

# Tırnağın görülemeyecek kadar aşırı yumuşak doku hipertrofinin eşlik ettiği tırnak batması olgusu

Fırat SEYFETTİNOĞLU, Özgür SÜNNELİ, Ali DÜLGEROĞLU, Osman Arslan BORA

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir

Tırnak batması, tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine dönmesiyle meydana gelir. Günlük hayatı olumsuz yönde etkileyen ve iş gücü kaybına sebep olan bir durumdur. Bu nedenle, titizlikle ele alınmalı ve tedavi geciktirilmemelidir. Hastalık ağrı, eritem, enfeksiyon, drenaj ve granülasyon dokusu varlığına göre üç evrede sınıflandırılmaktadır. Bu yazıda çift taraflı yan duvar hipertrofinin tırnağın tümünü kapladığı, tırnağın normal dokusunun görülemeyeceği ve herhangi bir sınıflama sistemine girmeyen tırnak batması olgusunun hipertrofik dokunun eksizyonu ve bilateral kısmi matriks eksizyonu ile tedavisi ve birinci yıl takibini sunuyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Doku eksizyonu; hipertrofi; tırnak batması.

Ayakta tırnak batması, tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine dönmesiyle meydana gelen, genellikle genç erişkinleri etkileyen ve belirgin morbiditeye yol açan yaygın bir sağlık sorunudur.<sup>[1,2]</sup> Son yıllarda dar ayakkabı giyme alışkanlığının artmasıyla sıklığı da artmıştır. Hastaların şikayetleri tırnak oluşunun ortadan kalkmasına ve bölge yumuşak dokusunun hipertrofisine bağlı olarak gelişen ağrı, kötü kokulu akıntı ve tırnakta şekil bozukluğudur.<sup>[3]</sup>

Tırnak sınırıyla tırnak oluşu arasındaki normal mesafe 1 mm'dir. Tırnak oluşu ince bir epitel tabakasıyla kaplanmıştır ve bu tabaka tırnak oluşunu irritasyondan korumaktadır. Dar ayakkabı, sıkı çorap giyilmesi gibi alışkanlıklar tırnak yatağının ve tırnak oluşunun maruz kaldığı basıncı artırmaktadır. Bunun sonucunda tırnak oluşu ve çevre yumuşak dokularda reaksiyon sonucu hiperplazi meydana gelmektedir. Bu durum devam ettiğinde ise tırnak cismi tırnak oluşu içerisine girerek enfeksiyon gelişmesine neden olmaktadır.<sup>[3,4]</sup>

Tırnak batması 3 evrede değerlendirilebilir: Evre 1, enflamasyon ve ağrının mevcut olması; Evre 2, enfeksiyonun tabloya eklenmesi ve Evre 3, enflamasyonun kronik bir hal alarak ağrı ve yan duvar hipertrofinin olması.<sup>[4]</sup> Evre 1 olgularda konservatif tedavi sonuçları tatmin edici iken, Evre 2 olgularda bazen, Evre 3 olgularda ise çoğunlukla cerrahi tedavi endikasyonu vardır.<sup>[5]</sup>

Bu yazıda çift taraflı yan duvar hipertrofinin tırnağın tümünü kapladığı, tırnağın normal dokusunun görülemeyeceği ve herhangi bir sınıflama sistemine girmeyen tırnak batması olgusunun hipertrofik dokunun eksizyonu ve bilateral kısmi matriks eksizyonu ile tedavisi ve birinci yıl takibini sunuyoruz.

## Olgu sunumu

Kırk bir yaşında bayan hasta, 2 yıldır sağ ayak başparmağında ağrı, zaman zaman gelişen akıntı, tırnakta şekil bozukluğu ve ayakkabı giymede zorluk şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden daha önce birkaç



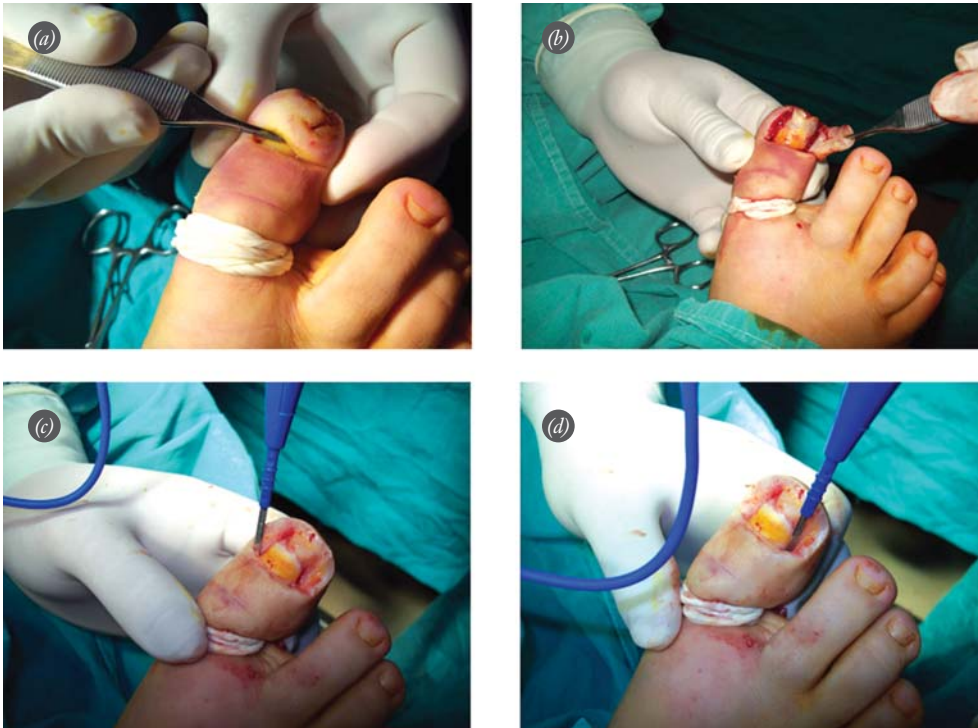


**Şekil 1.** (a-b) Tırnak batmasının klinik görüntüleri. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

defa bu şikayetlerle doktora gittiği, ilaç ve pansumanla tedavi edildiği öğrenildi. Yapılan muayenesinde normal tırnak dokusunun görülemeyecek kadar hipertrofik yumuşak doku ile kaplı olduğu ve tırnağın hipertrofik dokudan 2 mm kadar dışarı çıkmış olduğu görüldü (Şekil 1). Hastada enfeksiyon bulguları yoktu ve ameliyat öncesi antibiyotik tedavisi verilmedi.

Hastanın 2 yönlü ayak grafisi çekilerek altta yatan kemiksel bir anomali olup olmadığı araştırıldı. Hasta Dermatoloji Bölümü ile konsülte edilip cilt patolojileri açısından da değerlendirildi. Daha sonra hasta cerrahi tedavi planlanarak kliniğe yatırıldı.

Cerrahi işlem dijital blok anestezisi ve parmak turnikesi ile yapıldı (Şekil 2a). Povidon iyot ile bölge temizliğini takiben hipertrofik doku eksize edildi (Şekil 2b). Sonrasında, medial ve lateralden kısmi matriks eksizyonu yapıldı. Medial ve lateralde yan katlantı içerisinde bulunan açık beyaz renkli germinal matriks eksize edilip, Winograd prosedürüne uygun olarak kalıntıları koterize edildi (Şekil 2c ve d). Daha sonra cilt karşılıklı olarak 2-0 Prolene sütür ile dikildi (Şekil 3). Gevşekçe kompresif bandaj yapıp, 3 günde 1 değiştirilen pansumanla takibe alındı. Ameliyat sonrası 15. günde dikişler alındı. Birinci ay takibinde, hastanın şikayetlerinin tama yakın azaldığı, tırnağın yatağında uzamaya başladığı görüldü (Şekil 4).



**Şekil 2.** Ameliyattan görüntüler: (a) Dijital blok anestezisi ve parmak turnikesi, (b) hipertrofik dokunun eksize edilmesi ve (c, d) germinal matriks koterizasyonu. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]



**Şekil 3.** Cildin Prolene sütür ile dikilmiş görüntüsü. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]



**Şekil 4.** Tırnağın ameliyat sonrası 1. ay takibinden görünüm. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

Hastanın 1. yıl takibinde şikayetlerinin geçtiği, rahat ayakkabı giyebildiği ve günlük işlerini yapabildiği kaydedildi. Muayenesinde tırnak dokusunun normal olduğu, yatağın medial ve lateral tarafında batmanın ortadan kalktığı ve hipertrofik yan katlantının olmadığı görüldü (Şekil 5).

### Tartışma

Frost<sup>[1]</sup> tırnak batmasını üç grupta incelemiştir. Evre 1'de normal bir tırnak yatağı zemininde düzensiz tırnak uzaması sonucu ortaya çıkan yan tırnak katlantısında spür oluşumu, Evre 2'de tırnak yatağının yan sınırının içe katlanması (içbükey tırnak), Evre 3'te ise yan sınırda yumuşak doku hipertrofisiyle birlikte olan normal bir tırnak yatağı yer almaktadır. Evre 1 tırnaklar konservatif tedavi edilirken, Evre 2 ve Evre 3 tırnaklara genellikle cerrahi tedavi gerekmektedir. Tırnak batmasının tedavisinde yer alan cerrahi seçenekler, tam ve kısmi tırnak çekimleri, tam ve kısmi tırnak çekimleri ile birlikte uygulanan kimyasal matriksektomiler, cerrahi matriksektomiler, elektrokoter, lazer ve kriyoterapi uygulamaları, tırnağın kama eksizyonu ve radikal eksizyonlar olarak sıralanabilir.<sup>[3,6,7]</sup>

Tırnak batmasına ortopedi polikliniklerinde sıkça karşılaşılr. Literatürde tırnak batması ve cerrahi tedavisi ile ilgili çok sayıda yayın bulunmaktadır.<sup>[3-6]</sup> Bununla birlikte, yayınlanan serilerdeki olgular genellikle Evre 2 ve Evre 3 tırnak batmaları ve cerrahi tedavileri ile ilgili vaka serileridir.<sup>[7,8]</sup> Bu yazıda klasik olarak hiçbir evreleme sistemine girmeyen, tırnağın görülemediği, yazarlar tarafından daha önce görülmemiş ve literatürde rastlanmayan bir tırnak batması olgusu sunulmuştur.

Tırnağın medial ve lateral cilt katlantılarında hipertrofi olması tırnak batmasında sık görülen bir durumdur.<sup>[9]</sup> Genellikle, hipertrofik doku tırnak medial ve late-

ralinde sınırlı kalır ve cerrahi tedavi ile eksize edilir. Bununla birlikte, hipertrofik cilt katlantılarının tırnağın tamamen üstünü kapatması nadir görülmektedir.<sup>[10]</sup> Winograd prosedüründe tırnağın batan kısmındaki cilt katlantısı eksize edilip, batan tırnak parçası çıkarılır. Sonrasında, germinal matriks kısmı olarak eksize veya koterize edilir.<sup>[11]</sup> Sunduğumuz olguda tırnağın üstünü tamamen kapatan hipertrofik doku medial ve lateralden 2 ayrı insizyonla eksize edildi. Takiben tırnağın batan kısımları medial ve lateralden eksize edilip, klasik Winograd prosedürü uygulandı. Hastanın 6. ay ve 1. yıl takiplerinde şikayetinin olmadığı, kozmetik açıdan tatmin olduğu ve ayakkabı giymekte zorluk yaşamadığı görüldü.

Sonuç olarak, ayakta tırnak batması ve buna ikincil anormal aşırı yumuşak doku hipertrofisi ile nadir de olsa karşılaşılabılır. Tedavisinde hipertrofik dokunun medial ve lateralden eksize edilmesini takiben germinal



**Şekil 5.** Tırnağın ameliyat sonrası 1. yıl takibinden görünüm. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

matriks koterizasyonu ile fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir.

**Çıkar Örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

### Kaynaklar

1. Aydın N, Kocaoğlu B, Esemeli T. Partial removal of nail matrix in the treatment of ingrowing toe nail. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2008;42:174-7.
2. Shaikh FM, Jafri M, Giri SK, Keane R. Efficacy of wedge resection with phenolization in the treatment of ingrowing toenails. *J Am Podiatr Med Assoc* 2008;98:118-22.
3. Tatlıcan S, Yamangöktürk B, Eren C, Eskioğlu F, Adıyaman S. Comparison of phenol applications of different durations for the cauterization of the germinal matrix: an efficacy and safety study. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009;43:298-302.
4. Zuber TJ, Pfenninger JL. Management of ingrown toenails. *Am Fam Physician* 1995;52:181-90.
5. Çetinus E, Uzel M, Bilgiç E, Şaşmaz S, Arıcan Ö, Karaoğuz A. Results of the Mogensen's lateral wedge resection technique in the treatment of ingrown toenail. *Joint Dis Rel Surg* 2007;18:116-20.
6. DeLauro TM. Onychocryptosis. *Clin Podiatr Med Surg* 1995;12:201-13.
7. Pehlivan Ö, Bilgiç E. Treatment of ingrown toenail with segmental matrix excision. [Article in Turkish] *Artroplastisi - Artroskopik Cerrahi* 2001;12:178-82.
8. Kruijff S, van Det RJ, van der Meer GT, van den Berg IC, van der Palen J, Geelkerken RH. Partial matrix excision or orthonyxia for ingrowing toenails. *J Am Coll Surg* 2008;206:148-53.
9. Richardson EG. Disorders of nails and skin. In: Canale ST, Beaty JH, eds. *Campbell's operative orthopaedics*. Vol. 4. 11th edition. Philadelphia: CV Mosby Company; 2008. p. 4761-81.
10. Hogan AM, Broe D, Stunnell H, Bobart A, Ridgway PF. A case-control study of visual acuity in onychocryptosis. *Int J Dermatol* 2009;48:1183-6.
11. Grassbaugh JA, Mosca VS. Congenital ingrown toenail of the hallux. *J Pediatr Orthop* 2007;27:886-9.