

## NÜKS TIRNAK BATMASI TEDAVİSİNDE

### KISMİ TIRNAK, TIRNAK YATAĞI VE MATRİKS EKŞİZYONU

**Dr Orhan BAŞOĐLU\***

- Karasu Devlet Hastanesi, Ortopedi Kliniđi, Sakarya
- İLETİŞİM: orhanbasoglu67@gmail.com

**ÖZET: Amaç:** Bu çalışmada nüks tırnak batması olgularında kısmi tırnak,tırnak yatağı ve matriks eksizyonunun sonuçları değerlendirildi.

**Hastalar ve yöntem:** Çalışmamızda tırnak batması şikayetiyle tırnak matriks eksizyonu yapılmadan parsiyel veya total tırnak çekimi yapılip nüks eden 33 olgu değerlendirildi.Olguların hepsine kısmi tırnak, tırnak yatağı ve tırnak matriks eksizyonu uygulandı. Heifetz'in tırnak batması evrelendirmesine göre 20 hastada evre II, 13 hastada ise evre III tırnak batması görüldü. Hastaların hepsinde bir veya dört kadar tırnak çekimi sonrasında nüks gelişmişti.Hastalar ameliyat öncesi ve sonrasına yönelik ağrı, kozmetik, ayakkabı giyebilme durumlarına göre ve genel memnuniyet derecelerine göre değerlendirildi. Hastalara ilk operasyonlarında bu operasyonun yapılmış olmasını isteyip istemedikleri soruldu.

**Bulgular:** Hastalar ortalama takip süresi 13 ay (5-30 ay) süreyle takip edildi. Hiçbir hastada tekrarlama görülmedi, üç hastada girişim sonrası 14. gündeki kontrollerinde yüzeysel yara yeri enfeksiyonu görüldü. Stür alımı,debridman, oral antibiyotik tedavisi, günlük pansumanla 7 gün takip sonrası iyileştikleri görüldü. Hastaların hepsi yapılan tedaviden memnun kaldıklarını,ilk cerrahi tedavileri yerine bu tedaviyi tercih edeceklerini bildirdi.

**Sonuç:** Tırnak batması tedavisinde, kısmi tırnak, tırnak yatağı ve matriks eksizyonu tekrarlama riski çok düşük olan ve nüks cerrahisinde hasta memnuniyeti açısından tercih edilebilecek bir yöntemdir.

### Giriş

Tırnak batması tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine dönmesiyle meydana gelir.(1) Uygunuz tırnak büyümesiyle beraber etraf yumuşak dokuda deformasyon yapan enfeksiyöz süreçle seyreder.Uygunuz tırnak büyümesinin en başlıca sebepleri arasında hatalı tırnak kesimi gelmekte olup uygunuz ayakkabı giyimi ve her iki sebebin bir arada olması sık

görülen nedenlerdendir. Ayakkabı içinde sıkışan başparmak tırnağı bir kenardan ayakkabı bir kenarında ikinci parmak arasında kalarak çift taraflı basınç altında kalır. Bu basınç tırnak kenarlarındaki yumuşak dokuların, uygunsuz keskin kesilmiş sert tırnak dokusu tarafından tahriş olmasına sebep olur ve cilt üzerindeki bakteri, mantar florası deforme dokulardan girerek inflamasyonu başlatır. Tedavi edilmediği takdirde kızarklık, ödem, hassasiyet, akıntıyla seyreden hipertrofik granülasyon dokusu oluşturan enfekte tırnak batması tablosu ortaya çıkar. Hipertrofik granülasyon dokusu epitelize oldukça drenaj önlenir ve ödem ilerler. Bu oluşum tırnağı yaralanmalara karşı daha hassas hale getirir ve bu döngü kendisini tekrar eder. Yine tırnak batmasında anormal şekilli tırnak ve tırnak kıvrımı, baş parmakta anatomik bozukluklar, aşırı terleme, aşırı vücut ağırlığı, kötü ayak hijyeni, herediter faktörler, travma gibi nedenler rol oynayabilir (1-5).

Tırnak batmaları üç evrede değerlendirilebilir. Evre-I; inflamasyon ve ağrının mevcut olması, Evre-II; infeksiyonun tabloya eklenmesi Evre-III; infeksiyon olsun veya olmasın inflamasyonun kronik bir hal alarak ağrı ve yan duvar hipertrofisi olması. Evre-I olgularda konservatif tedavi sonuçları tatmin edici iken, Evre II ve III olgularda ise çoğunlukla cerrahi tedavi endikasyonu vardır (2-6). Tedavide evre I'de ve kısmen evre II'de konservatif tedavi uygulanabilir. Konservatif tedavi sıcak pansuman, geniş ayakkabı giyilmesi, batan tırnakla et arasına gazlı bez veya özel plastik materyal konması, doğru tırnak kesiminin öğretilmesi antibiyotik tedavisi gibi öğelerden oluşmaktadır (8). Evre II ve III'te cerrahi tedavi uygulanabilir (2-5). Total tırnak çekilmesi, total germinal matriks eksizyonu, Winograd yöntemi, Bartlett yöntemi, tırnak yatağı ve tırnak matriksinin parsiyel rezeksiyonu bilinen yöntemler arasındadır. Bir de daha çok dermatologların kullandığı kimyasal matriksektomi yöntemi sayılabilir (2,6,8). Bu çalışmada, ayak başparmağına nüks tırnak batması nedeniyle kısmi tırnak, tırnak yatağı ve matriks eksizyonu yapılan hastalardaki tedavi sonuçları değerlendirildi

## **HASTALAR VE YÖNTEM**

Çalışmamıza tırnak batması şikâyetiyle tırnak matriks eksizyonu yapılmadan parsiyel veya total tırnak çekimi yapıp nüks eden olgular alınmıştır. Nisan 2011 ve mart 2013 tarihleri arasında Sakarya karasu devlet hastanesi ortopedi ve genel cerrahi polikliniğimize başvuran 33 hastanın 33 ayak başparmağına (18 erkeğin 18 ayak başparmağına, 15 kadının 15 ayak başparmağına) kısmi tırnak, tırnak yatağı ve tırnak matriks eksizyonu uygulandı. Cerrahi girişim aynı cerrah tarafından gerçekleştirildi. Cerrahi öncesi 18 hastada 1 kez tırnak çekimi, 9 hastada 2

kez tırnak çekimi,3 hastada 3 kez,1 hastada ise 4 kez tırnak çekimi uygulanmıştı.Hastaların temel şikâyetleri ayak başparmağında ağrı, akıntı, yürümede güçlük ve tırnakta şekil bozukluğuuydu. Hastalar Heifetz'in tırnak batması evrelendirmesine göre değerlendirildi. Lezyon; yanlardaki tırnak katlantısında ödem eritem ve beraberinde tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine yönelmesi halinde evre I, akut ve aktif enfeksiyon eşliğinde akıntı da varsa evre II(resim 1), kronik enfeksiyon varsa, yan tırnak katlantısında granülasyon dokusu oluşmuşsa ve çevre dokularda hipertrofikse evre III olarak değerlendirildi(3).Hastaların ilk muayenesinde 20 hastada evre II, 13 hastada ise evre III idi.Hastaların hepsinde enfeksiyon zemininde akıntı vardı. Tüm hastalara girişim öncesi 7-10 gün oral antibiyoterapi (sodyum fusidat 3×500 mg/gün) uygulandı. Akıntısı kesilen veya minime inen hastalara cerrahi tedavi uygulandı.

## **Cerrahi teknik**

Cerrahi işlem ameliyathane koşullarında gerçekleştirildi. İşlem öncesi prilokain ile dijital blok anestezisi uygulandı ve parmak turnikesi altında işlem gerçekleştirildi. Turnikenin girişim sonunda unutulmaması için üzerine bir klemp yerleştirildi.Hastaların hepsine parsiyel tırnak, tırnak yatağı, tırnak matriksi eksizyonu uygulandı. Önce tırnak oluşunu kapatmış olan hipertrofik dokular tırnak şekline uygun olarak 15 numara bistüri ile eksize edildi. Takiben tırnak lateralinde batan 1/4-1/5 lik kısım makas ile kesilerek çıkarıldı. Sonra yeni bir 15 bistüri ile tırnak cilt sınırından 5-10 mm proksimalden başlanıp oblik olarak germinal matrikse kadar cilt insizyonu yapıldı.Germinal matriks ortaya konuldu ve çıkarılan tırnak plağının seviyesinden germinal matriks 15 numara bistüri ile geride kalıntı kalmayacak şekilde eksize edildi (Resim 2). Yara serumla irri-

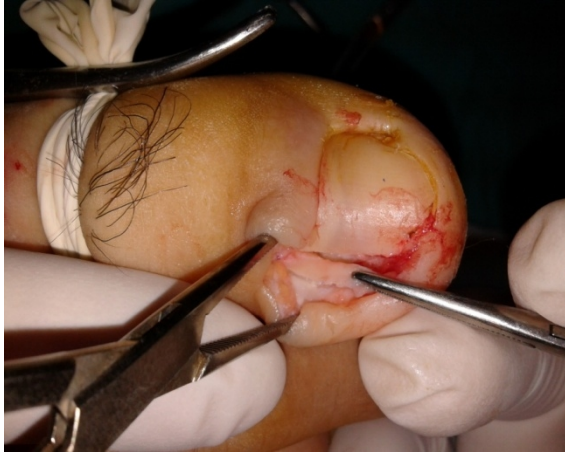
edildi. 3.0 prolen iplikle proksimal kesiye 1 veya 2 adet ölü boşluk bırakmayacak şekilde matriks stür atıldı.Distalde ise gergin olmayan 1 veya 2 primer stür kapatıldı (Resim 3).

Ameliyat sonrası hastalara nonsteroid antienflamatuar, oral antibiyotik verildi (sodyum fusidat 3×500 mg) verildi.İki gün ayak elevasyonu önerildi,ertesı gün ve üç gün arayla pansumanları yapıldı. Girişim sonrası 12-14. günlerde dikişleri alınarak hastaların günlük aktivitelerine dönmeleri sağlandı. Hastalar üç ay arayla kontrole çağırıldı. Hastalara aynı durumla tekrar karşılaşmaları halinde aynı cerrahiyi kabul edip etmeyecekleri sorularak memnuniyet düzeyleri değerlendirildi. Hastalara ameliyat önce ve sonrasına yönelik ağrı, kozmetik, ayakkabı giyebilme durumlarına göre ve genel memnuniyet dereceleri

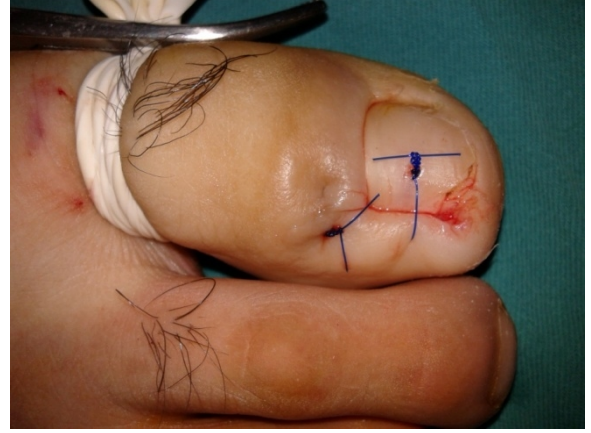
değerlendirildi. Hastalara ilk operasyonlarında bu operasyonun yapılmış olmasını isteyip istemedikleri soruldu.



**Resim 1:** evre 2 tırnak batması



**Resim 2:** kısmi tırnak çıkarımını takiben kısmi matriks eksizyonu



**Resim 3:** postoperatif görüntü

## **BULGULAR**

Hastalar ortalama 13 ay süreyle izlendi. Hiçbir hastada ameliyat esnasında ve girişim sonrası dönemde nörovasküler komplikasyon, derin doku enfeksiyonu veya osteomyelit gibi komplikasyonlar gelişmedi. Üç hastada 14. günde yapılan kontrol muayenesinde yüzeysel enfeksiyon görüldü. Stür alımı, Debridman, günlük pansuman ve oral antibiyoterapi uygulanan bu hastaların 7 gün sonraki kontrollerinde yaralarının kapandığı ve enfeksiyon belirtilerinin ortadan kaybolduğu izlendi. Diğer hastalar semptomsuz olarak günlük aktivitelerine geri döndü. Günlük aktivitelere ve işe geri dönüş ortalama 17 günde (10–21) gerçekleşti. Hastaların hepsi yapılan müdahaleden memnun kaldıklarını ve ilk seferde bu operasyonun yapılmasını tercih edeceklerini bildirdi. Yine tüm hastalar önceki operasyonlarına göre bu operasyonun daha ağır olduğunu bildirdiler.

## **TARTIŞMA**

Tırnak batması yaşam kalitesini bozan ve iş gücü kaybına sebep olan yaygın görülen bir sorundur (10). Tırnak lateral kıvrımlarının yumuşak doku içerisine doğru girmesi ve kıvrılması sonucunda bir kısır döngü oluşmaktadır. Tırnak batmasının etyolojisi multifaktöriyeldir. Uygunsuz tırnak kesimi ve bakımı, dar ayakkabı giyme, distal falanx kemik yapısı, tırnak mantar enfeksiyonu, nöropati gibi faktörler literatürde karşımıza çıkmaktadır (1-6).

Tedavide evre I (enflemasyon) ve evre II (abse) de konservatif tedavi denenebilir. Evre I de ayağın basınç altında olması engellenir, tırnağın batan kısmıyla cilt arasına gazlı bez gibi şeyler konur, evre II ise buna ek olarak günde 4–5 defa 10–15 dakika sıcak suya sokulur, geniş spektrumlu antibiyoterapi verilir (2-5). Ancak konservatif tedavi zaman alıcı, hasta kooperasyonu gerektiren bir yöntem olup evre II ve III olgularda nüks oranı oldukça yüksektir (%30-62) (8,11).

Cerrahi tedavi lokal anestezi altında kolaylıkla yapılabilmektedir. Burada turnike olarak kullanılan eldiven veya penröz dren cerrahi bitiminde unutulabilmekte ve ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunu önlemek için turnikeye bir adet klemp takılması yeterli olur.

Tırnak batması tedavisinde kullanılan parsiyel tırnak, tırnak yatağı ve tırnak matriks eksizyonu patolojiye neden olan tüm dokuların alınmasıyla çok etkili ve nüks oranı yok denecek kadar az olan bir tedavi seçeneğidir (9,10,12). Bu ameliyat tekniğinde, sorumlu olan tırnak plağı, tırnak yatağı, tırnak dudağı ve matriksi kesilerek alınmaktadır. Bu yöntemde dikkat edilmesi gereken en önemli şey germinal matriks kalıntısı bırakmamaktır.



Nükslerin en önemli sebebi germinal matriksin tamamen eksize edilmemesidir.

Bir veya birden fazla nüks eden olgularda tırnak genişliğini daraltan matriks eksizyonu içeren tekniği uyguladık. Bizim çalışmamızda yapılan anketlere göre 33 hasta da cerrahinin sonuçlarından memnundu. Hiçbir hastada rezidü tırnak oluşumu olmadı ve hiçbir hastada takip süresince nüks tırnak batması gözlenmedi. Hastaların hepsi ilk cerrahi girişimlerinde bu teknikle tedavi olmanın daha iyi olduğunu belirttiler.

Parsiyel tırnak, tırnak yatağı ve matriks eksizyonu tekniğinin öğrenme eğrisi çok kısadır. Bu teknik kısmi tırnak çekimine ek olarak kısmi tırnak matriks eksizyonu içermektedir. Bu küçük ek cerrahi girişimle nüks oranı çok düşüktür. Bu çalışmada 33 hastanın 33 ayak başparmağında başarılı klinik sonuçlar elde edilmiştir. Sonuç olarak nüks tırnak batmalarında hasta memnuniyeti yüksek olan ve kısa dönemde nüks oranı yok denebilecek kadar az olan parsiyel tırnak matriks eksizyonu önerebiliriz.

## **KAYNAKLAR**

1. Richardson EG HC. Richardson EG, Hendrix CL: Disorders of Nails and Skin. Campbell's Operative Orthopaedics, Canale ST, 10th edition, Philadelphia, Mosby, 2003, pp: 4171-87., 10 ed. Philadelphia, 2003:4171-87.
2. Rammelt S, Grass R, Zwipp H. [Treatment of ingrown toenails. What is an "Emmert plasty"?]. Chirurg 2003;74:239-43.
3. Murray WR. Management of ingrowing toenail. Br J Surg 1989;76(9):883-5.
3. Aydın N, Kocaoglu B, Esemeli T. [Partial removal of nail matrix in the treatment of ingrowing toe nail]. Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42:174-7.
4. Robertson DG, Parker PJ. The treatment role of the plastic nail guard for ingrowing toenails. J R Army Med Corps 2001;147:183-6.
5. Eisele SA. Conditions of the toenails. Orthop Clin North Am 1994;25(1):183-8.
6. Reijnen JAM, Goris RJA. Conservative treatment of ingrowing toenails. Br J Surg 1989;76(9):955-7.
7. Wallace WA, Milne DD, Andrew T. Gutter treatment for ingrowing toenails. Br Med J 1979;2:168-71.
8. Sugden P, Levy M, Rao GS. Onychocryptosis-phenol burn fiasco. Burns 2001;27:289-92.
9. Herold HZ, Baruchin AM, Shmueli G, Daniel D, Naoum A. Radical wedge resection for ingrown toenail: long-term results. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:513-7.
10. Dereli T, Özyurt S, Öztürk A, Erboz S. Tırnak batması: parsiyel matrisektomi/fenolizasyon kombinasyonu ile tedavisi. Turkderm 1995;29:151-4.
9. Kapila HB. Wedge resection of nail. Aust Fam Physician 1995;24:1370.

11. Robertson DG, Parker PJ. The treatment role of the plastic nail guard for ingrowing toenails. J R Army Med Corps 2001;147(2):183-6.
12. Fulton GJ, O'Donohoe MK, Reynolds JV, Keane FB, Tanner WA. Wedge resection alone or combined with segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenail. Br J Surg 1994;81:1074-5.
13. Cameron PR. Ingrowing toe nails: an evaluation of two treatments. BMJ 1981;283(6295):821-2.