



Tırnak Altı Lezyonlarında Cerrahi Yaklaşım

Surgical Approach in Subungual Lesions

Ali GÖKKAYA¹ , Burçin ACUNER² , Metin GÖRGÜ¹ 

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

ORCID ID: Ali Gökkaya 0000-0003-2710-9615, Burçin Acuner 0000-0001-8728-279X, Metin Görgü 0000-0001-9077-2976

Bu makaleye yapılacak atf: Gökkaya A ve ark. Tırnak altı lezyonlarında cerrahi yaklaşım. Med J West Black Sea. 2021;5(3):421-428.

Sorumlu Yazar

Metin Görgü

E-posta

metingorgu@gmail.com

Geliş Tarihi

07.04.2021

Revizyon Tarihi

10.11.2021

Kabul Tarihi

11.11.2021

ÖZ

Amaç: Tırnak bölgesinde birçok farklı doku bir arada olduğundan görülen tümöral lezyonlar oldukça çeşitlidir. Pigmente veya nonpigmente olabilen benign tümörler genellikle daha sıklıkla gözükür ancak sadece muayene ile benign-malign tümör ayrımının yapılması zordur. Bunun dışında tümöral olmayan tırnak hastalıklarının da ayırıcı tanıda yer alması gerektiği unutulmamalıdır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmada 2009-2020 tarihleri arasında tırnakta kitle şikayetiyle iki farklı merkezdeki plastik cerrahi kliniklerine başvuran 12 hasta dahil edilmiştir. Hastaların klinik bulguları, yapılan tedaviler ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Her iki plastik cerrahi kliniğine ortalama yaşları 45,9 (34-58) olan 12 hasta başvurmuştur. Hastalardan 11'i cerrahi tedavi edilmiş, bir hasta tedavi edilmemiştir. Histopatolojik tanı olarak bir hastada ganglion kisti, beş hastada glomus tümörü ve beş hastada lineer nevüs tanısı konulmuştur. Opere edilen 11 hastanın 10'unda hastaların tedavi sonucu çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Glomus tümörü olan bir hastada nüks görülmüş ve hasta tekrar opere edilmiştir ve nüks gözlenmemiştir.

Sonuç: Tırnak yatağındaki lezyonlar sıklıkla hastalar tarafından göz ardı edilmektedir. Hem benign, hem de malign lezyonlar benzer bulgular verebileceğinden tanı için biyopsi alınması şarttır. Uygun tedavi biyopsi sonucuna göre belirlenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Tırnak hastalıkları, Pigmentasyon, Melanom, Glomus tümörü, Ganglion kisti

ABSTRACT

Aim: Since there are many different tissues in the nail area, the tumoral lesions seen are quite diverse. Benign tumors that can be pigmented or nonpigmented are usually seen more often, but it is difficult to distinguish between benign and malignant tumors by examination alone. Apart from this, it should be kept in mind that non-tumoral nail diseases should also be included in the differential diagnosis.

Material and Methods: In this study, 12 patients who presented to two different centers with the complaint of a mass in the nail between 2009-2020 were included. Clinical findings, treatments and results of the patients were evaluated.

Results: Twelve patients with a mean age of 45.9 (34-58) applied to both clinics. 11 of the patients were treated surgically, one patient was not treated. Histopathological diagnosis was ganglion cyst in one patient, glomus tumor in five patients and linear nevus in five patients. In 10 of the 11 operated patients, the treatment result of the patients was evaluated as very good. Recurrence was observed in one patient with glomus tumor and the patient was re-operated and no recurrence was observed.

Conclusion: Lesions in the nail bed are often overlooked by patients. Since both benign and malignant lesions may give similar findings, biopsy is essential for diagnosis. The appropriate treatment should be determined according to the biopsy result.

Keywords: Nail diseases, Pigmentation, Melanoma, Glomus tumor, Ganglion cysts



GİRİŞ

Tırnak bölgesindeki lezyonlar bu bölgedeki herhangi bir dokudan köken alabilen benign, malign veya metastatik lezyonlardır (1). Bu bölgede görülebilen benign lezyonlar melanositik makül, melanonişi, lineer nevüs gibi pigmente veya digital mukoid kist, glomus tümörü, fibrom, pyojenik granülom, epidermoid kist gibi nonpigmente olabilir (1, 2). Malign lezyonlar ise malign melanom, skuamoz hücreli karsinom ve metastatik lezyonlar olabilir (1, 3). Bu tümörler tırnağın kendisi ve periungual doku tarafından gizlenebilir, bu nedenle tanı konulması gecikebilir veya biyopsi sırasında kozmetik sekel kalabilir (4).

Makroskopik olarak tırnak bölgesi tümörleri ile ilgili genel kanı benign lezyonların tırnak yapısını deforme edici, malign lezyonların ise daha tırnak bölgesini destrüktive edici olduğu yönündedir (5, 6). Yine de tırnak bölgesindeki lezyonların makroskopik görünümünü ayırt etmek zor olduğundan ve ayrıca tümöral olmayan dejeneratif ve reaktif tırnak lezyonları da bulunabileceğinden sadece fizik muayene bulguları ile tanı konulması zordur (6). Bu tür bir lezyon ile karşılaşıldığında benign ise büyüdüğünde tırnak deformitesi yaratacağından, malign ise daha büyük problemlere neden olabileceğinden hastaya bir an önce tanı konulması önemlidir (1). Bu nedenle tanı koymada fizik muayene dışında özellikle olası bir travma için iyi bir öykü alınması ve mikroskopik tanı için de histopatolojik örnek alınması elzemdir (3, 6).

Tırnak bölgesindeki lezyonlardan en tedirginlik verici olanları pigmente lezyonlardır. Melanonişi tırnak plağında melanine bağlı kahverengi-siyah renk değişikliği olmasıdır (7). Melanonişi melanosit aktivasyonu (hipermelanosis) veya melanosit hiperplazisi nedeniyle olur ve genellikle longitudinal melanonişi olarak görülür (8). Subungal pigmente lezyonlar hem benign hem de malign lezyonların bulgusu olarak karşımıza çıkabilir (7). Tırnakta bulunan pigmente lezyonların klinik olarak tanınması kolay değildir ve biyopsi önerilir (9).

Glomus tümörleri tırnak yatağında mavi veya pembemsi bir renk değişikliği ile birlikte lokalize hassasiyet, ağrı ve soğuk intoleransı ile beraber gözükken iyi huylu vasküler tümöral kitlelerdir (10). Tüm el tümörlerinin %1-4,5 arası glomus tümörüdür (11). Genellikle parmaklarda subungual bölgede görülmekle birlikte elde, el bileğinde ve ayakta da görülebilmektedirler (12).

Dijital muköz kistler (benign miksoid kistler veya ganglion kistleri) genellikle distal interfalanjial eklemde veya proksimal tırnak yatağında bulunan cilt renginde veya şeffaf, izole lezyonlardır (13). Genellikle interfalanjial eklem artriti ile ilişkilidirler, tırnakta deformite yapabilirler ve spontan gerilemezler (1, 14, 15). Deformite dışında ağrı, hassasiyet, akıntı ve eklem hareket aralığında azalma da görülebilir (16).

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu çalışmaya Abant İzzet Baysal Üniversitesi ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğine 2009 ve 2020 tarihleri arasında başvuran ve tırnak bölgesinde lezyonu olan 12 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesi doğrultusunda gerçekleştirilmiştir ve çalışma için çok merkezli etik kurul onayı (BAIBU Klinik Araştırma Etik Kurulu 2020/301) alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hastaların verileri yaş, cinsiyet, klinik bulguların başlama zamanı, tedavi yöntemi, histopatolojik tanı ve tedavi sonucu yönünden değerlendirilmiştir. Cerrahi tedavi edilen hastalar en az altı ay (6-12 ay) boyunca cerrahi sonuç ve nüks açısından takip edilmiştir.

Cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçları "Oxford Tırnak Görünüm Skoru" ile iki farklı plastik cerrah tarafından postoperatif en erken altıncı ayda değerlendirilmiştir (17). Oxford Tırnak Görünüm Skoru beş bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler tırnağın şekli, eponişyumun durumu, tırnağın tırnak yatağına adezyonu, tırnak yüzeyi, tırnakta yarıklık olmasıdır. Her bileşende tırnağın görünümü hastanın diğer taraf ekstremitesindeki tırnağa göre değerlendirilmektedir. Değerlendirmede tırnak için bakılan özelliklerde diğer ekstremitte aynı parmak tırnağı ile farklıysa 0, aynıysa 1 şeklinde puanlanmıştır. 5 özellik değerlendirildiğinde 0 puan en kötü kozmetik sonuç, 5 puan ise en iyi kozmetik sonuç olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Her iki klinikte takip edilen hastaların verilerinde tanı, lezyonun yerleşimi, tedavi yöntemi, histopatolojik tanı frekans ve yüzdeleri ile hastanın yaşı, lezyonun bulunma süresi, takip süresi ve sonuç skoru açısından minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma verileri değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Her iki plastik cerrahi kliniğine tırnak yatağında şüpheli lezyon tanısıyla başvuran ve hepsi çalışmaya dahil edilen 12 hastanın yaş ortalaması 45.9, standart sapması ise 8.62'dir. Klinik bulgu olarak hastalardan altısında tırnak dokusunun altında lineer pigmentasyon, altı hastada ise kitle gözlenmiştir. Lezyonun bulunma süresinin ortalaması 9.6 ay, standart sapması ise 6.3'dir. Hastaların birinde (%8.3) yerleşim ayak parmağında, kalan 11'inde (%91.7) ise el parmağındadır.

Hastaların dördünde (%33.3) tedavi tırnağa sınırlı yaklaşım ile gerçekleştirilmişken, birinde (%8.3) frozen biyopsi uygulanmış, birinde (%8.3) tırnak tamamen korunmuş, birinde (%8.3) tırnakta pencere açılmış, dördünde (%33.3) ise tran-

sungual yaklaşım uygulanmıştır. Bir hasta (%8.3) ise opere edilmemiştir.

Histopatoloji açısından hastaların dördü (%33.3) benign melanositik nevüse, biri (%8.3) benign lezyona, biri (%8.3) ganglion kistine, beşi (%41.7) ise glomus tümörüne sahiptir. Hastaların biri 12 ay, geri kalanlar 6 ay takip edilmiştir. Opere edilmeyen hastadan bu bilgi alınmamıştır. Takip süresi ortalaması 6.5 ay, standart sapması ise 1.81'dir.

Glomus tümörü tanısı olan bir hastada postoperatif yedinci ayda lezyonun nüksü gözlenmiştir ve hasta tekrar opere edilmiştir. İkinci operasyonda da histopatolojik tanı glomus tümörü olarak değerlendirilmiştir. Daha sonraki takiplerinde bu hastada lezyon tekrarlamamıştır. Operasyonu kabul etmediği için opere edilmeyen bir hasta 12 ay boyunca klinik olarak takip edilmiş ve takiplerinde malinite bulgusuna rastlanmamıştır. Çalışmamızda değerlendirilen hastalarda cerrahi tedavi uygulanan 11 hasta Oxford Tırnak Görünüm Skoru'na göre değerlendirildiğinde bir hastada iyi sonuç (4 puan), on hastada ise çok iyi sonuç (5 puan) elde edilmiştir. Sonuç skoru ortalaması 4.82, standart sapması 0.40'tır. Opere edilmeyen hastadan bu bilgi alınmamıştır.

Hastaların demografik özellikleri, uygulanan tedaviler ve histopatolojik tanı Tablo 1'de özetlenmiştir. Verilen tanımlayıcı istatistiklere ilişkin detaylı bilgiler Tablo 2 ve Tablo 3'te incelenebilir.

TARTIŞMA

Tırnak bölgesinde görülen lezyonlar epitelial, fibroepitelial, fibroz, mezenkimal, vasküler, nörojenik, lenfatik ve melanositik kökenli tümöral oluşumlar veya psödötümör görünümünü yaratan reaktif ve dejeneratif hastalıklardır (6). Tırnağın ultraviyoleye karşı koruyucu etkisi sayesinde tırnak bölgesinde malign tümörler benign olanlara göre daha nadir görülse de bu bölgeye olan metastatik lezyonlar da bulunmaktadır (18). Anatomik olarak birçok farklı dokunun bir arada bulunduğu bir alan olarak tırnak bölgesindeki lezyonlar ciltte görüldüklerinde olandan farklı morfolojik ve klinik bulgular gösterebilirler (3).

Tırnak yatağındaki pigmente lezyonların benign-malign ayrımı çoğu zaman güçlkle yapılmaktadır (9). Tümöral oluşumlar dışında travmaya bağlı görülen subungual hematoma da pigmente lezyon görünümü verebilir (3). Her ne kadar

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri, uygulanan tedaviler ve histopatolojik tanı.

Hasta	Yaş	Yerleşim	Tedavi	Histopatoloji	Tanı	Lezyonun bulunma süresi	Takip	Sonuç skoru
1 (Şekil 1A-F)	34	EI parmağı	Tırnağa sınırlı yaklaşım	Benign melanositik nevüs	Melanonişi	18 ay	6 ay	Çok iyi (5)
2	52	EI parmağı	Tırnağa sınırlı yaklaşım	Benign melanositik nevüs	Melanonişi	10 ay	6 ay	İyi (4)
3	45	EI parmağı	Tırnağa sınırlı yaklaşım	Benign melanositik nevüs	Melanonişi	13 ay	6 ay	Çok iyi (5)
4	48	EI parmağı	Tırnağa sınırlı yaklaşım	Benign melanositik nevüs	Melanonişi	9 ay	6 ay	Çok iyi (5)
5*	34	Ayak parmağı	Opere edilmedi	-	Melanonişi	11 ay	-	-
6	37	EI parmağı	Frozen biyopsi	Benign lezyon	Melanonişi	8 ay	6 ay	Çok iyi (5)
7 (Şekil 2A-G)	51	EI parmağı	Tırnak tamamen korundu	Ganglion kisti	Ganglion kisti	24 ay	6 ay	Çok iyi (5)
8	39	EI parmağı	Transungual yaklaşım	Glomus tümörü	Glomus tümörü	2 ay	6 ay	Çok iyi (5)
9	52	EI parmağı	Transungual yaklaşım	Glomus tümörü	Glomus tümörü	4 ay	12 ay	Nüks (7. ay) Tekrar opere edildi. Çok iyi (5)
10	58	EI parmağı	Transungual yaklaşım	Glomus tümörü	Glomus tümörü	7 ay	6 ay	Çok iyi (5)
11	58	EI parmağı	Transungual yaklaşım	Glomus tümörü	Glomus tümörü	3 ay	6 ay	Çok iyi (5)
12 (Şekil 3A-G)	43	EI parmağı	Tırnakta pencere açıldı	Glomus tümörü	Glomus tümörü	6 ay	6 ay	Çok iyi (5)

tırnak yatağında bulunan pigmente kitlelerin büyük bir kısmı melanotik makül olsa da makroskopik olarak melanomun benign tümörlerle ayrımı çok zordur (9). Özellikle Hutchinson bulgusu olan hastalarda daha rahat ayırım yapılsa da ayırım yapılamayan hastalarda irregülasyon gösteren hiperpigmente lezyonlardan biyopsi alınması şarttır (7). Tırnaktaki bulunan pigmente lezyonların malignite ekartasyonu için biyopsi gerekliliği büyük ölçüde kaçınılmaz olup, plastik cerrahi prensiplerine göre biyopsinin eksizyonel yapılması gereklidir (19).

Tablo 2: Lezyonların tanı, yerleşim, tedavi ve histopatolojik dağılımı.

	n	%
Tanı		
Melanonişi	6	50
Ganglion kisti	1	8,3
Glomus tümörü	5	41,7
Toplam	12	100
Yerleşim		
El parmağı	11	91,7
Ayak parmağı	1	8,3
Toplam	12	100
Tedavi		
Tırnağa sınırlı yaklaşım	4	33,3
Opere edilmedi	1	8,3
Frozen biyopsi	1	8,3
Tırnak tamamen korundu	1	8,3
Transungual yaklaşım	4	33,3
Tırnaktaki pencere açıldı	1	8,3
Toplam	12	100
Histopatoloji		
Benign melanostik nevüs	4	33,3
Benign lezyon	1	8,3
Ganglion kisti	1	8,3
Glomus tümörü	5	41,7
-	1	8,3
Toplam	12	100

Melanonişi etiyolojik olarak melanosit aktivasyonu veya melanositik hiperplazi nedeniyle görülebilen tırnak plağında koyu kahverengi veya siyah renk değişikliğidir (8, 9). Fonksiyonel melanonişi de denilen melanosit aktivasyonu ile artmış melanin aktivasyonu tırnak matriksi epiteli ve tırnak plağında pigmentasyona neden olur (3, 8). Melanosit hiperplazisi ise aktif melanositlerin proliferasyonu ile olur ve nevüs veya malign melanom nedeniyle görülebilir (3).

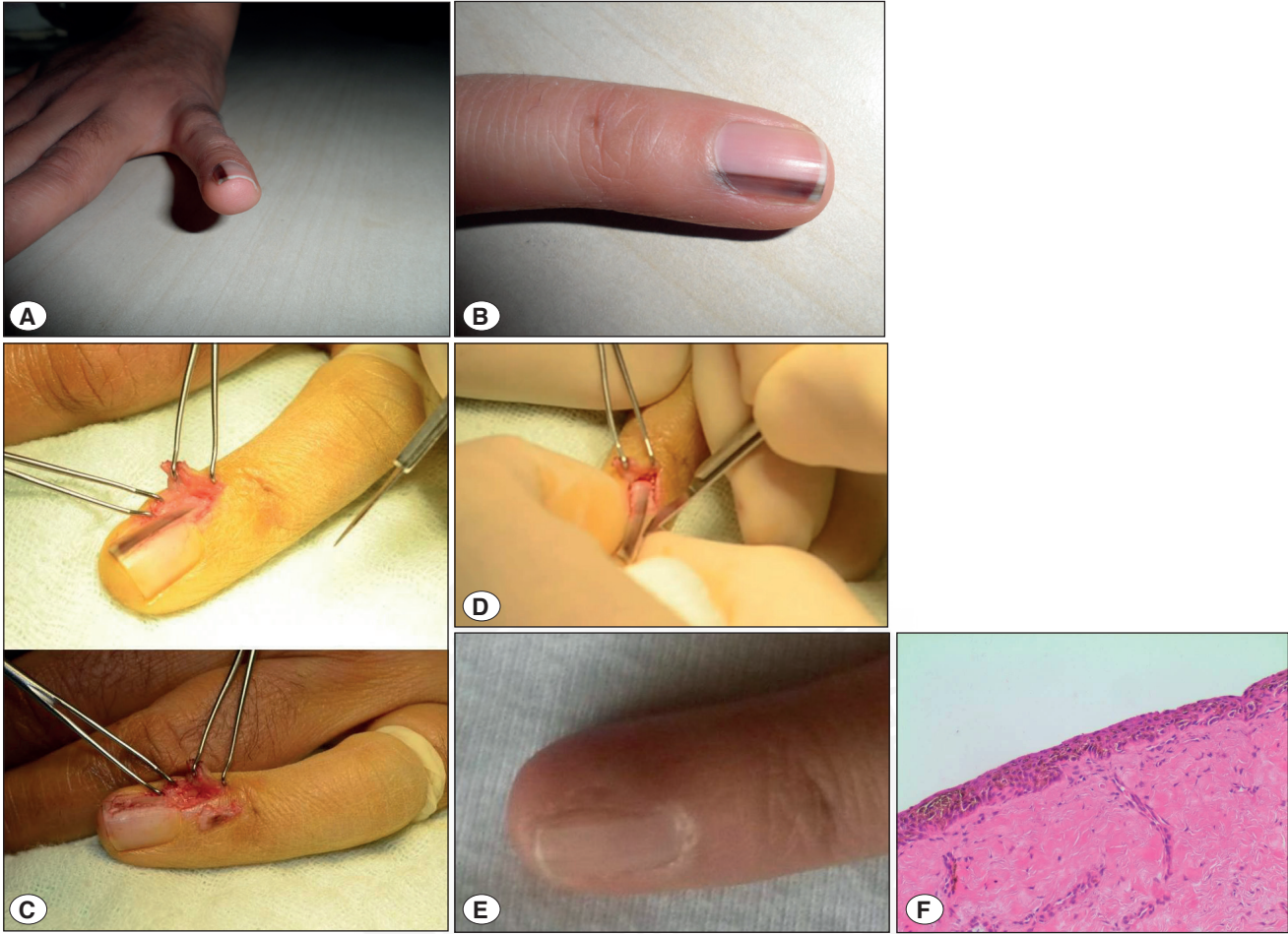
Melanonişi morfolojik olarak sıklıkla longitudinal olmak üzere transvers ve total olarak görülebilir (7, 8). Longitudinal melanonişide pigmentasyon tırnak matriksinden başlayıp hiponişiye kadar longitudinal bir biçimde uzanabilmektedir (8). Etiyolojide travma, sistemik hastalıklar (Addison hastalığı, Cushing sendromu ve hipertiroidi gibi), enfeksiyöz nedenler (fungal, bakteriyel ve viral enfeksiyonlar), inflamatuvar hastalıklar (liken planus, psoriasis gibi), B12 ve D vitamini eksikliği, kronik ilaç kullanımı, kemoterapi ilaçları ve sendromlar (Laugier-Hunziker Sendromu, Peutz-Jegher ve Touraine Sendromu) gibi birçok farklı neden bulunmaktadır (7, 8, 20).

Longitudinal melanonişi ayrıca irksal olarak koyu tenli insanlarda fizyolojik bir varyant olarak da bulunabileceğinden yeni lezyon çıkması veya mevcut lezyonda bir değişiklik olması malignite düşündürmelidir (21). El tırnaklarında ayak tırnaklarına göre daha sık rastlanır. Longitudinal melanonişi şikayetiyle gelen hastaların longitudinal melanonişiye yol açacak bir hastalığı bulunmuyorsa ve kronik ilaç kullanmıyorsa melanom ekartasyonu açısından eksizyonel biyopsi ile hastaların patolojik tanı almasını uygundur (8). Bizim sunduğumuz pigmente lezyonu olan hastalarda tanı melanositik nevüs olarak gelmiştir. Her ne kadar tırnak bölgesinde nevüs nadir olarak görülse de lezyon tırnak matriksinde olduğunda lineer melanonişi olarak bulgu verebilir (6).

Melanonişi olan hastalarda lezyonun ileri yaşta çıkması ve tırnağın distrofik değişiklikler göstermesi melanom lehine değerlendirilmelidir (3). Muayenede Hutchinson veya mikro-Hutchinson bulgularının olması da radial büyüme fazında olan malign melanom göstergesidir (5). Melanonişi olan hastalarda bu bulgular varsa malign melanom çıkma olasılığı göz önünde tutularak eksizyonel biopsi alınması ve frozen biyopsi ile tanılama yapılmalıdır. Frozen biyopsi sonucunun malign gelmesi durumunda geniş eksizyon, hatta ampü-

Tablo 3: Hastaların yaş, lezyon bulunma süresi, takip ve sonuç skor dağılımı.

Parametreler		Sonuç	
		Ortanca (Minimum-Maksimum)	Ortalama ± SS
Yaş	(n=12)	46,5 (34-58)	45,9±8,62
Lezyonun bulunma süresi (ay)	(n=12)	8,5 (2-24)	9,6±6,37
Takip (ay)	(n=11)	6 (6 -12)	6,5±1,81
Sonuç Skoru	(n=11)	5 (4-5)	4,8±0,40



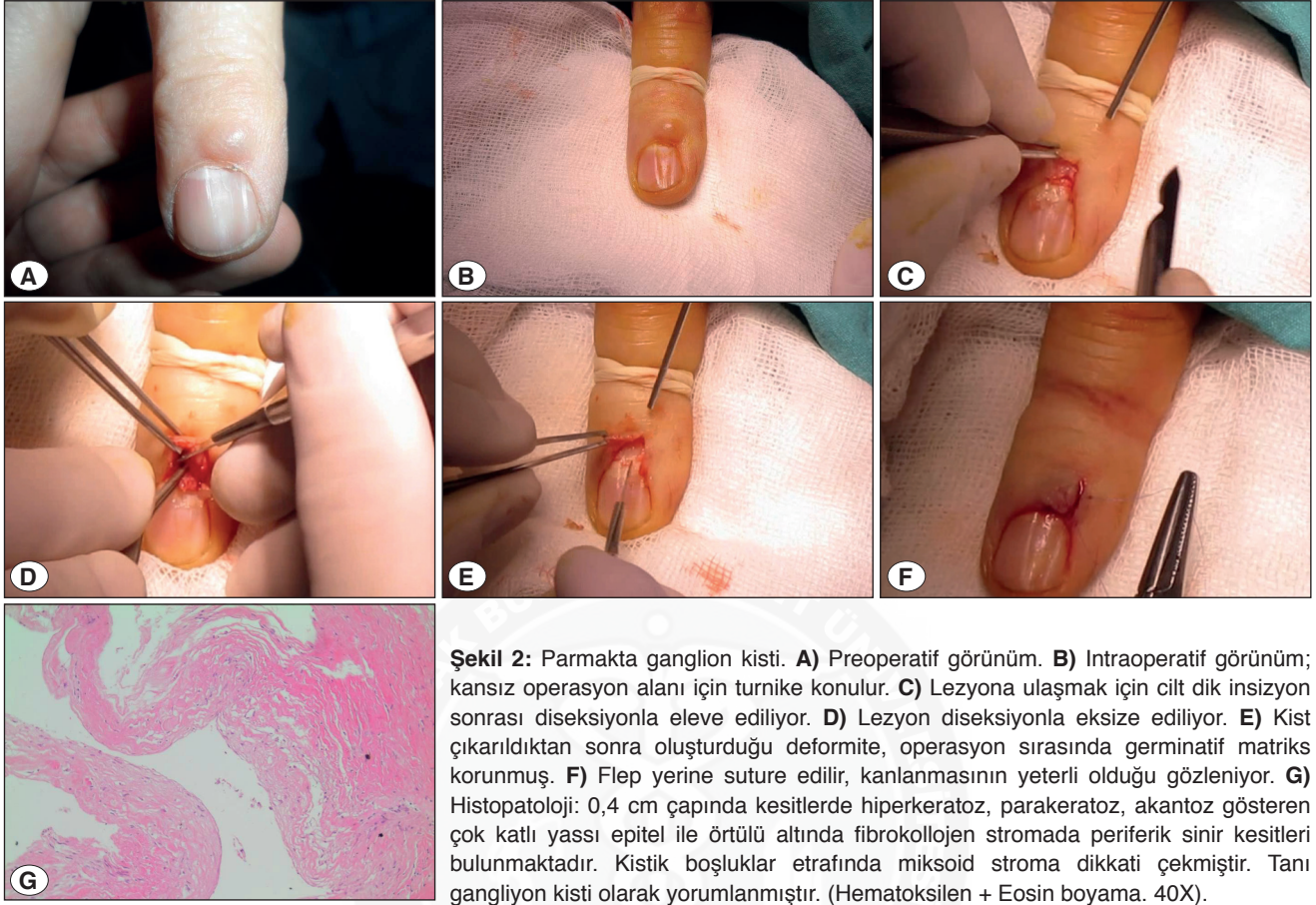
Şekil 1: Parmakta melonişiya. **A)** Preoperatif görünüm. **B)** Preoperatif görünüm. **C,D)** Intraoperatif görünüm; lezyonun germinatif matrikste yerleştiği, bu nedenle eksizyon kısmen matrikside içermekte. **E)** Postoperatif görünüm. **F)** Histopatoloji: çok katlı yassı epitel ile örtülü, epitelin bazal tabakasında ve epitel içinde melanositlerce artış bulunmakta, herhangi bir sınıır pozitifliği bulunmamaktadır. İmmunohistokimyasal çalışmada HMB-45 POZİTİF, S-100 NEGATİF, Tanı benign melanositik nevüs (Hematoksilen + Eosin boyama. 40X).

tasyon gerekebileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Ayrıca sentinel lenf nodu biopsisi, tekrar frozen biyopsi ve sonrasında gerekirse lenf nodu diseksiyonu olasılığı operasyon planının içinde yer almalıdır (19, 22). Hastanın preoperatif bilgilendirilmesi ve onamları buna göre yapılmalıdır. Melanom hastalarının erken tanı alması açısından tırnak yatağında kuşkulu kitlesi olan hastalara eksizyonel biyopsi yapılması mortaliteyi ve morbiditeyi azaltacaktır (22). Tırnak bölgesindeki melanomların 1/3-1/4 kadarı pigmente değildir ve bu vakalarda tanı koymak pigmente olanlara göre çok daha zordur (3).

Glomus tümörleri cildin retiküler tabakasında bulunan nöromyotriyel bir yapı olan glomus cisimciğinin hiperplazisi ile görülen vasküler hamartamatoz tümörlerdir (11, 23) Glomus tümörleri klasik üçlü bulgusu olan lokalize hassasiyet, ağrı atakları ve soğuk intoleransı dışında palpe edilebilen nodül, tırnakta mavimsi renk değişikliği, tırnak

deformitesi bulguları verebilirler (12, 23). Kan akımını kontrol ederek kan basıncını ve sıcaklığı kontrol eden glomus cisimcikleri en parmak uçlarında bulunurlar (23). Başka bölgelerde bulunabilenler de en sık subungual bölgede olmak üzere elde bulunurlar ve el tümörlerinin yaklaşık %1 ila %5'ini oluştururlar (23). Glomus tümörü ile başvuran hastalar genellikle 30-50 yaş arasındadır (6). Bizim serimizde başvuran hastaların yaşları 39-58 arasındaydı.

Glomus tümörlerinin tanısında muayene bulgusu olarak Love'un toplu iğne testi ve Hildreth'in turnike testi, soğuk intolerans testi ve transilluminans testi uygulanabilir (10). Bu tümörlerin tanısı için her ne kadar öykü ve fizik muayenenin yeterli olabileceği belirtilmiş olsa da lezyonun diğer yumuşak doku tümörlerinden ayırt edilebilmesi için imkan varsa X-ray, ultrasonografik görüntüleme, manyetik rezonans görüntüleme istenebilir (11, 24). Bizim hastalarımızda muayene bulgusu glomus tümörünü düşündüren hastalardan



Şekil 2: Parmakta ganglion kisti. **A)** Preoperatif görünüm. **B)** Intraoperatif görünüm; kansız operasyon alanı için turnike konulur. **C)** Lezyona ulaşmak için cilt dik insizyon sonrası diseksiyonla eleve ediliyor. **D)** Lezyon diseksiyonla eksize ediliyor. **E)** Kist çıkarıldıktan sonra oluşturduğu deformite, operasyon sırasında germinatif matriks korunmuş. **F)** Flep yerine suture edilir, kanlanmasının yeterli olduğu gözleniyor. **G)** Histopatoloji: 0,4 cm çapında kesitlerde hiperkeratoz, parakeratoz, akantoz gösteren çok katlı yassı epitel ile örtülü altında fibrokollojen stromada periferik sinir kesitleri bulunmaktadır. Kistik boşluklar etrafında miksoid stroma dikkati çekmiştir. Tanı gangliyon kisti olarak yorumlanmıştır. (Hematoksilen + Eosin boyama. 40X).

ince kesit MR görüntüleme istenmiştir. Glomus tümörlerinin kesin tedavisi lezyonun cerrahi olarak total eksizyonudur (25). Reinders ve ark. tarafından yapılan çalışmada glomus tümörleri olan hastaların cerrahi tedavi sonrasında hem yaşam kalitelerinde hem de ağrı skorlarında yüksek oranda bir iyileşme gözlediklerini bildirmişlerdir (23). Cerrahi teknik olarak tanımlanmış 4 farklı teknik bulunmaktadır; santral yerleşimli lezyonlar için tırnak çekildikten sonra kitlenin üzerindeki tırnak yatağından insizyon ile yapılan trasungual yaklaşım, periferik yerleşimli lezyonlar için tırnak çekildikten sonra lateralden yapılan insizyon ile lateral periosteal yaklaşım bulunmaktadır. Tırnağın tüm bölgeleri için ise tırnak çekildikten sonra tırnak yatağının proksimal bazlı flep şeklinde kaldırdığı subungual yaklaşım ile tırnak, tırnak yatağı ve cildin kompozit flep olarak eleve edildiği köpekbalığı ağızı (shark mouth) yaklaşımı (25, 26). Bizim hastalarımızda lezyonların eksizyonunda tüm lezyonlar santral yerleşimli olduğu için trasungual yaklaşım kullanılmıştır. Postoperatif 1 hastada tırnak yatak revizyonu yapılması gerekmiştir, 1 hastada ise tümör nüks etmiştir.

Dijital muköz kistler; distal interfalanjial eklem ganglionu, dijital musinöz kist, miksoid psödokist gibi isimler ile de bili-

nirler (6). Kadın hastalarda, el parmaklarında ve özellikle dominant elin işaret parmağında daha sıklıkla görülürler (27). Distal interfalanjial eklem ile ilişkili olan ganglion tipi ve proksimal tırnak yatağı ile ilişkili olan miksomatöz tipi bulunmaktadır (6). Tırnak deformitesi, hassasiyet, ağrı, akıntı, kistin spontan rüptürü, hareket kısıtlılığı görülebilir (16, 28). Tedavisinde cerrahi dışında steroid veya sklerozan madde enjeksiyonu, kriyocerrahi, infrared koagülasyon tedavisi, CO2 lazer vaporizasyon, ponksiyon ve drenaj tedavileri sonrasında baskı uygulanması seçenekleri de bulunmaktadır (6, 16, 27). Cerrahi olmayan tedavi yöntemlerinde farklı tedavilerde %14 ila %80 arası nüks oranları bildirilmiştir (16, 28). Bizim hastamızda cerrahi tedavi uygulanmıştır ve postoperatif takiplerinde nüks gözlenmemiştir.

Olguların 4'ünde trasungual yöntem ile yaklaşım yapılmıştır. Bir olguda cerrahi girişim yapılmadı, 7 olguda tırnak büyük ölçüde korunarak cerrahi yaklaşım yapılmıştır. Tırnak yatağında yapılan uygulamalarda tırnağın tamamen çekilmesi çoğu zaman gerekmez. Tırnağın lezyon dışında kalan kısmının sağlam bırakılması hastanın iyileşme sürecinin daha az pansumanla ve daha az ağrı ile geçmesini sağlamaktadır. Ayrıca günlük hayata dönüşü kolaylaştırmakta-



Şekil 3: Parmakta glomus tümörü. **A)** Preoperatif görünüm. **B)** Intraoperatif görünüm; tümör tırnak üzerinden açılan pencereden diseke ediliyor. **C)** Tümör bütünlüğü korunarak eksize ediliyor. **D)** Matris tamir ediliyor. **E)** Operasyon tamamlandığında tırnak lezyon dışında intakt, matris onarılmış, flep suture edilmiş. **F)** Postoperatif görünüm **G)** Histopatoloji: 0,8x0,4x0,1 çapında ve 0,8 çapında 2 adet kitilde düzgün sınırlı stroması yer yer miksoid dejenerasyon gösteren özellikle perivasküler proliferasyon gösteren geniş eozinofilik sitoplazma içeren üniform hücrelerden oluşmuş benign kitleler. İmmunohistokimyasal çalışmada SMA ve VİMENTİN diffüz pozitif, CD34 ile fokal pozitif pansitokeratin ve S-100 ile NEGATİF boyanmıştır. Tanı glomus tümörü (Hematoksilen + Eosin boyama. 40X).

dır. Tırnak yatağına yapılan girişimlerde büyütme eşliğinde yapılması deformitenin minimalizasyonu cerrahi işlemin güvenilirliği sağlamada, rekürrensi önlemede önemlidir.

SONUÇ

Bu çalışmada tırnak bölgesinde görülen lezyonlar nadir görülmeleri nedeni ile sonuçları ile birlikte sunulmuştur. Tırnak yatağındaki lezyonlar tırnak altında bulunmaları veya dar bir bölgede benzer bulgular vermeleri nedeniyle uzun süre göz ardı edilebilir. Bu çalışmada değerlendirilen hastaların kliniğe başvurma süresi 18 aya kadar uzamıştır. Tırnak bölgesinde bir lezyon saptanan hastaların cerrahi tedavisi mümkün olmayacaksa maligniteyi ekarte etmek için klinik olarak takip edilmelidir. Biyopsi ve kesin tedavi için cerrahi yaklaşım mikroskopik büyütme altında yapılmalıdır ve tırnak dokusu olabildiğince korunmalıdır. Bu çalışmada mikroskopik büyütme altında tedavi edilen ve tırnağın korunduğu hastalarda postoperatif sonuçlar tatmin edici olmuştur, uzun dönemde deformite görülmemiştir.

Teşekkür

Bulunmuyor.

Yazar Katkı Beyanı

Çalışmanın fikri ve planlanması: **Ali Gökkaya, Burçin Acuner, Metin Görgü**, Verilerin elde edilmesi: **Ali Gökkaya, Burçin Acuner, Metin Görgü**, Verilerin analizi: **Ali Gökkaya, Burçin Acuner, Metin Görgü**, İstatistik değerlendirmesi: **Burçin Acuner**, Yazının kaleme alınması: **Ali Gökkaya, Burçin Acuner**, Yazının revizyonu: **Burçin Acuner, Metin Görgü**, Yazının son halinin onaylanması: **Ali Gökkaya, Burçin Acuner, Metin Görgü**.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan eder.

Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesi doğrultusunda gerçekleştirilmiştir ve çalışma için çok merkezli etik kurul onayı (BAIBU Klinik Araştırma Etik Kurulu 2020/301) alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Domínguez-Cherit J, Chanusot-Deprez C, Maria-Sarti H, Fonte-Avalos V, Vega-Memije E, Luis-Montoya P. Nail unit tumors: A study of 234 patients in the dermatology department of the "Dr Manuel Gea González" General Hospital in Mexico City. *Dermatol Surg* 2008;34(10):1363-1371.
2. Mundada P, Becker M, Lenoir V, Stefanelli S, Rougemont AL, Beaulieu JY, Boudabbous S. High resolution MRI of nail tumors and tumor-like conditions. *Eur J Radiol* 2019;112:93-105.
3. Haneke E. Important malignant and new nail tumors. *J Dtsch Dermatol Ges* 2017;15(4):367-386.
4. Wortsman X, Wortsman J, Soto R, Saavedra T, Honeyman J, Sazunic I, Corredoira Y. Benign tumors and pseudotumors of the nail: a novel application of sonography. *J Ultrasound Med* 2010;29(5):803-816.
5. Richert B, Lecerf P, Caucanas M, Andre J. Nail tumors. *Clin Dermatol* 2013;31(5):602-617.
6. Haneke E. Nail Unit Tumors - Benign Tumors. In: Singal A, Neema S, Kumar P, editors. *Nail Disorders A Comprehensive Approach*. New York, Press/Taylor & Francis Group; 2019. 360-397.
7. Singal A, Bisherwal K. Melanonychia: Etiology, diagnosis, and treatment. *Indian Dermatol Online J* 2020;11(1):1-11.
8. Gradinaru TC, Mihai M, Beiu C, Tebeica T, Giurcaneanu C. Melanonychia - clues for a correct diagnosis. *Cureus* 2020;12(1):e6621.
9. Nevares-Pomales OW, Sarriera-Lazaro CJ, Barrera-Llaurador J, Santiago-Vazquez M, Lugo-Fagundo N, Sanchez JE, Sanchez JL. Pigmented lesions of the nail unit. *Am J Dermatopathol* 2018;40(11):793-804.
10. Morey VM, Garg B, Kotwal PP. Glomus tumours of the hand: Review of literature. *J Clin Orthop Trauma* 2016;7(4):286-291.
11. Pandey CR, Singh N, Tamang B. Subungual glomus tumours: Is magnetic resonance imaging or ultrasound necessary for diagnosis? *Malays Orthop J* 2017;11(1):47-51.
12. Civan O, Gunturk OB, Ozaksar K, Cavit A, Ozcanli H. Glomus tumors of the nail bed: Topographic anatomy and an algorithmic approach based on the topography. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2020;52(3):202-206.
13. Chae JB, Ohn J, Mun JH. Dermoscopic features of digital mucous cysts: A study of 23 cases. *J Dermatol* 2017;44(11):1309-1312.
14. Ferrelli C, Caravano M, Fumo G, Rongioletti F. Digital myxoid cysts: 12-year experience from two Italian Dermatology Units. *G Ital Dermatol Venereol* 2018;153(6):847-854.
15. Brown RE, Zook EG, Russell RC, Kucan JO, Smoot EC. Fingernail deformities secondary to ganglions of the distal interphalangeal joint (mucous cysts). *Plast Reconstr Surg* 1991;87(4):718-725.
16. Esson GA, Holme SA. Treatment of 63 subjects with digital mucous cysts with percutaneous sclerotherapy using polidocanol. *Dermatol Surg* 2016;42(1):59-62.
17. Jain A, Stokes J, Gardiner MD, Cook JA, Jones A, Cooper C, Shirkey B, Sierakowski A, Beard D, Greig AVH, Dupré S, Adami RZ, Baker B, Fleet M, Miles D, Nicholas R, Nicola A, Plonczak A, Sleiwah A, Williams G; NINJA Collaborative; NINJA Collaborative. The Oxford Finger Nail Appearance Score - a new scoring system for fingernail deformity following paediatric finger tip trauma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2021;74(1):94-100.
18. Haneke E. Nail Unit Tumors - Malignant Tumors. In: Singal A, Neema S, Kumar P, editors. *Nail Disorders A Comprehensive Approach*. New York, CRC Press/Taylor & Francis Group; 2019. 399-428.
19. Reilly DJ, Aksakal G, Gilmour RF, Gyorki DE, Chauhan A, Webb A, Henderson MA. Subungual melanoma: Management in the modern era. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2017;70(12):1746-1752.
20. Faico-Filho KS, Martins RS, Santos CL, Poles WA, Mello RB, Moura-Faico MM. Total melanonychia of 20 nails as a rare manifestation of vitamin B12 deficiency. *JAAD Case Rep* 2020;6(4):372-373.
21. O'Connor EA, Dzwierzynski W. Longitudinal melanonychia: Clinical evaluation and biopsy technique. *J Hand Surg Am* 2011;36(11):1852-1854.
22. Littleton TW, Murray PM, Baratz ME. Subungual melanoma. *Orthop Clin North Am* 2019;50(3):357-366.
23. Reinders EFH, Klaassen KMG, Pasch MC. Transungual excision of glomus tumors: A treatment and quality of life study. *Dermatol Surg* 2020;46(1):103-112.
24. Sechi A, Alessandrini A, Patrizi A, Starace M, Caposiena Caro RD, Vara G, Brandi N, Golfieri R, Piraccini BM. Ultrasound features of the subungual glomus tumor and squamous cell carcinomas. *Skin Res Technol* 2020;26(6):867-875.
25. Nambi GI, Varanambigai TKA. Excision of subungual glomus tumor by subungual approach: A useful yet underutilized technique. *J Cutan Aesthet Surg* 2019;12(3):187-190.
26. Asmar G, Mati T, Pop IA, Falcone MO. The 'shark mouth' flap approach for digital glomus tumours in 24 patients: Technique and clinical outcomes. *J Hand Surg Eur Vol* 2020;45(2):153-159.
27. Monteagudo-Sanchez B, Luina-Mendez L, Mosquera-Fernandez A. Dermoscopic features of a digital myxoid cyst. *Acta Dermatovenerol Croat* 2019;27(2):129-130.
28. Hsiung W, Huang HK, Chen TM, Chang MC, Wang JP. The outcome of minimally invasive surgery for digital mucous cyst: A 2-year follow-up of percutaneous capsulotomy. *J Dermatolog Treat* 2020:1-7.