

# Onikogrifoz Sağaltımında Total Matrisektomi + Fenolizasyon\*

ONYCHORYPHOSIS TREATMENT:  
TOTAL MATRICECTOMY + PHENOL CAUTERISATION

Tuęrul DERELİ, Türkay ÖZÇALABI, Ümit BOSTANCI, Halit KAPDAęLI

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, Bomava, İZMİR

## ÖZET

Onikogrifozun tedavisinde palyatif önlemler veya radikal cerrahi girişimler önerilmektedir. Radikal girişimlerin amacı tırnak matrisini ortadan kaldırmaktır. En çok kullanılan iki yöntem bisturi ile total matrisektomi (Zadik prosedürü) ve matrisin fenol ile şimik koterizasyonudur. Zadik prosedürü ile nüks oranı % 28-35 iken, tenolizasyonda %0-10'dur. Ancak fenolün uzun süreli uygulanması çevre dokularda hasar ve yara iyileşmesinde gecikmeye yol açmaktadır. Bu yazıda, iki onikogrifozlu olguda (toplam sekiz tırnak) iki yöntemin kombine uygulanması sunulmaktadır. Sonuçta, yara iyileşme süresi kısalmış, bir yıllık izlemede nüks veya spikül gelişimi görülmemiştir.

**Anahtar Kelimeler.** Onikogrifoz, Cerrahi Tedavi

**T Klin Dermatoloji 1996, 5:118-120**

Onkiogrifoz, tırnağın irregüler kalınlaşarak adeta "keçi boynuzu" halini almasıdır. Tırnak yatağı, tırnak plağı veya her ikisi birden kalınlaşabilir. Yüzeyde düzensiz, kahverengi veya opak çizgilenmeler vardır.

Daha çok yaşıllarda ve ayak başparmak tırnağında ortaya çıkar. Etiyolojisinde travma, mikozik enfeksiyonlar, periferik dolaşım bozukluğu ve yetersiz tırnak bakımı sorumlu tutulmaktadır (1,2). Hastalar kozmetik bozukluk, ayakkabı giyememe ve bazen de ağrıdan yakınrlar.

**Geliş Tarihi: 6.9.1995**

**Yazışma Adresi: Tuęrul DERELİ**  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji ABD  
Bornova, İZMİR

\*XI. Prof.Dr.A. Ltf TAT Simpozyumu, 5-8 Ekim 1993, Nevşehir'de poster olarak sunulmuştur.

## SUMMARY

Therapy of onychogryphosis consists of radical surgical intervention or a series of preventive measures. The purpose of radical surgical intervention is to destroy the nail matrix. Two of the most frequently used surgical methods are Zadik procedure (total matricectomy with surgical blade) and and chemical cauterization with phenol. The recurrence rate with Zadik procedure is 28-35% while for phenol cauterization it is 0-10%. Prolonged application of phenol can cause damage in the surrounding tissues and may delay healing. Two patients with a total of 8 onychogryphotic nails treated with the combination of 2 methods are presented. Shortened healing time is noted and recurrences or spicule formations are not observed during the 1-year follow-up.

**Key Words:** Onychogryphosis, Surgical treatment

**T Klin J Dermatol 1996, 5:118-120**

Tedavisinde palyatif önlemler yanısıra radikal cerrahi girişimler önerilmektedir. Bu makalede, total matrisektomi + fenolizasyon uygulanan iki onikogrifozlu olgu sunulmaktadır.

## OLGULAR

**OLGU 1:** 53 yaşıında, kadın, emekli avukat.

Polikistik böbrek hastalığı nedeniyle gençlik yıllarında kronik böbrek yetmezliği gelişen ve hemodiyalize giren hasta, ayak tırnaklarında aşırı kalınlaşma, ayakkabı-çorap giyememe ve ağrı yakınmaları ile Temmuz 1992'de başvurdu. Yaklaşık on yıl önce ayak başparmak tırnaklarında başlayan yakınmaları, son yıllarda diğer ayak tırnaklarına da yayılmış. Üç tırnağını ikişer kez çektirmesi sadece geçici bir iyileşme sağlamış.

Muayenesinde, başparmak tırnaklarında çok belirgin olmak üzere sağ ayak 1., 2. ve 5., sol ayak 1., 2., 3. ve 5. parmak tırnaklarında onikogrifoz saptandı. Ayak dorsal yüzü ve pretibial bölgede (++) godet bira-

kan ödemi vardı. Periferik nabazanlar açıktı. Mikolojik direkt bakı ve kültür olumsuz idi.

Hastanın total matriks harafaiyeV' •  
zerine ikişer hafta aralıklarla üç seansta yedi tırnağa total matrisektomi + fenolizasyon uygulandı.

Yöntem: Metatarsofalangeal eklem civarı etil klorür spreyi ile 3-5 saniye dondurulduktan sonra 2-3 ml prilocain %2 sol (Citanest R flk) ile ring blok anestezi yapıldı. Proksimal falanks üzerine paket lastiği veya kauçuk eldiven parmaklarından hazırlanan turnike bağlandı. Tırnak plağı bir stile yardımıyla tırnak yatağından ayrıldıktan sonra ekstrakte edildi. Proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarının keşiştiği köşelere dik olarak 15 no'lu bisturi ile 8-10 mm'lik iki kesi yapıldı. Proksimal tırnak kıvrımı iki adet tek dişli çengel yardımıyla fleb şeklinde yukarıya doğru kaldırıldı. Matriksin proksimal ucu net olarak görülünceye kadar çevre dokular serbestleştirildi. Matriks, distal ucundan proksimal ucuna doğru 15 no'lu bisturi ile periosteuma kadar eksize edildi. Steril tamponlarla iyice kurutulan matriks kalıntıları üzerine port cotton ile %80'lik fenol solüsyonu bir dakika süreyle uygulandı. İşlem bitiminde fenol, alkol ile nötralize edildi ve saha, povidone-iodine solüsyonu ile temizlendi. Tırnak yatağı 2 mm'lik Fox küret ile hafifçe kazandıktan sonra kesi uçları, 4/0 atravmatik ipek ile suture edildi. Turnike çözüldü, hemostaz için beş dakika sıkı tampon sarıldı. Tekrar temizlenen bölge, povidone-iodine emdirilmiş iki kat gazlı bez ile kapatıldı.

Ayaktan uygulanan işlem, başparmak tırnakları için ortalama 20, diğer tırnaklar için ortalama 15 dakika sürdü. Hasta, ayak elevasyonu, 1/10.000 lik permanganat banyosu, %0.1'lik gentamisinli krem ile pansuman yapması önerilerek evine gönderildi.

10-15. günler arasında suturları alınan hasta ayda bir kontrollere çağrıldı. Tam iyileşme süresi başparmak tırnakları için 4-6 hafta, diğer tırnaklar için 2-3 hafta oldu. Nisan 1993'teki kontrolünde (yaklaşık dokuz ay sonra) herhangi bir spikül gelişimi saptanmadı. Tırnak



Şekil 1. Olgu-1'in preoperatif klinik görünümü (sağ ayak 1., 2. ve 5. parmaklara müdahale yapılmış durumda).

yatağına ait hafif bir hiperkeratoz bulunmaktaydı. Hasta rahatlıkla ayakkabı ve çorap giyebilmekteydi.

OLGU 2; SM, 7 yaşında kız çocuğu.

Hasta, 1.5 yaşından beri sağ ayak 3. parmak tırnak aşırı kalınlaşma, ayakkabı giymede zorluk yakınmaları ile Ağustos 1992'de başvurdu. Daha önce bir kez tırnağı çekilen ve topikal olarak antimikotik tedavi uygulanan hastada aynı tırnak detormitesi gelişmiş.

Muayenesinde sağ ayak 3. parmak tırnağında aşırı kalınlaşma, spiral şekilde dönme ve transvers kahverengi çizgilenmelerle karakterize onikogrifoza görülmekteydi. Diğer tırnakları salim, periferik nabazanlar açıktı.

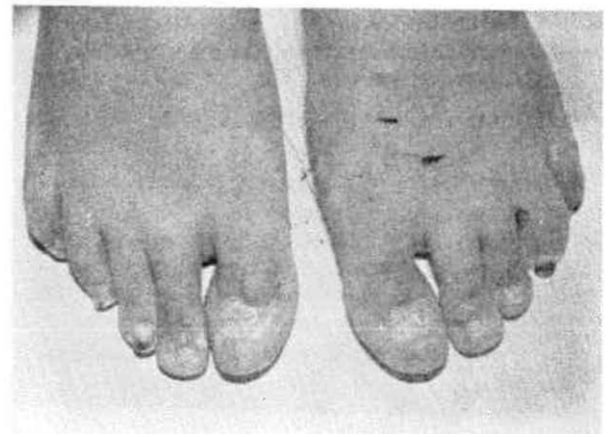
Aileye, matrisektominin sonuçları açıklandıktan ve onay alındıktan sonra yukarıda tanımlanan prosedür uygulandı. Suturları 7. günde alındı, iki hafta sonra tam iyileşme sağlandı. Nisan 1993 kontrolünde (8 ay sonra) spikül gelişimi saptanmadı.

### TARTIŞMA

Onikogrifoza tırnağı normal hale getirebilecek tıbbi veya cerrahi bir yöntem henüz geliştirilememiştir. Kullanılan tedavi yöntemleri hastanın yakınmalarını minimize indirecek palyatif veya radikal cerrahi yöntemlerdir.

Yaşlı, ileri derecede dolaşım bozukluğu olan hastalarda tırnak plağının mekanik yöntemlerle küçültülmesi önerilmektedir. Bu iş için tırnak makası, törpü ve hatta ege, kullanılabilir. Ancak işlemin sık sık tekrarlanması gerekmektedir (1,2).

Genç, dolaşım bozukluğu olmayan veya palyatif tedavinin yetersiz kaldığı hastalarda tırnak matriksini yoketmeye yönelik radikal cerrahi metodlar uygulanmaktadır. Matriksin tamamıyla ortadan kaldırılması için 50'li yıllardan önce terminal falanksı kısaltmak ve hatta ampule etmek gibi oldukça radikal yöntemler denenmiştir. 60'lı yıllarda jerminal matriksin bisturi ile total olarak eksize edilmesi (Zadik prosedürü) gündeme gelmiştir.



Şekil 2. Olgu-1'in postoperatif dokuz ay sonra görünümü.

Zadik prosedürü bugün de en çok kullanılan metodlardan birisidir.

70'li yıllarda uygulama alanına konan fakat 80'li yıllarda geniş kabul gören bir yöntem matriksin şimik koterizasyonudur. Şimik ajan olarak sodyum hidroksit ve asetik asit denenmişse de en başarılı sonuç fenolle alınmıştır.

Yine matriksi yoketmek için elektrokoagülasyon (3,4) ve CO2 laser de uygulanmaktadır. Özellikle CO2 laser ile **%100** sonuç alındığı bildirilmektedir (5).

Yöntemlerin başarı oranları yazarlara göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Andrew ve ark (8) 37 onikogrifozik tırnağın 20'sine Zadik prosedürü, geri kalan 17'sine üç dakika %88'lik fenol uygulamışlar, Zadik yapılan 7 tırnakta nüks oluşurken, fenolize tırnakların sadece birinde spikül oluşumu saptamışlardır. Paimer ve dones (7), 47 tırnak batmasında total matrisektomi sonrası nüks oranını %28 bulmuşlar, buna karşın Siegle ve ark (8) 20 tırnak batmalı olguda fenolizasyon ile (matriks üzerine 5 kez 30'ar saniye) %100 basan elde etmişlerdir. Yazarlar, fenolizasyonun kolay ve başarı oranı yüksek bir yöntem olduğu sonucuna varmışlardır.

Zadik prosedürünün yapılma zorluğu ve nüks oranının yüksekliği gibi iki önemli dezavantajı vardır. Fenolizasyonda da başarı oranı %100'lere ulaşmakla birlikte uzun süreli uygulama çevre dokularda aşırı tahribata yol açmakta ve yara iyileşmesinin gecikmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada, önce matriksin bisturi ile eksize edilerek total kitlenin azaltılması ve böylece fenolizasyon süresinin kısaltılması planlanmıştır. Birinci olguda yara iyileşme süresinin kronik böbrek yetmezliği nedeniyle zaten normalden uzun süreceği gözönüne alınırsa kombinasyonun geriliği açıkça ortaya çıkar. Ni-

tekim, iki olguda da tam iyileşme süresi 2-4 haftayı geçmemiş, bir yıl sonraki kontrollerde herhangi bir spikül gelişimi saptanmamıştır. Tırnak yatağında ortaya çıkan hafif hiperkeratoz, beklenen ve kozmetik olarak kabul edilebilen bir sonuçtur.

Yukarıda tanımlanan kombine işlem, Zadik prosedürü ve fenolizasyonun tek tek yapılmasından daha üstündür, iyileşme süresi kısa, başarı oranı yüksektir.

## KAYNAKLAR

1. **Tüzün Y. Travmatik tırnak bozuklukları.** Tırnak Hastalıklarında Ed. **Tüzün Y. İstanbul,** Tenografik **Matbaacılık,** 1993; **102-3.**
2. **Baran R. Principal modifications of the normal form of the nail.** In; Pierre **M editor.** *The Nail,* London. **Churchill Livingstone 1981:21-2.**
3. **Fewkes JL, Cheney ML, Pollack SV.** *Illustrated Atlas Of Cutaneous Surgery.* Hong Kong. **JB Lippincott Company 1992:9.7.**
4. **Thomsen RJ, Zuehlke RL, Beckman BI. Pachionychia congenita; Surgical management of the nail changes.** *J Dermatol Surg One 1982; 8(1 -2):24-48.*
5. **teshin B, Whitaker DC. Carbon dioxide laser matricectomy.** *J Dermatol Surg One 1988; 14:608-11.*
6. **Andrew T, Wallace WA.** *Nail bed ablation - excise or cauterise? A controlled study.* *Br Med J 1979; 1:1539.*
7. **Paimer BV, Jones A.** *Ingrowing toenails: the results of treatment.* *Br J Surg 1979; 66:575-6.*
8. **Siegle RJ, Harkness J; Swanson NA.** *Phenol alcohol technique for permanent matricectomy.* *Arch Dermatol 1984; 120:348-50.*