

## Tırnak Batması Tedavisi Sonuçlarımız

### *Results of Treatment of Ingrown Toe Nail*

Serdar SARGIN

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

Geliş Tarihi / Received: 27.07.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 22.08.2012

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmamızda tırnak batması olan hastalarda Winograd tarafından tanımlanan cerrahi yöntem ile elektrokoterizasyon kombine tedavisinin sonuçlarını değerlendirdik.

**Gereç ve Yöntem:** Haziran 2010 ve Ağustos 2012 tarihleri arasında polikliniğimize ayak başparmağında ağrı, akıntı ya da tırnakta şekil bozukluğu şikâyetleriyle başvuran 53 hastanın (17 kadın, 36 erkek) 65 ayak başparmağına Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon uygulandı. Heifetz'in sınıflandırmasına göre 9 ayak başparmağı evre I, 27 başparmak evre II ve 29 başparmak evre III olarak değerlendirildi. Ayak başparmaklarında enfeksiyon olan hastalara preoperatif dönemde ve tüm hastalara ameliyat sonrası dönemde günde 3 kez oral fusidik asit 500 mg tedavisi uygulandı. Hastalarda nüks, postop enfeksiyon gelişimi ve hasta memnuniyeti anket yapılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalar ortalama 14 ay (6-26 ay) süreyle takip edildi. Bir hastada 4. ayda nüks gözlemlendi. Üç hastada postop izlemde yara yeri enfeksiyonu görüldü. Debridman, intravenöz antibiyotik tedavisi, gün aşırı pansumanla bir hafta sonunda iyileştikleri görüldü. Hastaların hepsi yapılan anketlere verdikleri puanlara göre tedaviden memnun kaldıklarını bildirdi.

**Sonuç:** Tırnak batması güncel tedavisinde, Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon usulüne uygun şekilde uygulandığında tekrarlama riski çok düşük olan ve hasta memnuniyeti açısından oldukça yüz güldürücü ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Tırnak batması tedavisi; Winograd yöntemi; elektrokoterizasyon; işe dönüş; nüks; hasta memnuniyeti.

#### ABSTRACT

**Objective:** In this study we evaluated the results of Winograd procedure with electrocauterization in patients with ingrown toe nail.

**Material and Methods:** A total of 65 toenails of 53 patients (17 female, 36 male) who complaint of pain, discharge and deformity of their toenail underwent partial wedge resection of the nail and nail matrix and electrocauterization in between June 2010 and August 2012. According to the Heifetz's staging system, 9 toenails were grade I, 27 toenails were grade II, 29 toenails were grade III. The infected cases were operated after improvement of inflammation by antibiotic treatment (fucidic acid 1500 mg/day). All patients received oral antibiotic treatment after procedure (fucidic acid 1500 mg/day). We evaluated the recurrence, postoperative infection, patient satisfaction by a questionnaire.

**Results:** The mean follow-up period was 14 months (6-26 months). There was a recurrence in only one patient in fourth month. Three patients had wound infection in postoperative period. Debridement, intravenous antibiotic treatment and wound dressing every other day were applied. All patients expressed their satisfaction with surgery in questionnaire.

**Conclusion:** In treatment of ingrown toenail; if Winograd procedure and electrocauterization is performed appropriately, it is very effective treatment and recurrence rate is very low and following this technique has high patient satisfaction.

**Keywords:** Treatment of ingrown toe nail; winograd procedure; electrocauterization; back to work; recurrence; patient satisfaction.

**Yazışma ve tıpkı basım için iletişim:** Uzm. Dr. Serdar SARGIN

**Adres:** Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

**Telefon:** 0272 214 5043

**e-posta:** drserdarsargin@yahoo.com

## GİRİŞ

Tırnak batması, tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine dönmesi sonucu ayak başparmağında ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve ilerleyen dönemlerde akıntı ve granülasyon dokusu gelişerek seyreden bir sorundur. Genetik faktörler, yanlış tırnak kesimi, ucu dar ayakkabı giyimi tırnak batması gelişiminde önemli faktörlerdir. Tırnak batmasına yatkın bir ayakta bu etkenlerle tırnak kenarında oluşan basınç tırnağın cilde zarar vermesine yol açar. Sonrasında bakteri ve mantar enfeksiyonlarının eklenmesi ve granülasyon dokusunun oluşmasıyla tipik tırnak batması görüntüsü tamamlanır. Granülasyon dokusu epitelle çevrilir. Böylece apse drenajı engellenir. Doku gittikçe şişer ve dış etkilere karşı daha kolay yaralanabilir hale gelir. Bu kısır döngü böyle devam eder (1).

Tırnak batmaları üç evrede değerlendirilebilir: Evre-I, inflamasyon ve ağrının mevcut olması; Evre-II, enfeksiyonun tabloya eklenmesi; Evre-III, enfeksiyon 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 (2-5).

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 (6). Evre II ve III'te cerrahi tedavi uygulanabilir (7). 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 (8).

Uygulanacak cerrahi yöntem ne olursa olsun belli başlı üç kriteri yerine getirmelidir:

- Basit olmalı;
- Normal aktiviteye dönüş süresi kısa olmalı;
- Nüks oranı düşük olmalıdır (9).

Bu çalışmada, ayak başparmağına tırnak batması nedeniyle Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon kombine tedavisi yapılan hastalardaki tedavi sonuçları değerlendirildi.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Haziran 2010 ve Ağustos 2012 tarihleri arasında polikliniğimize ayak başparmağında ağrı, akıntı ya da tırnakta şekil bozukluğu şikâyetleriyle başvuran 53 hastanın (17 kadın, 36 erkek) 65 ayak başparmağına aynı cerrah tarafından Winograd prosedürü ve elektrokoterizasyon uygulandı. Çalışmamıza daha önce cerrahi tedavi yapılan ve nüks gelişen hastalar dahil edilmedi. Hastalar Heifetz'in tırnak batması evresine göre değerlendirildi. Evre-I'e inflamasyon ve ağrının olduğu hastalar, Evre-II'ye akıntı ve enfeksiyonun tabloya eklendiği hastalar; Evre-III'e enfeksiyon olsun veya olmasın inflamasyonun kronik bir hal aldığı ve yan duvar hipertrofisinin olduğu hastalar dahil edildi (2-5). Tırnak batması evrelendirmesine göre 9 ayak başparmağı evre I, 27 başparmak evre II ve 29 başparmak evre III olarak değerlendirildi (Şekil I).



**Şekil I:** Heifetz'in Evre III tırnak batması.

Ayak başparmaklarında enfeksiyon olan hastalara cerrahi öncesi günde 3 kez beş gün oral Sodyum Fusidat 500 mg verildi. Postop dönemde tüm hastalara 3 gün oral Sodyum Fusidat 500 mg günde üç kez önerildi. Hastalarda nüks, postop enfeksiyon gelişimi, hasta memnuniyeti anket yapılarak değerlendirildi.

### Cerrahi teknik

Cerrahi işlem ameliyathane koşullarında gerçekleştirildi. İşlem öncesi 5 cc prilokain ile dijital blok anestezisi uygulandı ve parmak turnikesi altında işlem

**Tırnak Batması Tedavisi**  
*Treatment of Ingrown Toe Nail*

gerçekleştirildi. Turnikenin girişim sonunda unutulması için üzerine bir klemp yerleştirildi.

Hastaların hepsine Winogradın tariflediği şekilde parsiyel tırnak, tırnak yatağı, tırnak matriksi eksizyonu uygulandı. Önce tırnak oluşunu kapatmış olan hipertrofik dokular tırnak şekline uygun olarak eksize edildi. Takiben tırnak lateralinde batan kısım çıkartıldıktan sonra, tüm tırnağın yaklaşık dörtte birine denk gelen kısmı, tırnak cilt sınırından 5-10 mm proksimale uzanacak şekilde vertikal olarak falanksa kadar 11 numara bistüri ucu kullanılarak kesildi. Sonra proksimalden başlayarak oblik bir şekilde, bıçağı yaklaşık 40-45 derece eğimle kullanarak, yine falanksa degecek kadar derin bir insizyonla bölgedeki tırnak, tırnak yatağı ve germinal matriks geride kalıntı kalmayacak şekilde eksize edildi (Şekil II).



**Şekil II:** Turnike altında parsiyel tırnak ve matriks eksizyonu.

Kalıntı varsa küretle temizlendi (10). Ardından koter 15 dereceye düşürülerek kalan dokulara elektrokoterizasyon uygulandı. Yara serumla yıkandı ve spançla temizlendi. No 3.0 prolent iplikle yara kenarları kapatıldı (Şekil III).

Ameliyat sonrası hastalara nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve oral antibiyotik tedavisi (sodyum



**Şekil III:** Ameliyat sonrası görünüm.

fusidat 1500 mg/gün) verildi. İlk hafta iki gün arayla pansumanları yapıldı. Girişim sonrası her hastaya taburcu sonrası bilgilendirme formu verildi. Hastalara 10-14. günlerde dikişleri alınması gerektiği hatırlatıldı. Dikişlerin alınmasından sonra hastaların günlük aktivitelerine dönmeleri sağlandı. Hastalar 2 ay arayla kontrole çağrıldı. Hastalara ameliyat önce ve sonrasına yönelik ağrı, kozmetik, ayakkabı giyebilme durumlarına göre genel memnuniyet dereceleri hastaların memnuniyet durumları 10 üzerinden verdikleri puanlara göre değerlendirildi. 1-3 arası puan çok kötü, 4-5 puan kötü, 6-7 iyi ve 7 üzeri çok iyi şeklinde puanlandırıldı.

Hastalar ortalama 14 ay (6-26 ay) süreyle takip edildi. Yalnızca üç hastada yara yeri enfeksiyonu gözlemlendi. Hastalar sorgulandığında üç hastanın hijyene dikkat etmedikleri ve postop dönemde tarlada çalışıp pansumanlarını yaptırmadıkları ve verilen ilaçları düzenli kullanmadıkları ortaya çıktı. Kültür antibiyogram alınarak başlanılan antibiyotik tedavisi ve düzenli pansumanla üç hastada iyileşti. Hiçbir hastada ameliyat esnasında ve girişim sonrası dönemde başka bir sorun gözlemlenmedi. Ondört hasta ise önerilen maksimum dikiş alınma zamanı olan 14

günden sonra polikliniğe kontrole geldi. Enfeksiyon gelişen üç hasta dışında diğer hastalar semptomsuz olarak günlük aktivitelerine geri döndü. Günlük aktivitelere ve işe geri dönüş sorgulandığında ortalama 13 günde (7-19 gün) gerçekleştiği görüldü.

Ameliyat öncesi memnuniyet durumuna bakıldığında 53 hastanın 50'si (%94.3) çok kötü, 3'ü (%5.7) kötü olarak değerlendirildi. Ameliyat sonrası memnuniyet durumu anket sonuçlarına göre 43'ü(%81.1) çok iyi ve 7'si(%11.3) iyi ve 3'ü (%7.6) kötü olarak tespit edildi. Yalnızca bir hastada operasyondan 4 ay sonra nüks geliştiği gözlemlendi. Hastaların büyük çoğunluğunun tedaviden memnun kaldıkları saptandı.

### TARTIŞMA

Tırnak batması toplumda yaygın görülen bir sorundur. Tırnak lateral kıvrımlarının yumuşak doku içerisine doğru girmesi ve kıvrılması sonucunda bir kısır döngü oluşmaktadır. Kişinin yürümesini engelleyecek derecede rahatsızlık ve ağrı veren bir patolojidir (11).

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 (11-13). Bizim olgularımızda da benzer etkenler mevcuttu.

Tırnak batması tedavisinde kullanılan winograd prosedürü patolojiye neden olan tüm dokuların alınması dolayısıyla çok etkili ve nüks oranı yok denecek kadar az olan bir tedavi seçeneğidir (14). Ameliyat tekniğinde sorumlu olan tırnak plağı, tırnak yatağı, tırnak dudağı ve matriksi kama şeklinde kesilerek alınmaktadır. Bu yöntemde dikkat edilmesi gereken en önemli şey germinal matriks kalıntısı bırakmamaktır. Nükslerin en önemli sebebi germinal matriksin tamamen eksize edilmemesidir. Günlük yaşantımızda etkin ve hızlı çözüm getiren yöntemlere gereksinim duyulduğundan; Biz hastalarımıza zaten oldukça başarılı bir teknik olan winograd tekniğini elektrokoterizasyonla kombine ederek uyguladık.

Hasta memnuniyeti açısından bakıldığında Naimer Sody A. ve ark. yaptığı bir çalışmada modifiye sleeve metodunu 25 hastanın 28 parmağına uygulamışlar. 20 parmakta prosedür başarılı(%71,4) ve 8 parmakta ise tırnak batması semptomlarının tekrar geliştiğini göstermişlerdir (15). Ertürk C. ve ark. yaptığı bir çalışmada ise winograd tekniği kullanılarak 28 hastanın

31 parmağını opera etmişler. 26 hasta operasyondan memnun kalmış ve 2 hastada (%6,4) ise nüks geliştiğini göstermişlerdir (16). Nuri ve ark. yaptıkları çalışmada ise winograd uyguladıkları 62 hastayı ortalama 26 ay takip etmişler ve ortalama 4,2 ayda(3-7 ay) 4(%6,5) vakada nüks tespit edilmişler. Altmış hasta cerrahiden tam memnun kalmıştır ve nüks gelişen 2 hasta cerrahiden memnun kalmamışlar (7). Bizim çalışmamızda yapılan anketlere göre 49(%92,4) hasta cerrahinin sonuçlarından memnundu. Hastaların 3'ü (%7.6) ankete kötü yanıtı vererek memnun kalmadıklarını belirtti. Yalnızca 1 hastada operasyondan 4 ay sonra ameliyat sahasından rezidü tırnak geliştiği gözlemlendi. Hastaya cerrahi önerildi. Ancak hasta ağrısının olmadığını ve sorun olursa tekrar opera olmak istediğini belirtti. Diğer hastalarda takip süresince nüks gözlenmedi.

Genel olarak tırnak batması tedavisinde evre I (enfamasyon ) ve evre II (abse) de konservatif tedavi denenebilir. Konservatif tedavinin erken dönem (Evre-I) ayak tırnak batmalarında etkinliği kabul edilmektedir (3-5). Ancak konservatif tedavi zaman alıcı, hasta kooperasyonu gerektiren bir yöntem olup evre II ve III olgularda nüks oranı oldukça yüksektir (%30-62) (5).

Aslan ve ark. Otuzbir tırnak batması olgusunda (14' ü evre 1-2 ve 17 'si evre 3); evre 1-2 olanlara konservatif tedavi ve evre 3 olan gruba cerrahi olarak parsiyel tırnak eksizyonu ve germinal matriks rezeksiyonu uyguladıklarını ve konservatif tedaviyle altısında tam iyileşme (4 hasta kontrollere gelmemiş), cerrahi tedaviyle ise 16'sında (%82) tam iyileşme ve memnuniyet sağladıklarını bildirmişlerdir (17).

Evre 2 ve 3'de ise tırnak plağının daraltılması tırnak yatağının genişletilmesine yönelik cerrahi tedaviler uygulanmaktadır. 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. Bizde vakalarımızda bu tekniği uyguladık ve ciddi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Yapılan cerrahide matrisektomi cerrahi yöntemle olduğu gibi elektrokoterizasyon, karbondioksit lazer ya da kimyasal koterizasyonlarla ya da kombine olarak uygulanabilir (18). Biz hem cerrahi hem de elektrokoterizasyonu uyguladık. Kama şeklinde

**Tırnak Batması Tedavisi**  
*Treatment of Ingrown Toe Nail*

parsiyel tırnak, tırnak yatağı ve matriks eksizyonu tekniğinin öğrenme eğrisi çok kısadır. Bu teknikte deneyimsiz ellerde dahi nüks oranı çok düşüktür. Bu çalışmada 53 hastanın 65 ayak başparmağında başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçla bu yöntemin uygulaması kolay, ucuz, güvenli ve komplikasyonu az olan bir yöntem olduğu söylenebilir.

**KAYNAKLAR**

1. Richardson EG, Hendrix CL. Campbell's operative orthopaedics, Canale ST. Disorders of nails and skin. 10th Edition, Philadelphia: Mosby, 2003:4171-87.
2. Dereli T, Özyurt S, Öztürk A, Erboz S. Tırnak batması: parsiyel matrisektomi/fenolizasyon kombinasyonu ile tedavisi. *Turkderm* 1995;29:151-4.
3. Murray WR. Management of ingrowing toenail. *Br J Surg* 1989;76(9):883-5.
4. Eisele SA. Conditions of the toenails. *Orthop Clin North Am* 1994;25(1):183-8.
5. Reijnen JAM, Goris RJA. Conservative treatment of ingrowing toenails. *Br J Surg* 1989;76(9):955-7.
6. 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.
7. Aydın N, Kocaoglu B, Esemeli T. Partial removal of nail matrix in the treatment of ingrowing toe nail. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2008;42(3):174-7.
8. Rammelt S, Grass R, Zwipp H. Treatment of ingrown toe nails. What is an "Emmert plasty"? *Chirurg* 2003;74(3):239-43.
9. Gabriel SS, Dallos V, Stevenson L. The ingrowing toenail: a modified segmental matrix excision operation. *Br J Surg* 1979;66(4):285-6.
10. 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(5):513-7.
11. Foulston J. Ingrowing toe nail. In : Helal B, Wilson D (eds). *The foot*. New York: Churchill Livingstone, 1988;(2):858-67.
12. Wallace WA, Mine DD, Andrew T. Gutter treatment for in growing toenails. *Br Med J* 1979;2(6183):168-71.
13. Grassbaugh JA, Mosca VS. Congenital ingrown toenail of the hallux. *J Pediatr Orthop* 2007;27(8):886-9.
14. 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(7):1074-5.
15. Naimer SA, Peleg R, Biton A, Press Y. Modified sleeve method treatment of ingrown toenail. *Dermatol Surg* 2002;28(9):852-5.
16. Ertürk C, Karakurum HG. Tırnak batması tedavisinde winograd yönteminin sonuçları. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2009; 15(2):19-22.
17. Aslan A, Aslan İ, Özerdemoğlu RA. Tırnak batması: genel pratisyenlikte tedavi yaklaşımı. *Sted* 2006;15(5):88-91.
18. Cameron PR. Ingrowing toe nails: an evaluation of two treatments. *BMJ* 1981;283(6295):821-2.