

BÖLÜM 20

GLOMUS TÜMÖRLERİ

Sönmez SAĞLAM¹
Mustafa AYDIN²

GİRİŞ

Glomus tümörleri nadir görülen yumuşak doku tümörleri olup sıklıkla elde görülür. Tümörler iyi huylu olmalarına rağmen yoğun lokal ağrıya neden olabilirler. Tümörlerin küçük olması, genellikle elle hissedilmemesi ve spesifik belirtilere sahip olmaması nedeniyle hastalara genellikle tanı konulamaz veya yıllarca yanlış tanı ile takip edilirler. Teşhisi desteklemek için manyetik rezonans görüntüleme ve klinik muayene birlikte kullanılır. Cerrahi tam eksizyon ağrı rahatlaması sağlar. Tanı konulması, tedavide gecikmeyi önlemek için kritik öneme sahiptir.

GLOMUS TÜMÖR ETYOPATOLOJİSİ

Glomus tümörleri, eldeki tüm yumuşak doku tümörlerinin %1 ila %5'ini oluşturan iyi huylu hamartomlardır (1). Deri altı dokusunda bulunan normal glomus aparatından kaynaklanırlar. Glomus gövdesi, afferent arteriyol, anastomotik efferent venül, kanalları çevreleyen aktin içeren glomus hücreleri, Suquet-Hoyer kanalı, intraglomerüler retikulum ve kapsüler kısımdan oluşur (2). Normal glomus gövdesi, periferik kan akışını düzenleyerek kan basıncını ve sıcaklığını kontrol eden kontraktıl bir nöromiyoarteriyel reseptördür. Glomus cisimleri, tüm vücutta dermisin stratum retikulariste bulunur, ancak parmak uçlarında, özellikle tırnak altında yoğun şekilde yer alır (3). Tümörler, glomus gövdesinin normal bölümlerinden bir veya daha fazlasının hiperplazisinin bir sonucudur. Ağrı, glomus hücrelerinin kasılması sonucu gelişir (4).

¹ Uzm. Dr., TC Sağlık Bakanlığı Ankara il Sağlık Müdürlüğü SBU Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji AD., dr.sonmezsaglam@gmail.com.

² Uzm. Dr., TC Sağlık Bakanlığı Ankara il Sağlık Müdürlüğü SBU Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji AD., mustafaaydin5528@gmail.com.

GLOMUS TÜMÖR GENEL ÖZELLİKLERİ

Glomus tümörlerinin ayırt edici özelliklerinden biri, klasik üçlü semptom olarak adlandırılan: (1) soğuğa karşı aşırı duyarlılık, (2) paroksizmal ağrı, (3) parmakta noktasal ağrıdır. Tümörler esas olarak kadınlarda görülür ve en sık distal falanksın subungal bölgesinde ortaya çıkar (5). Patolojik olarak doğrulanmış glomus tümörleri olan 13 hastadan oluşan bir seride, 10 hastada subungal tümör bulunmuştur. Tipik olarak, tümörün çapı 5 mm'dir ve neredeyse her zaman 1 cm'den küçüktür. Van Geertruyden ve ark.(6) retrospektif çalışmasında hastaların %28'inde mavimsi renk değişikliği ve hastaların %33'ünde pulpa nodülü veya tırnak deformitesi meydana geldiği gösterilmiştir. Hastaların ya tıbbi tedaviyi ertelediği ya da önceki doktorlar tarafından yanlış teşhis konulduğu için, tanıdan önce uzun süre ağrı hikayeleri mevcuttur. Klinik olarak glomus tümörleri nörom, artrit veya gut ile karıştırılabilir.

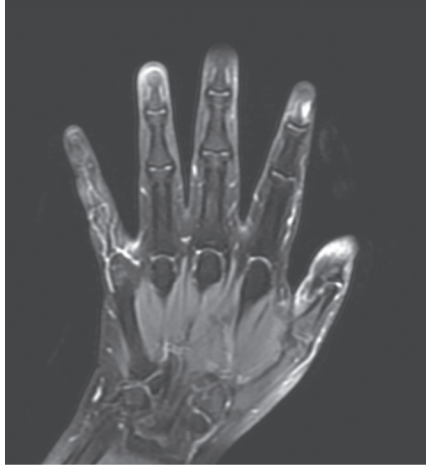
MORFOLOJİK VE HİSTOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Glomus tümörünün yeri büyük ölçüde değişkenlik gösterebilir. Bildirilen vakalar arasında intraosseöz glomus tümörleri (8), metakarpofalangeal eklemdaki tümörler (7) ve bir dijital sinirden kaynaklanan glomus tümörleri yer alır (9). Glomus tümörlerinin kemik, dil, mide, akciğer, rektum, mezenter ve mediastende de bulunduğu vakalar mevcuttur (10). Kapsüllüdürler, genellikle subungaldirler ve çok sayıda küçük vasküler lümen içerirler (2). Parmak ucundaki diğer yerler, volar pulpa boşluğunu ve ucun kendisini içerir. Buna karşılık, çoklu tümörler kapsülsüzdür, nadiren subungaldir ve daha büyük şekilli vasküler boşluklara sahiptir. Ek olarak, çoklu glomus tümörleri sıklıkla asemptomatiktir ve yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkarlar (11). Glomus tümörleri ayrıca soliter veya çoklu olarak sınıflandırılabilir. Olguların çoğu, parmak ucunda görülen soliter tümörlerdir. Tümörler, yuvarlak çekirdekli ve eozinofilik sitoplazmalı monoton poligonal hücrelerin kompakt yuvalarından oluşur (5). Üç farklı histolojik tipte glomus tümörü oluşur. Tip I mukoid hiyalin tip, tip II katı bir tip (klasik glomus tümörü olarak adlandırılır) ve tip III anjiyomatöz tiptir. Bir hasta aynı anda birden fazla histolojik tümör gösterebilir (1).

TANI YÖNTEMİ

Glomus tümörlerini teşhis etmek için 3 ana klinik test vardır. Brincisi, iğnenin başının veya bir ataçın ucunun ağrıyı lokalize etmek için hassas bölgeye hafifçe bastırıldığı Love's pin testidir. Tümör subungal bölgede bulunduğu, basınç, hassas bölge bulunana kadar farklı konumlarda tırnak plağına yönlendirilir

(hassasiyet sıklıkla tırnak plağında hafif mavimsi renk değişikliği olan bir alanda meydana gelir). Pozitif bir test için, hastanın elini geri çekecek kadar şiddetli ağrı hissetmesi gerekir. Hildreth'in testi, parmak tabanına bir turnike uygulamayı ve Love'ın iğne testini tekrarlamayı içerir. Son olarak, soğuğa duyarlılık testi, soğuğa maruz kalındığında artan ağrı görülmelidir (11). Klinik testlere ek olarak, yüksek çözünürlüklü manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) glomus tümörlerini görüntülemeye değerli bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır. Glomus tümörlerinin çoğu, T2 ağırlıklı spin-eko MR görüntülerinde yüksek sinyal yoğunluğu ve gadolinium enjeksiyonundan sonra güçlü kontrastlanma gösterir (4). Dahlin ve ark. (5) MRG'nin ameliyat öncesi tümörleri, özellikle spesifik olmayan semptomları olan tümörleri verimli bir şekilde tanımlamada faydalı olabileceğini vurgulamışlardır. Bununla birlikte, negatif bir MRG sonucuna rağmen glomus tümörlerinin mevcut olduğu vakalar da bildirilmiştir, bu da MRG'nin tümörleri göstermede her zaman doğru olmadığını, MRG tanıyı desteklemese bile klinik olarak ağrılı bir parmak ucunun glomus tümörü açısından araştırılması gerektiğini göstermektedir.



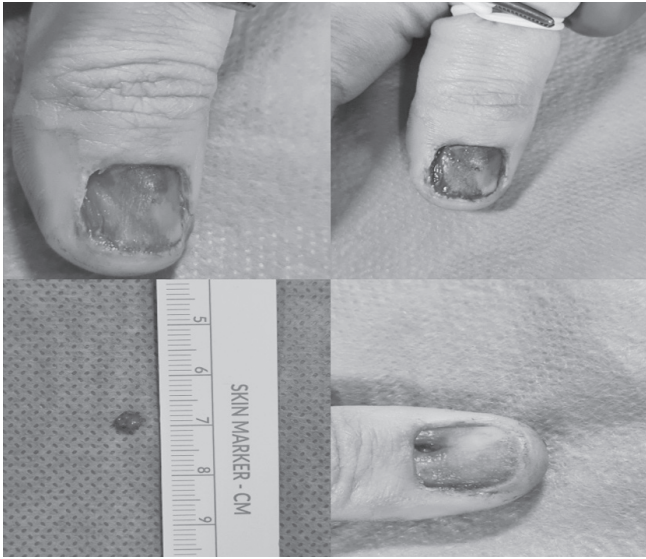
Şekil 1. Glomus tümör 2. parmak distal MRG görüntüsü

TEDAVİ

Cerrahi Teknik

Glomus tümörünün tam eksize edilmesi etkili ve iyileştirici tedavidir. Ameliyatta basit eksizyonel biyopsi prosedürü uygulanır. Standart yaklaşım, tırnak plağının bir elevatör kullanılarak çıkarılması ve tırnak yatağının tümör alanı üzerinde 15

numaralı bistüri yardımıyla kesildiği doğrudan transungal eksizyondur. Bu bölgedeki tırnak matriksi genellikle etkilenmemiş tırnak matriksine göre oldukça incedir ve sekonder onarımın hızlı olması için agresif forseps kullanımıyla bozulmasına dikkat edilmelidir. Glomus tümörü eksize edilmeden önce tırnak matriksi jelatinimsi görünen tümör kütesinden ayrılır. Tümör daha sonra bıçakla keskin bir şekilde eksize edilir ve tam olarak eksize edilmesi için distal falanksın kemiği kazınır. Tırnak yatağının dikkatli bir şekilde onarımı, ardından koruyucu örtü görevi görmesi için tırnak plağı geri yerleştirilir. Alternatif bir yaklaşım ise, lateral bir insizyondan tırnak matriksini bozmadan dorsal distal falanksa ulaşmaktır. Bu yöntemle postoperatif tırnak bozukluğu riski azaltılır. Ancak lateral yaklaşım, transungal yaklaşıma göre tümör yatağının daha az görünmesi nedeniyle yeterli tümör eksizyonu sağlamayabilir (12). Eksizyondan sonraki haftalar içinde başka bir tümör gelişirse bunun nüks olduğu düşünülür ve bu yetersiz eksizyon sonucu oluşur. Ancak tümör nüksü yıllar sonra ortaya çıkarsa bunun yeni bir glomus tümörü olduğu düşünülür (13).



Şekil 2. Glomus tümör cerrahi uygulanması ve eksize materyal

SONUÇ

Glomus tümörleri en sık parmaklarda rastlanmakla birlikte vücudun hemen her yerinde bulunabilirler. Klinik testler ve MRG kombinasyonu, glomus tümörlerinin erken ve doğru teşhisine izin verir. Tam eksizyon genellikle semptomların kalıcı olarak giderilmesini sağlar.

KAYNAKLAR

1. Tuncali D, Yilmaz AC, Terzioglu A, Aslan G. Multiple occurrences of different histologic types of the glomus tumor. *J Hand Surg* 2005;30A:161-164.
2. Drape JL, Idy-Peretti I, Goettmann S, Wolfram-Gabel R, Dion E, Grossin M, et al. Subungual glomus tumors: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1995;195:507-515.
3. Sorene ED, Goodwin DR. Magnetic resonance imaging of a tiny glomus tumour of the fingertip: a case report. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35:429 - 431.
4. Theumann NH, Goettmann S, Le Viet D, Resnick D, Chung CB, Bittoun J, et al. Recurrent glomus tumors of fingertips: MR imaging evaluation. *Radiology* 2002;223:143-151.
5. Dahlin LB, Besjakov J, Veress B. A glomus tumour: classic signs without magnetic resonance imaging finding. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2005;39:123-125.
6. Van Geertruyden J, Lorea P, Goldschmidt D, de Fontaine S, Schiund F, Kinnen L, et al. Glomus tumors of the hand. A retrospective study of 51 cases. *J Hand Surg* 1996;21B:257- 260.
7. Chan CW. Intraosseous glomus tumor— case report. *J Hand Surg* 1981;6:368 -369.
8. Kouskoukis CE. Subungual glomus tumor: a clinico-pathological study. *J Dermatol Surg Oncol* 1983;9:294 -296.
9. Kline SC, Moore JR, deMente SH. Glomus tumor originating within a digital nerve. *J Hand Surg* 1990;15A:98 - 101.
10. Serra JM, Muirragui A, Tadjalli H. Glomus tumor of the metacarpophalangeal joint: a case report. *J Hand Surg* 1985; 10A:142-143.
11. Moor EV, Goldberg I, Westreich M. Multiple glomus tumor: a case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1999;43:436 - 438.
12. Heim U, Hanggi W. Subungual glomus tumors: value of the direct dorsal approach. *Ann Chir Main* 1985;4:51-54.
13. Vasisht B, Watson HK, Joseph E, Lionelli GT. Digital glomus tumors: a 29-year experience with a lateral subperiosteal approach. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:1486 - 1489.