



Subungual Skuamöz Hücreli Karsinom: Nadir Bir Bölge

Birgül Tepe

Kahta Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Adıyaman

Subungual skuamöz hücreli karsinom, tırnak yatağının en sık görülen malignitesi olmasına rağmen, klinik pratikte oldukça nadir görülür. Klinik görünümü çok değişkendir. Bazı benign durumları taklit edebilir. Ayak parmaklarını nadiren tutar. Burada, subungual skuamöz hücreli karsinom tanısı almış 80 yaşındaki bir erkek hasta, hem hastalığın hem de tutulum yerinin nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Subungual Skuamöz Hücreli Karsinom; Tırnak Hastalıkları; Ayak Parmağı.

Subungual Squamous Cell Carcinoma: A Rare Site

In spite of subungual squamous cell carcinoma is the most common malignancy affecting the nail bed, it is seen quite rare in the clinical practice. The clinical appearance is extremely variable. It can mimic some benign conditions. It rarely involves the toes. In this report, a 80 year-old man diagnosed as subungual squamous cell carcinoma was presented because of the rarity of both the disease itself and location of the lesion.

Key Words: Subungual Squamous Cell Carcinoma; Nail Diseases; Toe.

Giriş

Subungual skuamöz hücreli karsinom (SHK), tırnak ünitesinin en sık görülen malignitesi olmakla birlikte, nadir bir hastalıktır. Klinik görünümü spesifik değildir. Lökonishi, subungual hiperkeratoz, subungual hemoraji, tırnak distrofisi, trakionishi, longitüdüal eritronishi ve melanonishiye benzer.^{1,2} Malignitenin erken işaretleri sıklıkla tırnak plağı tarafından maskelenmektedir.³ Sıklıkla kronik paronishi, onikomikozis, verruka vulgaris, piyojenik granülom (PG), glomus tümörü, melanositik nevüs, subungual ekzositoz, travmatik diskromi, kronik osteomyelit, keratoakantoma, tırnak batması gibi benign hastalıklar ile karıştırılmaktadır.¹⁻⁶ Bu nedenle gerçek insidansı bilinmemektedir. Yavaş seyirli ve minimal semptomlu bir tümör olduğu için de, kesin tanı konulana kadar aradan 4-14 yıl gibi bir süre geçebilmektedir.⁴

Burada ayak onikomikozunun da eşlik ettiği, subungual SHK tanısı almış bir olgu, hem hastalığın kendisinin hem de yerleşim yerinin nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu

Seksen yaşında bir erkek hasta, kliniğimize ayak tırnaklarındaki kalınlaşma ve şekil bozukluğu ile

başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; bilateral ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz ve sarı-kahve renk değişikliği, ayak tabanlarında kalın kirli beyaz skuamlar ve hiperkeratoz mevcuttu. Bu bulgulara ek olarak, sol ayak 3. parmakta tırnağı ikiye parçalamış şekilde, hiperkeratotik ve masere, yuvarlak sınırı olan yaklaşık 1.5x1 cm'lik, yüzeyi hafif hamorajik ve ülser ekzofitik nodüler bir lezyon görüldü (Resim 1).

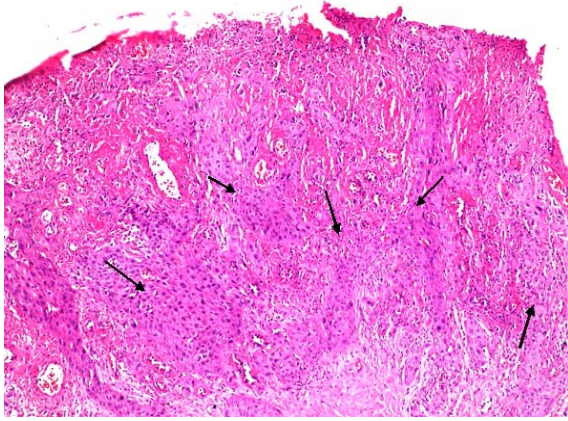


Resim 1. Sol ayak 3. parmakta yaklaşık 1.5x1 cm'lik ekzofitik nodüler lezyon.

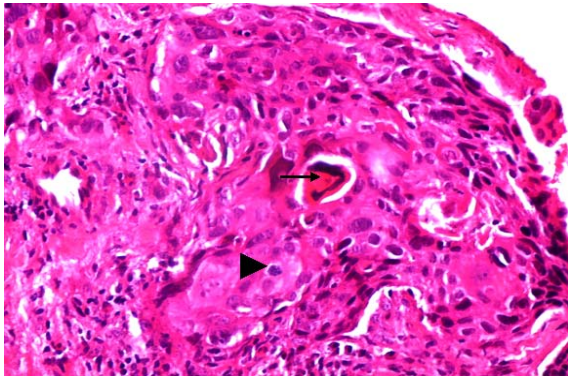
Başvuru Tarihi: 12.08.2011, Kabul Tarihi: 05.10.2011

Tepe B.

Her iki ayakta 2. parmak, 3. parmak üzerine deviyeye durumdaydı. Diğer yönlerden sistemik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde gonartroz dışında önemli bir özellik yoktu. Ailesel deri ve deri dışı kanser hikayesi, geçirilmiş bir travma öyküsü belirtilmedi. Ayak tabanı ve tırnak altından alınan örneklerin %20'lik potasyum hidroksit (KOH) ile mikroskopik incelemesinde çok sayıda mantar hifaları görüldü. Sol ayak 3. parmak lezyonundan amelanotik malign melanom (AMM), SHK, PG ve kaposi sarkomu ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede sık diskeratoz ve mitozun izlendiği, yüzeysel ülserasyonlu desmoplazik stromaya adalar ve yuvalar halinde invazyon gösteren büyük, hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü, geniş eozinofilik sitoplazmalı tümör hücreleri saptandı. Tanı SHK olarak rapor edildi (Resim 2a, 2b).



Resim 2a. Yüzeysel ülserasyonlu, yuvarlak hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü, geniş eozinofilik sitoplazmalı, adalar ve yuvalar halinde desmoplazik stromaya invazyon gösteren tümör hücreleri (oklar), (HEEx100).



Resim 2b. Tümör hücrelerinde artmış mitoz (ok başı) ve diskeratoz (ok) (HEEx400).

Ortopedi uzmanı ile konsülte edilen hastanın mevcut lezyonu metatars düzeyinde ampute edildi. Amputasyon materyalinin histopatolojik incelemesi de iyi diferansiyeli SHK olarak bildirildi. Cerrahi sınırlarda tümör olmadığı,

tümörün cerrahi sınıra 3 cm uzakta olduğu ve kemik dokuya invazyonun bulunmadığı tespit edildi. Bu bulgularla ek tetkik ve tedaviye gerek duyulmadı. Amputasyondan bir ay sonra tekrar görülen hastada herhangi bir rekürrens bulgusuna rastlanmadı. Onikomikoz ve tinea pedis tedavisi başlanan hastanın SHK açısından üç aylık aralarla takip edilmesi planlandı.

Tartışma

Subungual SHK, tırnak yatağı, tırnak matriksi, tırnak olukları veya lateral tırnak katlantılarının epiteliumundan köken alır.^{1,2,4} En sık yaşlılarda ve erkeklerde görülür.¹ Çoğunlukla el başparmakları, işaret parmağı ve nadiren de ayak parmaklarını tutar.⁴ Genellikle tek bir parmağı etkiler.¹⁻³ Rapor edilen vakaların çoğunluğunu el parmak tutulumları oluşturmaktadır.¹⁻⁸ Olgumuzda tümör sol ayak 3. parmakta idi. Bu durum tümörün nadir olarak görüldüğü bir bölge olması açısından dikkat çekiciydi. Theodorou ve ark.'ları⁹ da bizim olgumuza benzer şekilde, sağ ayak 5. parmakta biyopsi ve manyetik rezonans görüntüleme ile doğruladıkları SHK'lu bir vaka bildirmişlerdir.

Etyopatogeneze sorumlu olabilecek olası faktörler; kronik güneş maruziyeti, kronik enfeksiyonlar, kronik paronişi, delici ve ezici travmalar, radyasyona maruziyet, arsenik, katran veya diğer minerallerle temas, immünsupresyon, konjenital ektodermal displazi, kronik dermatit, yanık skarları ve human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonlarıdır.¹⁻⁶ Bazı çalışmalarda mukozal HPV'nin (tip 16,31,54,58,61,62 ve 73) tırnak dokularında SHK gelişiminde rol aldığı belirtilmiştir.¹ Subungual SHK'lı vakaların %80'inde HPV DNA bulunmuş ve bunun da %60'ının HPV tip 16 ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{1,7} Ayrıca psöriatik tırnak yatağından SHK gelişen bir olgu da bildirilmiştir.⁵ Olgumuzda geçirilmiş travma ve sigil öyküsü yoktu. Ancak KOH ile nativ inceleme ile doğrulanmış onikomikoz ve tinea pedis mevcuttu. Bu durum rastlantısal olabileceği gibi, tümör onikomikozla bağlı subungual hiperkeratoz nedeniyle gözden kaçırılmış olabilir. Sever ve ark.'ları¹ da, daha önce onikomikoz tanısıyla tedavi gören bir hastada sağ el başparmakta subungual SHK tespit etmişlerdir.

Ayrıntılı tanıda öncelikle akral AMM, PG, subungual keratoakantoma (SKA), verrüköz karsinom ve subungual metastaz düşünülmelidir. PG küçük, kırmızı, sulantılı ve kanamalı, çığ et gibi görünen bir lezyondur. Sıklıkla evvelce geçirilmiş travma hikayesi vardır ve lezyon birkaç hafta içinde hızla büyür.⁵ Subungual malign melanom (SMM), 20-80 yaş arasında görülür. Sıklıkla ayak başparmakta gözlenir ve gelişiminde travma majör sorumlu faktördür. Melanonişi striata ve Hutchinson bulgusu iki majör bulgusudur. AMM, SMM'un %15-25'ini oluşturur. Lezyon pigmentasyon

Subungual Skuamöz Hücreli Karsinom: Nadir Bir Bölge

göstermez. Vasküler veya ülserle bir lezyon gibidir. Ancak eritematöz veya depigmente yama, inflamatuvar veya dermatit benzeri plak şeklinde de görülebilir. Histopatolojik olarak dermiste şerit veya yuva benzeri atipik melanositler saptanır. S100 ve HMB 45 ile yapılan immünohistokimyasal boyama pozitifdir.¹⁰ SKA sıklıkla 5. dekatta pik yapar. Hızla büyüyen ağrısız bir lezyondur. Birkaç hafta ile ay içerisinde 1-2 cm büyüklüğünde bir kitleye ulaşır, sonra büyümesi durur ve spontan geriler. Etyolojisi kesin bilinmemektedir, ancak UV, travma, kömür katranı ve mesleki kimyasal karsinojenler gelişiminde etkilidir.⁷ Radyografide litik kadeh benzeri distal falanks erozyonu görünümü vardır.⁵ Skleroz veya periosteal reaksiyon yoktur.⁷ Biz de hastamızda öncelikli olarak AMM, SHK ve PG düşündük.

Subungual SHK için standart bir tedavi yaklaşımı tanımlanmamıştır.¹ Lokal ekizyon, Mohs cerrahisi, distal falanks amputasyonu, metastazlı hastalarda lenf nodu diseksiyonu şeklinde değişebilmektedir.¹⁻⁵ Olgumuzda hastanın yaşı ve lezyonun büyüklüğü dikkate alınarak metatars düzeyinde amputasyon uygulanmıştır.

Tırnak yatağı SHK'unun vücudun diğer kısımlarında gelişen SHK'a göre daha az agresif olduğu gözlenmiştir.^{1,2} Lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz nadirdir.^{1,2,4} Vakaların %17-66'sında kemik tutulumu gösterilmiştir ki bu durum tanının gecikmesiyle ilişkilidir.^{2,3} Bu belirsiz ve yavaş seyir nedeniyle hastaların 3-10 yıllık bir süre içinde izlenmeleri gerekir.^{1,2,4} Tedaviden yıllar sonra bile lenf nodu veya uzak organ metastazı gelişebilir.⁴ Olgumuzun yapılan sistemik muayenesi normaldi. Histopatolojik incelemede kemik invazyonu yoktu ve tümör normal dokuya 3 cm uzakta idi. Bu nedenle ek tetkik ve tedaviye gerek duyulmadı, 3 ay aralarla takip edilmesi planlandı.

Sonuç olarak, tetkik ve tedavi edilen tırnak ve/veya ayak hastalıklarının birçoğu benign karakterli olsa da, malign hastalıklar açısından da dikkatli olunmalıdır. SHK gibi metastaz potansiyeli olan hastalıklarda erken tanı, hastanın yaşam kalitesini düzeltebilir, hatta hayat kurtarıcı olabilir.

Kaynaklar

1. Sever C, Kulaççı Y, Öksüz S. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as an onychomycosis. J CAM 2010;1-3 (baskıda).
2. Meesiri S. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as chronic common infection. J Med Assoc Thai 2010; 93: 248-51.
3. Wong TC, Ip FK, Wu WC. Squamous cell carcinoma of the nail bed: Three case reports. J Orthop Surg 2004; 12: 248-52.
4. Virgili A, Zampino MR, Bacilieri S, Bettoli V, Chiarelli M. Squamous cell carcinoma of the nail bed: A rare disease or only misdiagnosed?. Acta Derm Venereol 2001; 81: 306-7.
5. Arumugam M. Squamous cell carcinoma of the thumb nail bed. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2007; 73: 445-8.
6. Oon HH, Kumarasinghe SPW. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as a melanotic macule. Singapore Med J 2008; 49:e76-e77.
7. Bui-Mansfield LT, Pulcini JP, Rose S. Subungual squamous cell carcinoma of the finger. AJR 2005;185:174-5.
8. Kumar N, Saxena YK. Two cases of rare presentation of basal cell and squamous cell carcinoma on the hand. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2002; 68: 349-51.
9. Theodorou SJ, Theodorou DJ, Bona SJ, Farooki S. Primary squamous cell carcinoma: An incidental toe mass. AJR 2005; 184: S110-S111.
10. Arican O, Sasmaz S, Coban YK, Ciralik H. Subungual amelanotic malignant melanoma. Saudi Med J 2006; 27: 247-9.

İletişim Adresi: Dr. Birgül TEPE

Kahta Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Adıyaman

Telefon: 0416 725 54 20

Cep Tlf: 0533 418 23 54

e-mail: birgul_tp@hotmail.com