

OLGU BİLDİRİLERİ

Dupuytren'in Subungual Ekzositozu (DSE)

DUPUYTRENS SUBUNGUAL EXOSITOTES

Tuğrul DERELİ*, Ali Can KAZANDI*, Sezer ERBOZ**, Mustafa DENİZ***

* Uzm.Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,
** Prof.Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,
*** Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, İZMİR

ÖZET

Biri 19 diğeri 16 yaşında iki kadın olguda, ayak başparmak tırnağı altında, tırnak plağını destrükte ederek serbest kenardan dışarı projekte olan iki tümör saptanmıştır. Klinik, radyolojik ve histopatolojik açıdan tipik Dupuytren'in subungual ekzositozu'nun özelliklerini gösteren bu iki tümör, cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra, pulpadan çevrilen yumuşak doku flebi ile kapatılmışlardır.

Anahtar Kelimeler: Dupuytren'in subungual ekzositozu, Tedavi

T Klin Dermatoloji 1996, 6:34-36

SUMMARY

In 19 and 16 years old two female patients, we detected two benign tumours, below the big toenails, destroying the nail plates and projecting out from the free margin of the nails. These tumours which were shown to be Dupuytren's subungual exostoses (DSE) by clinical, radiological and histopathological investigations, were excised surgically. The defects were closed via soft tissue flaps from the toe-web.

Key Words: Dupuytren's subungual exostoses, Treatment

T Klin J Dermatol 1996, 6:34-36

Dupuytren'in subungual ekzositozu (DSE), terminal falanks distalinden kaynaklanan benign, osteokartilajinöz bir tümördür. Çoğunlukla subungual yerleşmesi ve bazen tırnak plağında destrüksiyon yapması nedeniyle, bir kemik tümörü olmasına rağmen dermatolojiyi yakından ilgilendirir. Ne yazık ki yerli ve yabancı dermatoloji kaynaklarında bu tümöre ait pek az bilgi vardır.

Bu makalede, tipik klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikler gösteren iki DSE olgusu sunulmaktadır.

OLGULAR

OLGU 1: 19 yaşında, bayan, öğrenci. Bir yıl önce sağ ayak başparmak tırnağı altında sert bir oluşumun farkına varmış. Çok yavaş gelişen bu **tumoral** yapı tir-

Gelif Tarihi: 06.09.1995

Yazışma Adresi: Tuğrul DERELİ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD,
Bornova, İZMİR

hl.Prof.Dr.A.Lütfü Tat Simpozyumu, 5-8 Ekim 1993, Nevşehir'de poster olarak sunulmuştur.

nak plağını iterek tırnağın serbest kenarından dışarı taşmış. Tırnağa herhangi bir travma tanımlamayan hastanın yürüme ve ayakkabı giyme ile ağrı yakınmaları başlamış.

Klinik olarak sağ ayak başparmak tırnağı altında medial yerleşimli, tırnak plağını yukarıya doğru iterek serbest kenardan dışarıya projekte olmuş, 2 cm çapında, sert bir tümöral kitle izlenmekteydi (Şekil 1).

Dermatoloji Küçük Müdahale Seksiyonu'nda parsiyel tırnak avulsiyonundan sonra osteotomi ile kemik kitle çıkarıldı. Zemin kürete edildi, Pulpadan çevrilen fleb ile lezyon kapatıldı (Şekil 2).

Histopatolojik incelemede (Dermatopatoloji Prot. No: 601/93): Ortada matür trabeküler kemik yapısını çevreleyen kartilajinöz yapı: Dupuytren'in subungual ekzositozu (Şekil 3).

10.günde hastanın suturları alındı. 2 yıl sonra herhangi bir nüks saptanmadı.

OLGU 2: 16 yaşında, bayan, öğrenci, karate sporu yapıyor. Yaklaşık 1.5 yıl önce sağ ayak başparmak tırnağı altında çıkan kitle büyüyerek tırnağı yukarı itmiş. Yürüme ve ayakkabı giyme ile ağrı başlamış, spor yapamaz olmuş.



Şekil 1. Olgu-1'in klinik görünümü

Muayenesinde sağ ayak başparmak tırnağı medialinde, tırnağı yukarı iten 1.5 cm çaplı sert bir tümöral yapı vardı (Şekil 4).

Lateral X-Ray: Terminal falanks distal-dorsalinden köken alan kuş gagası görünümünde trabeküler kemik yapısı: Ekzositozis (Şekil 5).

Total tırnak avulsiyonundan sonra osteotomi ile kemik tümör çıkarıldı. Zemin kürete edildikten sonra pulpadan çevrilen fleb ile kapatıldı.

Histopatolojik inceleme (Dermatopatoloji Prot No: 783/93): Dupuytren'in subungual ekzositozu.

10.gün suturları alınan hastada geçen 22 ayda nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

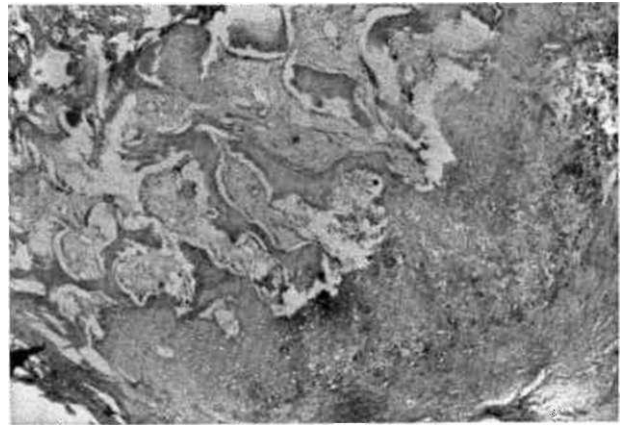
İlk kez 1847'de Dupuytren'in tanımladığı subungual ekzositoz, terminal falanksların distalinde görülen bir kemik tümördür. Uzun yıllar osteokondromun özel bir tipi sanılmakla beraber klinik, radyolojik, histopatolojik ve ultrastrüktürel çalışmalar, tamamen ayrı bir antite olduğunu ortaya koymuştur (1,2).



Şekil 4, Olgu-2'nin klinik görünümü



Şekil 2. Defektin pulpadan çevrilen yumuşak doku ile kapatılması (Olgu-1)



Şekil 3. Histopatolojik görünüm (Olgu-1)

Ençok ayak başparmağı terminal falanks distali ve medio-dorsalinde yerleşir. Daha nadir olarak aynı lokalizasyonda diğer ayak ve el parmaklarında görülebilir (3). Yavaş büyüyen tümöral yapı, subungual bölgeye



Şekil 5. Radyolojik görünüm (Olgu-2): Terminal falanks distalinde kuş gagası gibi uzanan kemiksi çıkıntı

ilerleyerek tırnak plağına bası ile distrofiye neden olabilir (2,4). Olguların çoğunluğu postadölesan ve genç adult dönemdedir. Kadın/Erkek oranı 2/1'dir (4,5).

Etiyolojide majör ve minör travmalar sorumlu tutulmakla beraber buna dair kesin kanıt yoktur (4).

Klinik olarak, genellikle tırnağın serbest kenarından dışarı taşan, 0.5-2 cm çapında sert bir kitle bulunur. Hastalar, yürümekle veya ayakkabı giymekle ortaya çıkan ağrıdan yakınrlar.

Radyolojik inceleme tanı koydurucudur. Lateral X-Ray'de terminal falanks distalinde dorsal yüzden köken alan trabeküler bir kemik çıkıntı görülür. Maligniteyi düşündürecek bir kemik destrüksiyonu bulunmaz (1,2).

DSE'nin histopatolojisi, zeminde matür trabeküler kemik ve bunu çevreleyen fibrokartilajinöz bir kabuktan ibarettir. Erken evrede lezyon, tırnak yatağına ilerlemiş bir fibröz doku proliferasyonu şeklindedir. Fibröz doku arasındaki metaplazik kırık odakları zamanla kalsifiye olarak trabeküler kemik yapısını oluştururlar, ileri evrelerde tümöre ait kemik ile falanks kemiği birleşir. Kemik yapı üzerini örten fibrokartilajinöz yapı, tümörün büyüme dönemlerinde iri, multinükleer kondrositleri içerir ki bu görünüm kondrosarkomu andırabilir. Yetersiz ve yüzeyden alınan biyopsiler, yanlış kondrosarkom tanısı ile gereksiz cerrahi müdahalelere yol açabilir (1,2).

Elektron mikroskopik incelemede tümörün iki tip hücreden oluştuğu anlaşılmıştır: Osteoblast ve osteositler. Ancak DSE'na ait bu iki tip hücrenin normal kemik hücreleri kadar düzenli bir kemik oluşturma yeteneği yoktur (6).

DSE'nun ayırıcı tanısında osteokondrom, enkondrom, subungual verru, piyogenik granulom, glomus tümörü, tırnak yatağı karsinomu, melanom, keratoakanatom lokalizasyon benzerliği gösteren tümörler gözönünde tutulmalıdır (5).

Tedavide lokal eksizyon ve küretaj önerilmekle birlikte nüks oranı Miller-Breslow'un (2) serisinde %53, Landon ve ark. (1) serisinde %11 olarak bildirilmektedir. Nüksün yüksek olmasında küretajın yetersizliği önemli bir faktördür. Yine yazarlar, defektin nasıl kapatıldığı konusunda bilgi vermemişlerdir. Bu makalede sunulan iki olguda, osteotomi yapıldıktan sonra terminal falanksın tümörle birleşme yeri tamamen kürete edilmiştir. Oluşan defekt, kozmetik görünümün daha iyi ve yara iyileşmesinin daha hızlı olması için pulpadan çevrilen fleble kapatılmıştır.

DSE'na, dermatoloji polikliniklerinde ender rastlanmaktadır. Kemik tümörü olmasına karşın ayırıcı tanısında daha çok dermatolojik hastalıklar sözkonusudur. Klinik, radyolojik, histopatolojik yönleri ile sunulan bu iki olgu çok tipik DSE özellikleri taşımaktadır ve kliniğimizde tedavi edilen ilk olgulardır.

KAYNAKLAR

1. Landon GC, Johnson KA, Dahlin DC. Subungual exostoses. *The J of Bone and Joint Surgery* 1979; 61-A(2):256-9.
2. Miller-Breslow A, Dorfman HD. Dupuytren's (subungual) exostoses. *The Am J of Pathol* 1988; 12(5):368-78.
3. Bennett RG, Gammer S. Painful callus of the thumb due to phalangeal exostosis. *Arch Dermatol* 1973; 108:826-7.
4. Serdaroğlu S, Tüzün Y, Kotoğyan A. Tırnak tümörleri. In: Tüzün Y, ed. *Tırnak Hastalıkları'nda*. İstanbul: Teknografik Matbaacılık, 1993:178.
5. Cohen HJ, Frank SB, Minkin W, Gibbs RC. Subungual exostoses. *Arch Dermatol* 1972; 107:431-2.
6. Kato H, Nakagawa K, Tsuji T, Hamada T. Subungual exostoses-clinicopathological and ultrastructural studies of three cases. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15:429-32.