



Tırnak hastalıklarında biyopsi nasıl yapılır?

How to perform a biopsy for nail disorders?

Fatih Göktay, Güldehan Atış

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Histopatolojik inceleme, birçok tırnak bozukluğunun tanısında, altın standart tanı yöntemidir. Uygun doku örnekleme, en az sekelle doğru tanı koyabilmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, şüphelenilen hastalığa göre uygun tırnak ünitesi biyopsisinin, anestezi tekniklerinin ve tırnak ünitesinin cerrahi anatomisinin bilinmesi önem taşımaktadır. Tırnak ünitesi başlıca tırnak plağı, tırnak yatağı, proksimal ve distal matriks, proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarından oluşmaktadır. Rahat bir tırnak ünitesi anestezi için bazı püf noktaları mevcuttur. İğnenin girişindeki ağrıyı azaltmak amacıyla topikal anestetik kremler oklüzyon altında uygulanabilir. İnce iğne seçimi (el parmakları için 30 G, ayak parmakları için 27 G, çocuklarda her iki bölge için de 30 G) ve anestetik enjeksiyonu uygulanmadan önce, uygulanacak bölgeye titreşimli masaj uygulanması ağrıyı azaltmada etkili olabilir. Anestetik solüsyonun vücut sıcaklığına kadar ısıtılması, enjeksiyonun yavaş yapılması, asidik lidokainin bikarbonat ile tamponlanması da yine infüzyon esnasında ağrının azaltılmasında etkili olabilir. Genel olarak, tırnak cerrahisinde özelliklerinden dolayı ropivakain 2 mg/mL tercih edilmektedir. Anestetik etkisi hızlı başlar (yaklaşık 2 dakikada), anestetik ve vazokonstriktif etkisi uzun sürer (9 saate kadar). Ancak bu ajan ülkemizde bulunmamaktadır. Hızlı başlangıçlı anestezi, lidokainin epinefrinli solüsyonuyla sağlanabilmektedir. Güncel bilgilere göre, lidokainin epinefrinli solüsyonları akril bölgelerin lokal anestesizinde kontrendike değildir. Lidokainin epinefrinli solüsyonları nispeten daha kısa etki süresine sahiptir. Bundan dolayı, etkisi geç başlayan ancak uzun süre devam eden bir anestetik solüsyon olan bupivakainin cerrahi

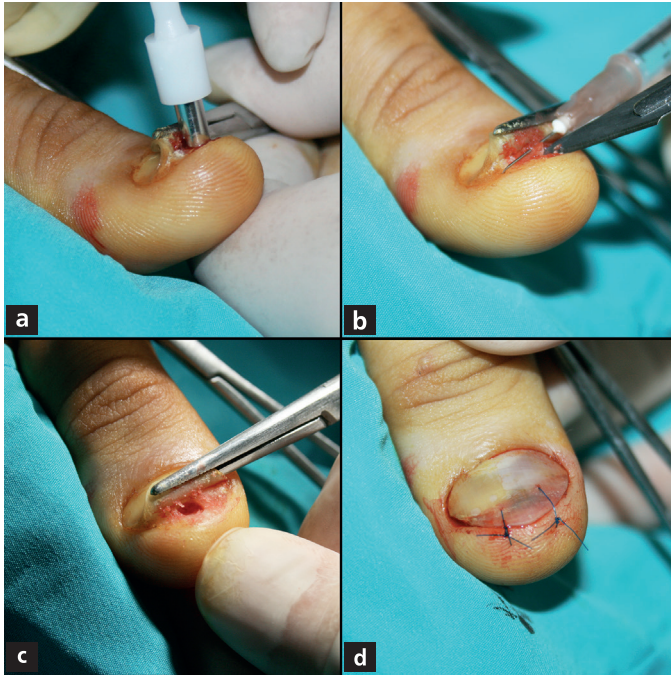
işlem sonrası uygulanması cerrahi sonrası ağrıyı azaltmada kullanılabilir^{1,2}.

Proksimal rejonel blok anestezi tırnak cerrahisi için sık kullanılan bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin çeşitli dezavantajları bulunmaktadır. Anestetik etki yaklaşık 20 dakika içinde başlamakta, nörovasküler yapılarda hasar oluşabilmekte ve postanestetik ağrı daha uzun sürmektedir. Bu nedenlerden dolayı, bu yöntem tırnak cerrahisinde artık önerilmemektedir. Distal kanat bloğu tırnak cerrahisinde halen önerilen bir yöntemdir. Bu yöntemde, 0,3-0,5 mL anestetik solüsyon, proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarının kesişiminin 5-8 mm uzağındaki noktaya 45° açı ile enjekte edilir. Ardından iğne 120° bükülüp, ilk enjeksiyon yerinden girilip, lateral tırnak kıvrımı boyunca ilerletilir ve yavaşça geriye çekilerek anestetik solüsyon enjekte edilir. Eğer gerekirse, total tırnak ünitesi anestezi sağlamak amacıyla diğer tarafa da aynı yöntem uygulanabilir¹.

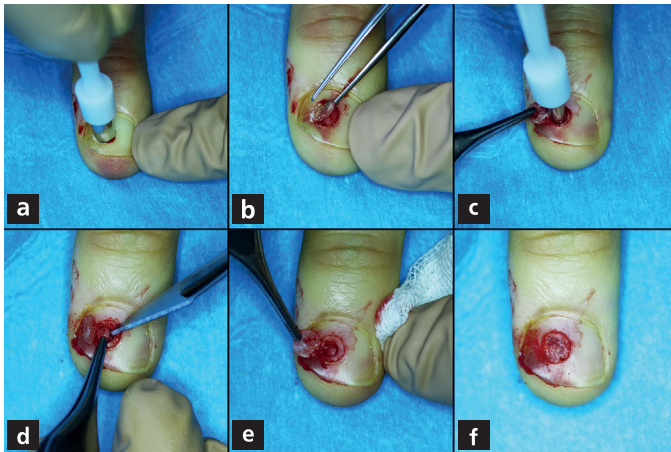
Tırnak plak biyopsisi, tırnak distrofinin fungal enfeksiyondan kaynaklanıp kaynaklanmadığı ortaya koymak için kullanılır. Ayrıca bu biyopsi yöntemiyle tırnak plağındaki pigmentasyonun kaynağı (melanin ya da hemosiderin), histopatolojik inceleme sonucunda tespit edilebilmektedir. Tırnak plağının histopatolojik incelemesi ayrıca tırnak psoriasis için tanısız bulgular verebilir. Tırnak plak biyopsisi anestezi gerektirmeksizin 'nail nipper' ile yapılabilir. Proksimal subungual onikomikoz şüphesinin olduğu durumlarda lokal anestezi altında punch biyopsi aleti ile tırnak plak biyopsisi alınabilir³.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Fatih Göktay, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye. Tel.: +90 505 267 13 99 E-posta: fatihgoktay@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 24.04.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 12.05.2017

Tırnak yatak biyopsisi ise onikoliz etiyojisini belirlemede, tırnağın enflamatuvar hastalıklarının ve tümöral lezyonlarının tanısını koymada kullanılan bir yöntemdir. Tırnak yatak epiteli, tırnak plağına sıkıca bağlıdır. Biyopsi işlemi esnasında tırnak yatağı epiteli hasarlanabileceğinden, tırnak yatak epiteli ilgilendiren tırnak bozukluklarında tırnak plağından ve tırnak yatağından (tırnak plak avulzasyonu yapılmaksızın) eş zamanlı biyopsi almak daha uygundur. Distal onikolizli olgularda, tırnak plağı forseps yardımıyla kaldırıldıktan sonra tırnak yatağından punch biyopsi aleti ile biyopsi alınabilir (Resim 1). Genel olarak, kalıcı onikolize yol açtığı için tırnak yatağından çapı 4 mm'den daha büyük biyopsi alınması önerilmemektedir. İki punch set biyopsi, tırnak yatak



Resim 1. a) Tırnak plağı forseps yardımıyla kaldırıldıktan sonra tırnak yatağından punch biyopsi aletiyle biyopsi alınır. b) Biyopsi materyali iğne/penset ve bistüri yardımıyla uzaklaştırılır. c) Punch biyopsi alınan alan. d) Tırnak plağı hiponşişyuma sütüre edilir



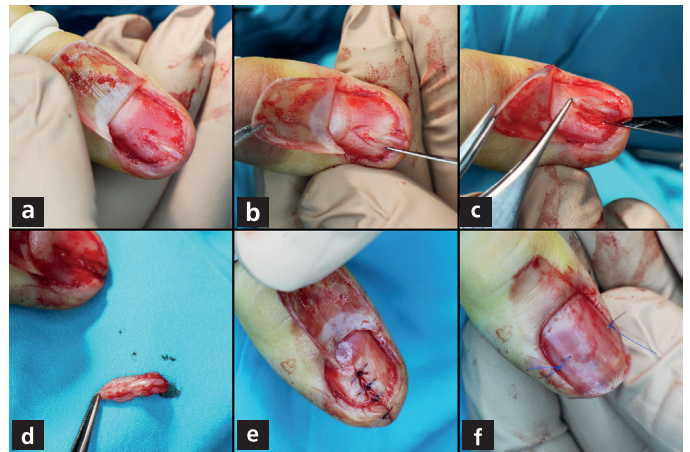
Resim 2. a) 5 mm'lik punch biyopsi aleti ile lezyon üzerindeki tırnak plağı kesilir. b) Kesilen tırnak plağı penset yardımıyla uzaklaştırılır. c) Üç mm'lik punch biyopsi aleti ile tırnak yatağı biyopsisi yapılır. d) Bistüri ve penset yardımıyla tırnak yatağından kesilen parça çıkartılır. e, f) Uzaklaştırılan tırnak plağı yerine geri konular

biyopsisinde uygulanabilecek bir diğer yöntemdir. İlk olarak tırnak plağı 5-6 mm'lik bir biyopsi aleti ile çıkartılır. Ardından tırnak yatağından daha küçük bir punch biyopsi aleti ile (3 mm) punch biyopsi alınır. Çıkarılan tırnak plağı tekrar yerine yerleştirilir (Resim 2). Eğer insizyonel bir biyopsi alınması gerekiyorsa, fuziform biyopsi materyalinin eksenini distal falanksın longitudinal aksına paralel olmalıdır. Doğal bir yara örtüsü olarak çıkarılmış tırnak plağı orijinal yerine geri konmalıdır (Resim 3)^{1,4}.

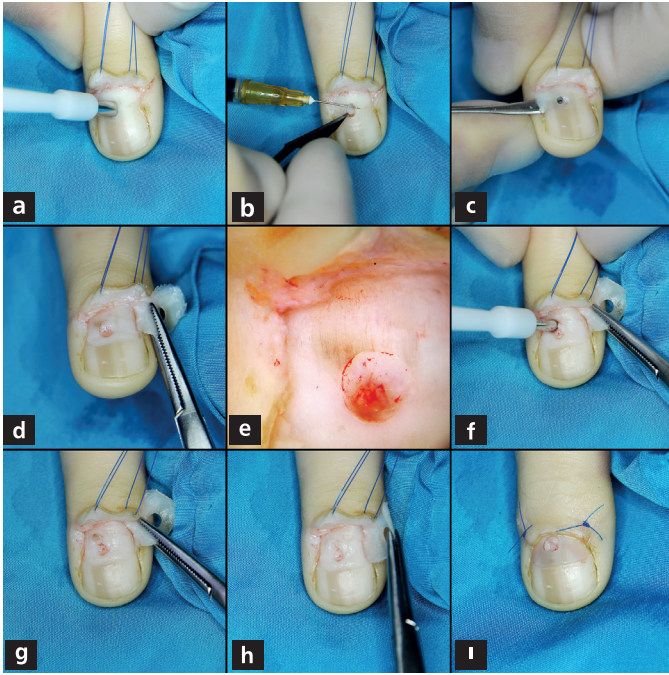
Matriks biyopsisi özellikle longitudinal biyopsinin tanısında gereklidir. Distal matriks kaynaklı lezyonlarda, bu bölgeden alınan biyopsiler tırnak plağına neredeyse hiçbir zaman kalıcı bir sekele yol açmaz. Cerrahi sekele riski, proksimal matriksten kaynaklanan lezyonlarda bu bölgeden alınan biyopsi sonrasında yüksektir. Longitudinal melanonişinin kalınlığı 3 mm'nin altındaysa punch biyopsi yapılması uygundur. Bazı lezyonlarda, proksimal tırnak kıvrımı geri çekilerek lezyonun orijini tespit edilir. Tırnak plağı ile matriks birlikte olacak şekilde punch aleti ile biyopsi alınır. Sonrasında lezyondan bakiye kalıp kalmadığını anlamak için matriks üzerindeki tırnak plağı kaldırılarak eksplere edilir. Eğer varsa bakiye lezyon da eksize edilmelidir (Resim 4). 3 mm'den kalın lezyonlarda tanjansiyel eksizyon yapılması önerilmektedir. Yine proksimal tırnak kıvrımı geriye çekilir, proksimal tırnak plağı ya da tırnağın tamamı kaldırılır. Longitudinal melanonişiyeye neden olan lezyonun orijini 15 numara bistüri ile tanjansiyel olarak eksize edilir. Eksizyon esnasında eksize edilen dokudan bistürinin çelik grisinin görülebilmesi, alınan dokunun ideal kalınlığının belirlenmesinde yardımcı bir yöntem olarak tanımlanmıştır. Eksizyon sonrasında tırnak plağı yerine konularak lateral kıvrımlara dikilir (Resim 5). Tanjansiyel biyopside tırnakta meydana gelecek sekele minimal olacaktır. Benign lezyonlarda gereksiz agresif cerrahi ile kalıcı sekele kalmasının önüne geçilecektir^{1,2,4}.

Proksimal tırnak kıvrımından punch biyopsi, traş biyopsi ya da kollajen doku hastalıklarının tanısına yardımcı olmak amacıyla ay şekilli biyopsi yapılabilir. Proksimal tırnak kıvrımının altındaki tırnak plağının ince olması nedeniyle işlem esnasında kıvrım ile tırnak plağı arasına serbestleştirici septum elevatörünün konulması matriks zedelenmesini engelleyecektir (Resim 6)^{1,4}.

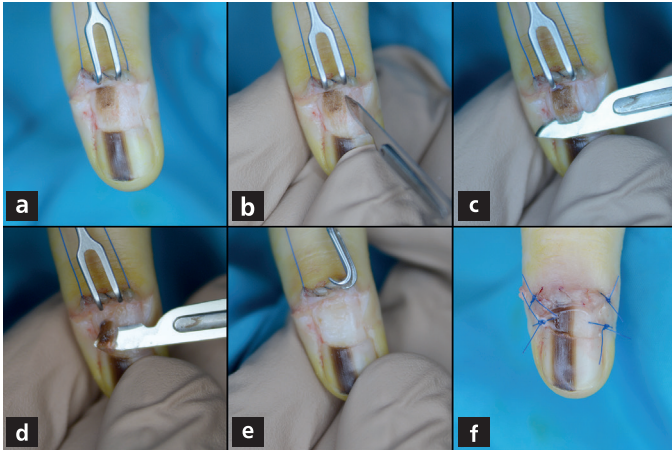
Lateral longitudinal biyopsi proksimal tırnak kıvrımı, tırnak matriksi, tırnak yatağı, tırnak plağı ve hiponşişyumu aynı histopatolojik kesitte



Resim 3. a) Tırnak yatağında yerleşen lezyon kapak kapı avülzasyonu ile açığa çıkarılır. b, c, d) Bu olguda görüldüğü gibi tırnak yatağından alınacak eksizyonel ya da insizyonel biyopsiler longitudinal yerleşimli olmalıdır. e) Cerrahi defekt 5/0 veya 6/0 emilebilir sütüre ile onarılır. f) Tırnak plağı orijinal yerine konularak lateral tırnak kıvrımlarına dikilir

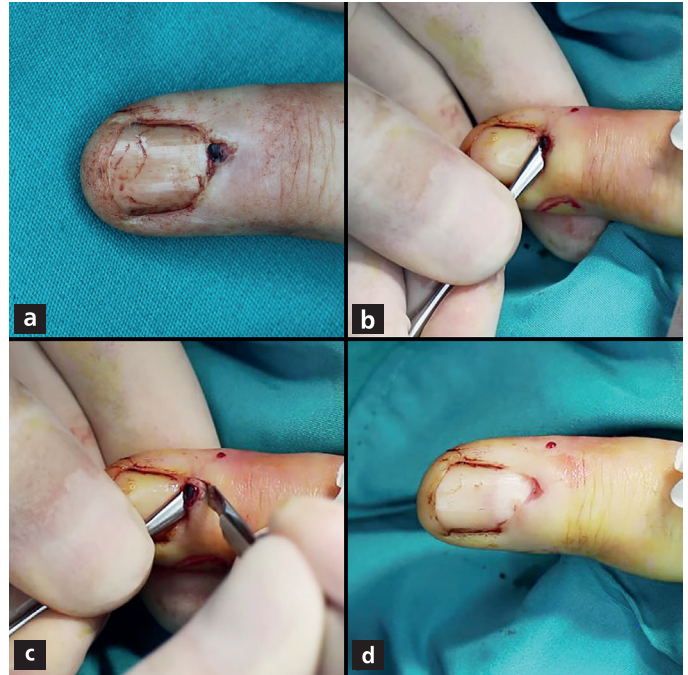


Resim 4. a) Tırnak plağı ile matriks birlikte olacak şekilde punch biyopsi alınır. b) Bistüri ve iğne yardımıyla biyopsi materyali uzaklaştırılır. c, d) Tırnak plağının proksimal parçası arta kalan lezyon varlığını kontrol etmek için kaldırılır. e) Cerrahi alanın intraoperatif dermoskopik görüntüsü. f) Tespit edilen bakiye lezyon eksize edilir. Bu olguda eksizeyon punch biyopsi aleti ile gerçekleştirildi. g, h) Avülze edilen tırnak plağı tekrar yerine konulur. ı) proksimal tırnak kıvrımındaki cerrahi defekt onarılır.

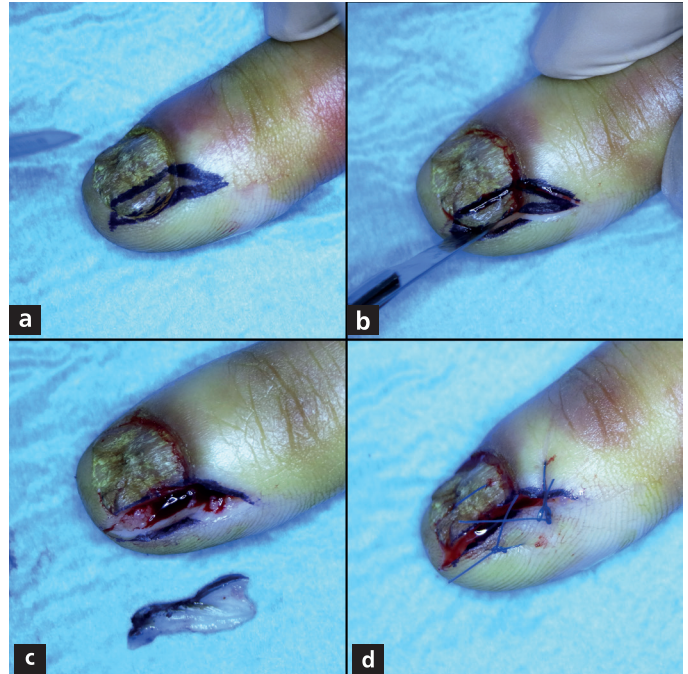


Resim 5. a) Proksimal tırnak kıvrımı geriye çekilir. b, c, d) Proksimal tırnak plağı avülze edildikten sonra longitudinal melanonişiye neden olan lezyonun orijini 15 numara bistüri ile tanjansiyel olarak eksize edilir. e) Tanjansiyel eksizeyon sonrasındaki cerrahi alanın görünümü. f) Tırnak plağı yerine konularak lateral kıvrımlara sütüre edilir

değerlendirebilmeye imkan tanır (Resim 7). Örneğin; psoriasis ön tanısıyla alınan lateral longitudinal biyopside tırnak plağındaki pittingi oluşturan matriks değişikliklerini histopatolojik olarak görmek mümkün olacaktır. Hastalar tırnak plağının bir miktar daralacağı hakkında bilgilendirilmelidir. Aynı yöntem laterale yerleşmiş longitudinal melanonişi gibi lezyonların eksizyonel biyopsisi için de kullanılabilir. Klinik pratikte



Resim 6. a) Proksimal tırnak kıvrımında papüler lezyon. b) Tırnak matriksini cerrahi travmadan korumak için tırnak plağı ile proksimal tırnak kıvrımının ventral yüzü arasına septum elevatörü yerleştirilir. c) Lezyon bistüri yardımıyla eksize edilir. d) Operasyon sonrası cerrahi alanın görünümü.



Resim 7. a) Biyopsi alınacak alan işaretlenir. b) Bistüri ile proksimal tırnak kıvrımı, lateral tırnak kıvrımı, tırnak plağı, lateral matriks boynuzu ve tırnak yatağını içerecek şekilde kesi yapılır. c) Biyopsi materyali çıkartılır. d) Cerrahi defektin kapatılması

biyopsi yapılmadan yanlış klinik tanımlarla tanısı geciken tırnak ünitesi skuamöz hücreli karsinomlarına ya da doğru olmayan bir alandan alınan biyopsi nedeniyle tanısı gecikmiş tırnak ünitesi melanomlarıyla karşılaşılabilmektedir. Ayrıca aylarca gereksiz antimikotik kullanan

travmatik distrofi ya da tırnak psoriazisli olgulara rastlanılabilmektedir¹. Tüm bu talihsiz durumların önüne geçebilmek için nedenini kesin olarak açıklayamadığımız ya da ampirik tedavilere yanıt vermeyen durumlarda tanısız altın standart biyopsi yöntemini akılda buldurmali ve kuralına uygun bir şekilde uygulamaktan çekinmemeliyiz. Doğru ve zamanında yapılan bir biyopsinin erken tanı ile hayat kurtarıcı olabileceğini de akılda buldurmaliyiz.

Kaynaklar

1. Richert B: Basic nail surgery. Dermatol Clin 2006;24:313-22.
2. Haneke E: Nail surgery. Clin Dermatol 2013;31:516-25.
3. Richert B: Surgery of the nail plate. Nail Surgery. Ed. Richert B, Di Chiacchio N, Haneke E. India, Informa Healthcare 2011:31-41.
4. Rich P: Nail biopsy: Nail biopsy: indications and methods. Dermatol Surg 2001;27:229-34.