

TÜBÜLER TIRNAK (PINCER NAIL) TEDAVİSİNDE KOSAKA STRATEJİSİ İLE ALINAN SONUÇLAR

*A.Ceyla ÖZBAYOĞLU, *A.Aydan KÖSE, *Yakup KARABAĞLI, *Cengiz ÇETİN

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

ÖZET

Tübüler tırnak (pincer nail) bir tırnak şekil bozukluğu tipi olup kesin oluşum nedeni bilinmemektedir. Tırnak şeklinin kozmetik olarak rahatsız edici olmasının yanısıra, tekrarlayan paronişya atakları ve ayakkabı vurmaları hastayı çare aramaya yönelten faktörlerdendir. Bu deformitenin düzeltilmesi için pek çok konservatif ve cerrahi tedavi seçeneği tariflenmiştir. Kliniğimize tübüler tırnak deformitesi ile başvuran 7 olguda Kosaka stratejisi ile tırnak yatağı düzeltilmesi işlemi uygulanmış ve sonuçlar gözden geçirilerek sunulmuştur. Kosaka stratejisi ile tübüler tırnak tedavisi, tüm kesilerin patoloji bölgesinde kalması, avasküler greft kullanımına gereksinim göstermemesi ve distal falanksın şekillendirilmesine olanak sağlaması nedeni ile iyi bir alternatif teknik olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: tübüler tırnak (pincer nail), Kosaka stratejisi

THE USE OF HYDROFIBER DRESSING MATERIAL WHICH CONTAINS SILVER FOR THE TREATMENT OF PARTIAL THICKNESS BURN.

ABSTRACT

PTubuler nail (pincer nail) is a kind of nail deformity and the exact cause of this deformity is unknown. Besides its cosmetic disturbance, recurrent paronychial attacks and ill-fitting shoes are directed patients for help. For this deformity many conservative and surgical techniques have been described. In this report, 7 patients suffering from tubuler nail deformity, the nail beds were corrected with Kosaka strategy and the results were reported. Treatment of tubuler nail with Kosaka strategy is a good surgical alternative because all incisions are done on the pathological finger, besides there is no need for an avascular graft and distal phalanx remodeling can be done.

Keywords: tubuler nail (pincer nail), Kosaka strategy

GİRİŞ

Pincer nail, kısıkaç, trompet ya da tübüler tırnak olarak adlandırılan bir tırnak şekil bozukluğu tipidir. Bu şekil bozukluğunda tırnak, tırnak yatağının yatay düzlemde çeşitli nedenlerle kısalmasına, büzülmesine ve küçülmesine bağlı olarak, yapısal dışbükeyliğini artırarak rulo haline alır. Tırnağın uzun aksı boyunca dışbükeyliği proksimalden distale gittikçe daha da belirgin artmış görünümündedir.¹

Tırnak plağının anatomik şeklini sağlayan ve koruyan 3 yapı vardır. Bunlar proksimal ve her iki yan tırnak kıvrımları ve distal falanksın şeklidir.² Bu yapıların oluşturduğu kuvvetler, uzayan tırnağı izlediği yolu ve aldığı şekli belirler. Belirtilen yapılarda oluşan hasarlar ve bu yapılara komşu bölgelerde oluşan kiteller tırnakta şekil bozukluğu ile sonuçlanır.²

Tübüler tırnak deformitesi sıklıkla ayak birinci parmak tırnaklarını etkiler; ancak diğer ayak tırnakları ve el tırnaklarında da görülebilir.³ Orta ve ileri yaş kadınlarda daha sık karşılaşılr.

Tübüler tırnağın bu şekli almasının nedenleri net olarak bilinmemekle beraber, pek çok vaka sporadik ya da gelişimsel bir patolojiye ikincil olarak ortaya çıkar.⁴ Ayrıca beta bloker ilaç kullanımı, psöriazis, dar ayakkabı kullanımı, subungual ekzositoz, osteoartrit gibi faktörlerin de rolü olduğu ileri sürülmektedir.⁴⁻⁶ Bir kısım hastada ise genetik bir geçiş söz konusudur.^{4,5}

Kabaca iki grup hastadan bahsedilebilir. Birinci grup pek çok parmağın simetrik tutulumu şeklinde olup özellikle genetik eğilimi düşündürürken; ikinci grupta asimetrik bir tutulum söz konusudur ki, bu özellikle ayak



Resim 1a: Ayak 1. ve 2. parmak tübül tırnak deformitesi önden görünüm



Resim 1b: Ayak 1. ve 2. parmak tübül tırnak deformitesi üstten görünüm

birinci parmağını etkiler ve bu grupta nedensel faktörler arasında ayak deformiteleri, onikomkoz, ayakkabı vurmaları ve osteoartrit sayılabilir.⁷

Tübül tırnaklı hastada tırnak şeklinin kozmetik olarak rahatsız edici olmasının yanısıra, tekrarlayan paronişya atakları, ayakkabı vurmaları ve ağrı hastayı çare aramaya yönelten faktörlerdir.

Tübül tırnak deformitesi ilk kez 1968 yılında Cornelius ve Shelly tarafından tanımlanmıştır.¹ Bu deformite için pek çok farklı cerrahi ve konservatif tedavi seçeneği ortaya konmuştur.^{1,3,8-12} Kliniğimize tübül tırnak deformitesi ile başvuran 7 olguda Kosaka stratejisi ile tırnak yatağı düzeltilmesi işlemi uygulanmış ve sonuçlar gözden geçirilerek sunulmuştur .

HASTALAR

Yaşları 45-67 arasında değişen biri erkek 7 hastanın 10 ayak parmağında (iki hastada 2 başparmak birden, bir hastada başparmak ve ikinci parmak) mevcut olan tübül tırnak deformiteleri Kosaka stratejisi ile tedavi edildi (Resim 1a-1b). Olguların hiçbirinde tübül tırnak gelişiminde etken olduğu ifade edilen nedenlere rastlanmamakla beraber tümünde en az bir kez tırnak çekilmesi ya da tırnak kenarlarının revizyonu öyküsü mevcuttu. Ayrıca tırnak materyallerinin tümünde mantara rastlandı.

Olgular 5 ay - 14 ay (ort. 9,5 ay) takip edildi. Bu süre içinde tüm hastaların tırnaklarında doğal şekilde uzama gözlemlendi.



Resim 2a: İnsizyonların çizimi



Resim 2b: Flepler yerlerine iade edildikten sonraki görünüm



Resim 3a: Ameliyat sonrası 6. ay, önden görünüm



Resim 3b: Ameliyat sonrası 6. ay, üstten görünüm

CERRAHİ YÖNTEM

Dijital blok ve turnike uygulamasını takiben tırnak, tırnak yatağından yatağa zarar vermeden ayrıldı. Tırnak kenarlarından tırnağa 5-6 mm uzaklıkta distal falanks kadar inen insizyonlar yapıldı. İki kenarda yapılan bu insizyonlar parmak ucunda açıklığı volare bakan üçgen (Δ) insizyonlar ile birleştirildi (Resim 2a). Bu insizyonlardan girilerek tırnak yatağı periostla beraber distal falankstan dikkatlice sıyrıldı. Falanksın dorsalde yapmış olduğu kemik çıkıntı testere ile düzleştirildikten sonra kıvrık haldeki tırnak yatağının distal ucuna her iki kenarda 2-3 milimetrelik kesiler yapılarak yayvanlaşması sağlandı. Bu kesiler parmak ucundaki üçgen (Δ) insizyonun her iki kenarına tırnak yatak flebi girecek şekilde ayarlandı. Bu şekilde insizyonun her iki kenarında Z plasti flepleri elde edilmiş oldu. Dorsalde tırnak yatağına, volarde parmak pulpasına ait Z plasti flepleri birbiri içine girecek şekilde sütüre edildi ve tırnak yatağının tekrar kontraksiyonunun engellenmesi planlandı (Resim 2b). Tırnak yatağının ve insizyonların üzerine pomatla pansuman kapatıldıktan sonra işlem tamamlandı.

Olguların üçünde Z plasti flep uçlarında nekroz görüldü. Ek bir tedaviye gereksinim olmaksızın, pansuman takibi ile iyileşmenin tamamlandığı gözlemlendi (Resim 3a-3b). Bir olgu operasyondan 3 gün sonra yara yeri enfeksiyonu nedeni ile yatırılarak elevasyon uygulaması ve antibiyotik tedavisine alındı. Bu hasta halen operasyon sonrası 6. ayda olup tırnak büyümesi yaklaşık 4 cm civarındadır. Yeni gelen tırnağın anatomik konveksitesi ile büyüdüğü izlenmektedir.

TARTIŞMA

Tübüler tırnağın gelişiminde suçlanan faktörlerin yanı sıra olgularımızda gözlemlendiğimiz bulgulara göre onikomikoz ve tırnak kenarı revizyonlarının da bu tip tırnak şekil bozukluğu gelişimine katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz.

Tübüler tırnaklı hastaların radyografik incelemelerinde distal falanks tabanında bir genişleme olduğu, medial ve lateral kenarlarda kanca şeklinde osteofitlerin olduğu gözlenmiş ve bir grup araştırmacı bunun tübüler tırnak gelişimine neden olduğunu ileri sürmüşlerdir.⁷ Ancak Kosaka ve arkadaşları dorsal osteofitlerin tübüler tırnak deformitesi oluşumu için bir nedensel faktör olmadığını; osteofitlerin bu deformiteye bağlı tırnak boyunun uzamasına sekonder ortaya çıktığını savunmuşlardır.⁹ Yine yapılan kadavra çalışmalarında ayak başparmaktaki tırnak şeklinin distal falanks tabanının şekli ile ilişkili olduğu saptanmıştır.⁷ Bu bilgiler ışığında her iki teoride de, tübüler tırnak deformitesinin etkin tedavisi için tırnak yatağının düzleştirilmesi ve bu amaçla da osteofit çıkıntılarının traşlanması gereklidir. Kosaka yöntemi ile kemik yüzey traşlanmakta ve tırnak yatağı için düzgün bir yüzey sağlanabilmektedir.^{7,9}

Tübüler tırnak konservatif tedavi seçenekleri genelde geçici bir rahatlama sağlamakta ve bunlar ile nüks sık görülmektedir. Alüminyum splint fiksasyonu uygulanan 14 hastalık bir yayında bu konservatif tedavi şekli ile oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiş ve nüks gözlenmemiştir; ancak tedavi süreleri oldukça uzundur.³

Tübüler tırnağın cerrahi tedavisinde denenen birkaç yöntem ile alınan başarılı sonuçlara ait yayınlar mevcuttur. Bunlar arasında en çok taraftar toplayan dermal greft yöntemi olup, tırnak yatağının her iki lateral kenarının yükseltilmesi esasına dayanır.¹ Bu tekniğin en önemli dezavantajı dermal greftlerin elde edilmesi için farklı bir alanda cerrahi işlem yapılması gerekliliğidir. Bu sorunu ortadan kaldırmak için bir çalışmada otogreft yerine homogreft kullanılmıştır ve elde edilen sonuçlar, otogreft ile elde edilen sonuçlardan farklı bulunmamıştır.¹¹ Ancak kullanılacak bölge de dikkate alındığında uygulanan avasküler greftin enfeksiyon olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak ülkemiz

şartlarında homogreft uygulaması ekonomik olarak ağır yük getirmektedir.

Bir diğer yöntem olan sert damaktan alınan mukoza greftleri ile tırnak yatağının genişletilmesi literatürde bir olguda uygulanmış; başarılı sonuç alındığı bildirilmiştir.¹² Ancak böyle bir prosedür genel anestezi gerektirebilir; ağız içindeki yaranın hasta tarafından tolere edilmesi zor olabilir.

Uyguladığımız yöntem, ilk kez Kosaka ve ark. tarafından tarif edilmiştir.⁹ Benzer bir yöntem de 27.Ulusal Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kongresinde Mutaf ve ark. tarafından sunulmuştur.¹³ Kosaka stratejisi ile tübüler tırnak tedavisi tüm kesilerin patolojik parmakta kalması, avasküler greft kullanımına gereksinim göstermemesi ve distal falanksın kemik yapısının şekillendirilmesine olanak sağlaması nedeni ile yukarıda bahsedilen tekniklere üstünlük göstermektedir. Yöntemin kendine ait belirgin bir dezavantajı yoktur. Distal falanksta yapılan kemik şekillendirme bölgesinde enfeksiyon ve parmak ucunda yapılan küçük Z plasti fleplerinde nekroz görülebilmesine karşın konservatif tedavilerle bu sorunlar kendiliğinden çözümlenmektedir. Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi şeker hastalığı, Burger tipi arteryel yetmezliği olan olgularda dikkatli olunması gerekir.

SONUÇ

Tübüler tırnak tedavisinde Kosaka stratejisi ile revizyon başarılı fonksiyonel ve estetik sonuçları ile hatırdı tutulması gereken bir yöntemdir.

A.AYDAN KÖSE
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PLASTİK REKONSTRÜKTİF
VE ESTETİK CERRAHİ A.D. MEŞELİK / ESKİŞEHİR
Tel: 02222392979 / 3250
Faks: 02222393774
E-mail: aakose@ogu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Brown, R.E., Zook, E.G., and Williamc, J. Correction of pincer-nail deformities using dermal grafting. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000;105: 1658.

2. Neumeister M., Danikas D. Nail Pathology 2004;27:10. <http://www.emedicine.com>
3. Kim KD, Sim WY. Surgical pearl: Nail plate separation and splint fixation--a new noninvasive treatment for pincer nails. *J Am Acad Dermatol.* 2003 May;48(5):791- 7922
4. Mimouni D, Ben-Amitai D. Hereditary pincer nail. *Cutis.* 2002 Jan;69(1):51-3.
5. Bostanci S, Ekmekci P, Akyol A, Peksari Y, Gurgey E. Pincer nail deformity: inherited and caused by a beta-blocker. *Int J Dermatol.* 2004 Apr;43(4):316-8.
6. Candace M, Bruce R, Martin G, Gilles L. Pincer nail deformity associated with systemic lupus erythematosus. *J Cutan Med Surg* 2005 Jan;9(1):2-5
7. Haneke E. Ingrown and pincer nails: evaluation and treatment. *Dermatol therapy.* 2002;15:148-158
8. Suzuki,K., Yagi, I., Kondo, M. Surgical treatment of pincer nail syndrome. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979;63: 520,
9. Kosaka M, Kamiishi H. New strategy for the treatment and assessment of pincer nail. *Plast Reconstr Surg.* 2003 May;111(6):2014-9
10. Zook EG. Reconstruction of a functional and aesthetic nail. *Hand Clin.* 2002 Nov;18(4):577- 94, v. Review.
11. Zook EG, Chalekson CP, Brown RE, Neumeister MW. Correction of pincer-nail deformities with autograft or homograft dermis:modified surgical technique. *J Hand Surg [Am].* 2005 Mar;30(2):400-3.
12. Hatoko M, Lioka H, Tanaka A, Kuwahara M, Yurugi S, Niitsuma K. Hard-palate mucosal graft in the management of severe pincer-nail deformity. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Sep;112(3):835-9.
13. Mutaf M., Işık D., Bulut Ö., Sunay M.,Büyükgöral B. Kıskaç tırnak (=Pincer nail) deformitesinin tedavisinde yeni bir teknik. 27. Ulusal Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kongresi Özet Kitabı Syf:125