

Tırnak batması ve cerrahi tedavisi

Mehmet Yosunkaya⁽¹⁾, Mahir Gülşen⁽²⁾, İsmet Tan⁽²⁾, Hüseyin Bayram⁽²⁾, Gürbüz Baytok⁽³⁾

Ayakta tırnak batması ayak sağlığına yeteri kadar özen gösterilmediğinde oldukça sık rastlanan bir patolojidir. Çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmasına rağmen tedavi sonrası yine de tekrarlayabilmektedir.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda 1988-1990 yılları arasında tırnak batması tanısıyla 20 hastayı Winograd ve Bartlett tekniklerini birleştirerek cerrahi yöntemle tedavi ettik. Batan tırnak kenarı ve tırnak yatağının parsiyel rezeksiyonu ile batan tırnak kenarı cildinin eliptik eksizyonunun yapılarak tekrar suture edilmesinden oluşan bu tekniğin uygulanmasından sonra hastalarımızdan iyi sonuçlar elde ettik.

Anahtar kelimeler: tırnak batması

Surgical treatment of ingrowing toe nail

Ingrowing toenail becomes a common pathology in people who don't give particular care to their foot health. Although there are many different surgical technique, recurrence can be seen even after these procedures.

We have surgically treated 20 patients of ingrowing toenail by combining the Winograd and Bartlette methods in our clinic between 1988 and 1990. We obtained good results by the performance of the technique which is the combination of the partial resection of the ingrowing nail edge and bed, and suturing the nail fold skin after an elliptical skin excision.

Key words: ingrowing toe nail

Tırnak batması belirgin olarak iş kaybına yol açan, adolesanları ve genç yetişkinleri etkileyen sık ve ağrılı bir durumdur. Bu patoloji hatalı tırnak kesimi, anormal şekilli tırnak ve tırnak kıvrımı, aşırı terleme, dar ayakkabı giyme, kötü ayak hijyeni, aşırı vücut ağırlığı, herediter faktörler, travma, anatomik predispozan faktörler (başparmağın medial rotasyonu) gibi çeşitli faktörlere ya da bunların kombinasyonuna bağlıdır (5).

Erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha sık olup, 10-30 yaşlar arasında en fazla görülür (4). Ayakkabısız popülasyonlarda nadiren görülmektedir (9). Tekrarlayabilen bir hastalıktır. Hastaların % 30'u daha önce tırnak batması epizodu geçirenlerdir (5). Bu nedenle çeşitli konservatif ve cerrahi tedaviler ortaya atılmıştır.

Enflamatuvar safhada konservatif tedavi önerilebilmektedir. Fakat bu tedavi metodunda rekürrens oranı %45 olarak bildirilmektedir (4). Bu tedaviden sonra hastaya tırnağın uygun kesilmesi öğretilmelidir. Uygun kesilmiş bir tırnakta, tırnağın hiponisyumdan distale doğru çıkıntı yapması ve köşeli olması gereklidir (2). Bir çok cerrahi tedavi metodu tanımlanmıştır. Hepsinde de rekürrens oranları yüksektir (Tablo 1). Önemli nüks problemleri olan bu patolojinin tedavisinde kliniğimize uyguladığımız kombine cerrahi tedavi metodu ile olumlu sonuçlar aldık. Bu sonuçları bildirmek istiyoruz.

Konservatif tedavi	% 45
Total tırnak plate'nin alınması	% 64-78
Parsiyel tırnak plate'nin alınması	% 47
Parsiyel tırnak plate'nin ve matriksinin alınması	% 15-29
Tırnak plate'i ve germinal matriksin alınması	% 10-27
Parsiyel tırnak kıvrımının ve tırnak matriksinin alınması	% 5-9
Tırnak kıvrımının alınması yada küçültülmesi	% 20
Kimyasal koterizasyon	% 8-45

Tablo 1: Rekürrens oranları (4, 5, 10)

Gereç ve yöntem

1988-1990 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda tırnak batması tanısıyla 20 hastayı Winograd ve Bartlett tekniklerini birleştirerek cerrahi yöntemle tedavi ettik. Vakaların 5 (% 25)'i kadın, 15 (% 75)'i erkek idi. Erkek kadın oranı 3.1 idi. Vakaların yaşları 17-57 arasında olup, ortalama yaş 26.4 idi. % 85'i 17-35 yaşlar arasındaydı.

14 (%70) vakada enfeksiyon vardı. Toplam 20 vakanın 4 (%20)'ü bilateral, 2 (10)'si aynı parmağın her iki tarafında, 9 (%25)'u sadece lateral tarafta, 5 (%25)'i sadece medial taraftaydı. 20 hastaya uygulanan 26 prosedürün 16 (%61.5)'sı lateral tarafta, 10 (%38.5)'u medial tarafta idi.

Ayakta tırnak batması ile başvuran hastalarda en-

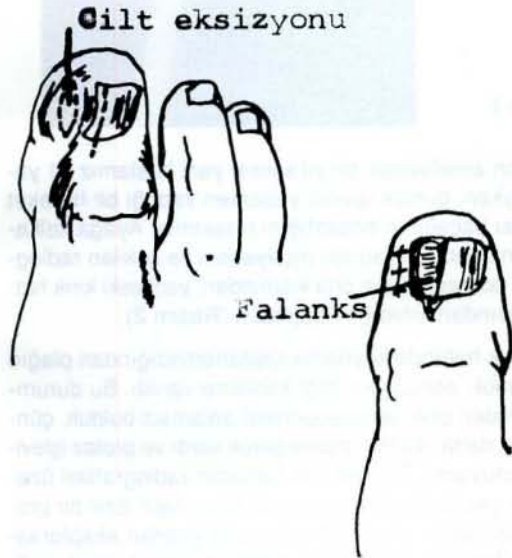
(1) Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

(2) Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Doçenti

(3) Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Profesörü

* Bu bildiri XIII. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde sunulmuştur.

feksiyonu olanlarda akut enfeksiyon tedavisinden sonra Winograd ve Bartlett teknikleri birlikte uygulandı. Bölge cerrahi şartlara göre hazırlanıp, epinefrinsiz % 1'lik lokal anestezi ile digital blok anestezi uygulandıktan sonra başparmak bazisine çepeçevre penröz dren sarılarak turnike yapıldı. Lunulanın 5-8 mm proksimalinden başlayacak şekilde eponisyuma insizyon yapıldı. Tırnağın dörtte birini kapsayacak şekilde distalden başlayıp, eponisyum altında tırnak kökünün en proksimaline kadar bistüri ile tırnak kesilip küçük, düz bir hemostat yardımıyla medial kısım matriksin görünen kısmı yine keskin diseksiyonla alındı. Germinal matrikste kalıntı bırakmamak için bölge, falanks ortaya çıkana dek iyice kürete edildi. Tekrar tırnak gelişme olasılığını önlemek için germinal matriksin proksimal kısmının alınması önemlidir. Tırnak kıvrımındaki granülasyon dokusu da iyice eksize edildi. Buraya kadarki teknik Winograd tekniğidir. Daha sonra batan tırnak tarafından midlateral hat yakınından tırnak kıvrımının normal yapıdaki cildinden bistüri ile eleptik eksizyon uygulandı. Bu işlemin amacı da tırnak kıvrımını tırnak kenarından çekmektedir. Daha sonra kesilen eponisyuma da isteğe bağlı olarak sütür atılabilir (Şekil 1). Bölgeye meç yerleştirilip kapatıldı. Kompresyon bandajı uygulandı. 48 saat ayak yükseltildi. Post op 3. gün pansumanı açılıp meçli fitil çıkarıldı. Açık ayakkabılar giymesi söylendi. Post op 11. güne dek aralıklı pansumanlarla takip edildi. 11. gün sütürleri alındı. 1. haftanın sonunda ayakkabı giymesine izin verildi. Daha sonra hastalara yıllık kontrole gelmesi tavsiye edildi.



Şekil 1: Uyguladığımız cerrahi teknik

Bulgular

Prosedür 20 hastaya uygulandı. Prosedür sayısı 26 idi. İyileşme periyodu ortalama 20 gün kadardı ve bu periyod süresince belirgin komplikasyon saptanmadı. Vakaların 9 tanesi mektupla yapılan çağrıya uyup kontrole

geldi. 9 hastaya 9 prosedür uygulandı. Kontrole gelenlerde en az 9 ay en çok 29 ay, ortalama 20 ay takip süresi vardı ve bu olgularda nüks saptanmadı.

Tartışma

Ayakta tırnak batması probleminin tedavisinde konservatif yöntemlerden, önemli operatif tecrübeler gerektiren geniş cerrahi prosedürlere kadar değişen bir çok görüş vardır. Konservatif tedavi uygun vakalarda denenebilir. Fakat uzun zaman periyodu ve hastanın yüksek derecede kooperasyonunu gerektirir. Hastaların % 40'ı bu tedavi şeklinden rahatsız olur ve ihmal ederler (4). Uygulanabilecek ideal operasyonda tırnağı muhafaza edip sadece etkilenen kısmı alarak iyi bir kozmetik sonuç elde edilmeli, morbidite ve rekürrens oranı az olmalı, uygulama tekniği basit olmalıdır (1). Tüm prosedürlerde rekürrens oranları gözardı edilmeyecek kadar yüksektir. Basit avülsiyonda uygulama tekniğinin çok basit olması ve popüler bir yöntem olmasına rağmen rekürrens oranının yüksekliği nedeni ile bu yöntemden kaçınmak gerekir.

Bizim uyguladığımız prosedürde de tekniğin uygulanışı basittir. İyileşme süresi kısadır. Elde ettiğimiz kozmetik sonuçlar iyiydi. Hasta sayımızın ve takip süremizin az olmasına rağmen elde ettiğimiz erken sonuçlar yüz güldürücüdür.

Kaynaklar

1. Antrum RM: Radical excision of the nail fold for ingrowing toenail. J. Bone Joint Surg. (Br) 66-B: 63-65, 1984.
2. Brahms MA: Management of Skin and Nail Problems. In "Surgery of the Musculoskeletal System", Ed. Everts CC, 1st Ed, pp: 9: 251-9: 255, Churchill Livingstone Inc, USA, 1983.
3. Gillette RD: Ingrown toenails. Postgraduate Medicine. 84: 146-156, 1988.
4. Il fold FW, August W: Clin. North America. 5: 95-97, 1974.
5. Issa MM, Tanner WA: Approach to ingrowing toenails: The Wedge resection segmental phenolization combination treatment. Br. J. Surg. 75: 181-183, 1988.
6. Langfort DT, Burke C, Robertson K: Risk factors in onychocryptosis. Br. J. Surg. 76: 45-48, 1989.
7. Lathrop RG: Ingrowing toenails Causes and Treatment. Cutis. 20: 119-122, 1977.
8. Margo MK: Surgical Treatment of Conditions of the Fore Part of the Foot. J. Bone Joint Surg. 49-A: 1660-65, 1967.
9. Murray WR, Bedi BS: The surgical management of ingrowing toenail. Br. J. Surg. 62: 409-12, 1975.
10. Richardson EG: The foot in adolescents and adults. In "Campbell's operative orthopaedics", Ed. Crenshaw AH, 7th Ed., pp: 923-933, Mosby Co, St Louis, 1987.
11. Townsend AC, Scott PJ: Ingrowing toenail and onychogryposis. J Bone Joint Surg. (Br). 48-B: 354-8, 1966.
12. Van Der Hem AC, Hackenl Cah, Tikiyeno: The treatment of ingrowing toenails Br. J. Surg. 72-B: 507-509, 1990.

Yazışma adresi

Dr. Mehmet Yosunkaya
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Balçalı/Adana