, Inan Y. Subungual exostosis in the hand. *J Hand Surg [Br]* 1992;17:569-74.
 8. Haneke E, Baran R, Bureau H. Tumors of the nail apparatus and adjacent tissue. In: Baran R, Dawber RP, editors. *Diseases of the nails and their management*. 1st ed. Oxford: Blackwell Scientific; 1984. p. 424-9.
 9. de Palma L, Gigante A, Specchia N. Subungual exostosis of the foot. *Foot Ankle Int* 1996;17:758-63.
 10. Schulze KE, Hebert AA. Diagnostic features, differential diagnosis, and treatment of subungual osteochondroma. *Pediatr Dermatol* 1994;11:39-41.
 11. Gitelis S, McDonald DJ. Common benign bone tumors and usual treatment. In: Simon MA, Springfield D, editors. *Surgery for bone and soft-tissue tumors*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 181-205.