

Fenol ile Kimyasal Matrisektomi

CHEMICAL MATRICECTOMY USING PHENOL

Seher BOSTANCI*, Ümit TÜRSEN**, Tamer İ.KAYA**

* Doç.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,
** Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, ANKARA

ÖZET

Tırnak matriksinin parsiyel destrüksiyonunda kullanılan fenol tekniği, çok yüksek başarı oranına ilaveten cerrahi olarak basit, hızlı yapılabilen, nadiren enfeksiyon görülen ve minimal postoperatif morbidite gösteren bir tekniktir. 35 hastadaki 55 batık tırnak %88'lik liquifiye fenol kullanılarak germinal matriksin kimyasal olarak harap edilmesiyle tedavi edildi. 55 operasyonun 6-9 aylık takibi sonrası %3.6 nüks, %3.6 spikül oluşumu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Fenol, Tırnak batması

T Klin Dermatoloji 1996, 6:115-117

Matrisektominin majör olarak endike olduğu hastalık tırnak batmasıdır (1). Tırnak batmasının tedavisinde birçok medikal ve cerrahi tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Antiseptik banyolar, antibiyotikli merhemler uygulanması, tırnak plağının distal ucunun ortadan V şeklinde çentiklenmesi, ince uzun pamuk parçalarının batan kısmın altına koyulması, granülasyon dokusunun gümüş nitratla koterizasyonu, terlemeyi azaltıcı ajanların kullanılması, plastik bir borunun batan kısmın altına koyulması gibi medikal ve konservatif yöntemler daha çok erken dönemlerde etkili olmaktadır (1-8). Bunların uygulanması kolay olmakla beraber, iyileşme için uzun zamana ve hastayla iyi bir kooperasyona ihtiyaç vardır (3). Cerrahi yöntemler ise tırnak batmasına daha radikal çözümler getirmektedir. İlk defa 1945 yılında Boll tarafından tanımlanan matriksin fenol ile koterizasyonu düşük nüks oranı nedeniyle son yıllarda en çok tercih edilen cerrahi yöntemlerden birisi haline gelmiştir (9).

Bu çalışmamızda matriksin fenol ile koterizasyonu uygulamasının tırnak batmasının tedavisindeki etkinlik derecesini araştırmayı amaçladık.

Geliş Tarihi: 29.11.1996

Yazışma Adresi: Dr.Seher BOSTANCI
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD,
Samanpazarı, ANKARA

T Klin J Dermatol 1996, 6

SUMMARY

The phenol technique for partial destruction of the nail matrix is an addition to its very high success rate, surgically simple, rapid to be perform, rarerly associated with infection and has minimal postoperative morbidity. 55 ingrown toenails in 35 patients treated by chemical ablation of germinal matrix with %88 liquefied phenol. After 6-9 months follow up 55 operations 2 (%3.6) relapses and 2 (%3.6) spicule formation is observed.

Key Words: Phenol, Ingrowing toenail

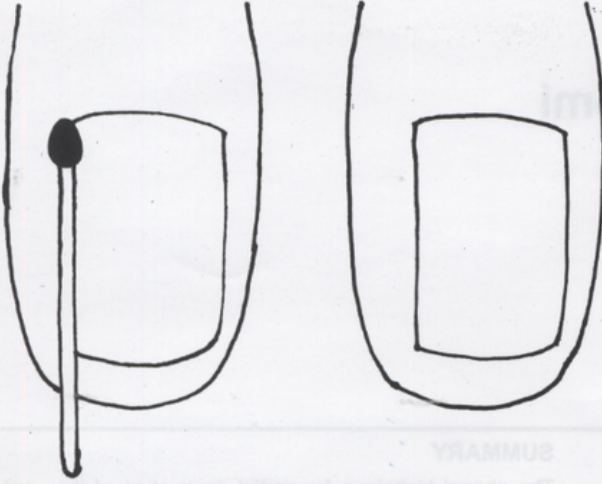
T Klin J Dermatol 1996, 6:115-117

MATERYEL VE METOD

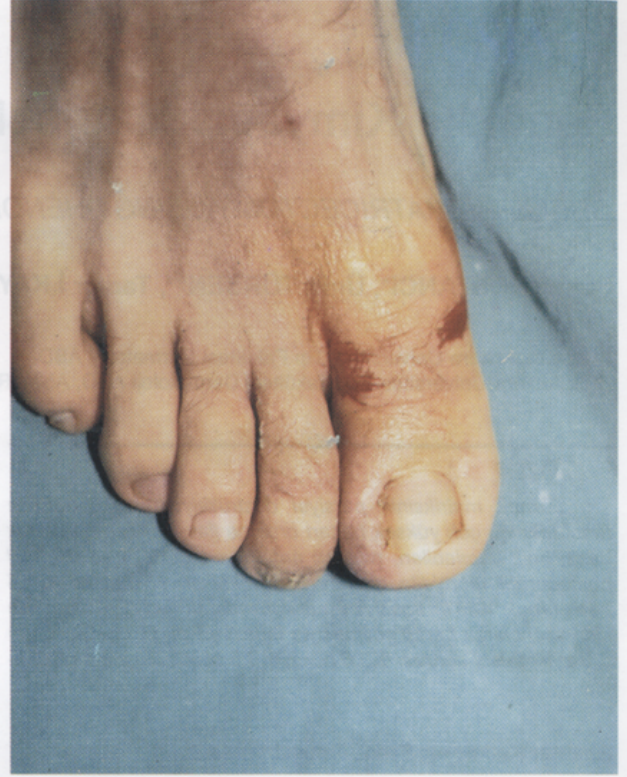
Ocak 1996-Kasım 1996 tarihleri arasında A.Ü.T.F. Dermatoloji polikliniğine başvuran 35 hastadaki 55 tırnak batması, matriksin fenol ile koterizasyonu yöntemiyle tedavi edildi. Uygulama 20 hastada hastaneye yatırarak, 15 hastada ayaktan gerçekleştirildi.

Başvuruda batan tırnak bölgesinde enfeksiyon bulunan olgular, önce sistemik bir antibiyotik, topik antibiyotikli merhem ve hergün yapılan antiseptik banyolarla tedavi edildi. Enfeksiyon tamamen geriledikten sonra cerrahi müdahale uygulandı. Teknik olarak 1969'da Ross tarafından bildirilen teknik kullanıldı (10) (Şekil 1).

Operasyon için gerekli antisepsi sağlandıktan sonra adrenalin içermeyen %2 prilokain ile dijital blok anestezi yapıldı. Hemostaz için parmak bazisine penros dren ile turnike uygulandı. Yaklaşık 4 mm'lik batan tırnak kısmı kesilerek yandaki tırnak plağından ayrıldı ve çekildi. Daha sonra steril ucu pamuklu bir aplikatör ile %88'lik liquifiye fenol lateral matriks bölgesine kuvvetlice masaj yapılarak 3 dakikada tatbik edildi. Bölgede hipertrofik granülasyon dokusu varsa o da fenolle koterize edildi. Bu uygulama esnasında fenolün çevredeki sağlam dokulara fazla temas etmemesine dikkat edildi. Daha sonra bölgeye %70'lik alkol dökülerek fenol nötralize edildi. Turnike çözüldü. Antibiyotikli merhem ve longitudinal-sirkumferensiyel sargı uygulandı. Hastaya postoperatif sistemik antibiyotik ve analjezik verildi. Ayak eleve edildi. İlk pansuman değişimi, beraberinde antiseptik ayak



Şekil 1. Fenolle matriksin koterizasyonu



Şekil 2. Tırnak batması

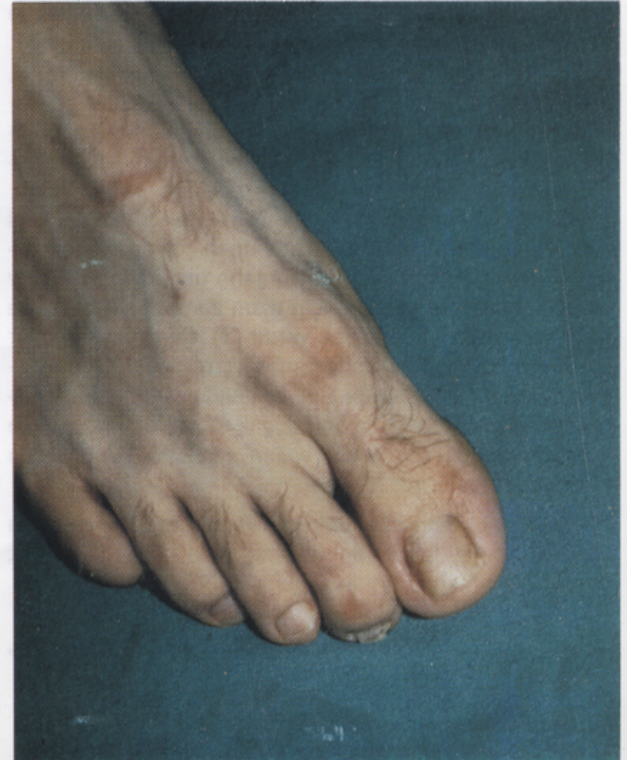


Şekil 3. Fenol koterizasyonundan sonra

banyosu olmak üzere 48 saat sonra yapıldı. Yara iyileşmesi tamamlanıncaya kadar antibiyotikli merhem uygulamasına devam edildi. Hastalar 6. ve 9. ayın sonunda kontrol edildi (Şekil 2,3,4).

BULGULAR

Olguların 20'si erkek, 15'i kadın yaş ortalamaları 28 (19-54) idi. Hepsi daha evvel konservatif tedavi yöntem-



Şekil 4. Fenol koterizasyonundan 9 ay sonra

leriyle tedavi edilmişti. 20 hastaya ise bir veya birkaç defa tırnak çekimi uygulanmış olduğu öğrenildi. 55 batığın hepsi de ayak başparmağında idi. 40 batık lateralde, 15 tanesi ise medyalde idi. Olguların hiçbirisinde postoperatif enfeksiyon görülmedi. İyileşme periyodu 2-4 hafta sürdü.

Olgular 6-9 ay, ortalama 7.5 ay takip edildi. 2 batıkta nüks (%3.6), 2 batıkta (%3.6) spikül oluşumu izlendi.

TARTIŞMA

Tırnak batmasının tedavisinde kullanılan konservatif yöntemlerle nüks oranı %37-45 arasındadır (8,11,12). Tırnak çekimi ile tedavide ise nüks oranı %64-86 arasında bulunmuştur (7,13,14). Yumuşak doku rezeksiyonunda bu oran %40 (15), total matrisektomide %27 (13), parsiyel matrisektomide %25 (13,16)dir. Kriyoterapi ile tedavide ise %45 gibi oldukça yüksek nüks oranları elde edilmiştir (17).

Fenol (C₆H₅OH) kömür katranından elde edilen renksiz bir kristaldir. Antibakteriyel, eskarotik ve anestezik özellikleri vardır. Matrisektomi için %88 gibi satüre bir konsantrasyon kullanıldığında matriksin denatürasyonuna neden olur (18). Fenol ile matrisektomi sonucu başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiş olup, nüks oranları diğer yöntemlere göre oldukça düşüktür (11,12,16,19-21).

Varma ve arkadaşları fenol uygulaması ile postoperatif 6 aylık bir takip sonrası tekrar operasyona ihtiyaç gösteren hastaların oranını %11 olarak bildirmişlerdir (16). Morkane ve arkadaşları ise 14 aylık bir takip sonrası hiçbir hastanın re-operasyona ihtiyaç göstermediğini, ancak %7.4 oranında spikül oluştuğunu bildirmişlerdir (19). Issa ve arkadaşları 6 aylık bir takip sonrasında %7.7 oranında nüks tespit etmişlerdir (12). Siegle ve arkadaşları ortalama 11 aylık bir takip sonunda hiç nüks görmemişlerdir (20). Cameron 6 aylık takip sonrası %97 kür oranı bildirmiştir (11). Young ve arkadaşları 3 yıllık takip sonunda %9 nüks tespit etmişlerdir (21). Leahy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, 16-30 aylık bir takip sonrası %10 nüks görülmüş, %18 oranında da spikül oluşumu tespit edilmiştir (22).

Biz çalışmamızda ortalama 7.5 aylık bir takip sonrası %3.6 oranında nüks, %3.6 oranında spikül oluşumu tesbit ettik. Bu düşük nüks oranı literatür bilgileriyle uygunluk göstermektedir. Ancak nüks oranı hakkında daha sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için daha uzun takiplere ihtiyaç vardır (22).

Fenolle matrisektominin, düşük nüks oranlı bir tedavi yöntemi olmasının yanısıra başka avantajları da vardır. Uygulanması kolay bir yöntem olup, uygulama süresi de yaklaşık 20 dakikadır. Bu, diğer cerrahi yöntemlere göre daha kısa bir süredir. Postoperatif ağrı fazla değildir. Hastalar 0-2 gün içerisinde iş hayatına dönebilir. Ayaktan, hastayı hastaneye yatırmadan da uygulanabilir (18,20).

Sonuç olarak fenol ile matrisektominin tırnak batmasının tedavisinde, nüks oranının düşük olması ve diğer avantajlarından dolayı ilk tercih edilebilecek bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Ceilley RI, Collison DW. Matricectomy. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18:728-34.
2. Bureau H, Baran R, Haneke E. Nail Surgery and Traumatic Abnormalities. In: Baran R, Dawber RPR, eds. *Diseases of the Nails and their Management*. Oxford, London, Edinburgh, Boston, Palo-Alto, Melbourne: Blackwell Sci Pub, 1984:347-96.
3. Lloyd Davies RW, Brill GC. The aetiology and out-patient treatment of ingrowing toenails. *Br J Surg* 1963; 50:592-7.
4. Arnold HL, Odom RB, James ND. Diseases of the Skin Appendages. In: Arnold HL, Odom RB, James WD, eds. *Andrews Diseases of the Skin*, 8th ed. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: WB Saunders Co, 1990:879-924.
5. Braun Falco O, Plewig G, Wolf HH. Erkrankungen der Nagel. In: Braun Falco O, Plewig G, Wolf HH, eds. *Dermatologie und venerologie*, 3th ed. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer Verlag, 1984:686-97.
6. Krull AE. Surgery of the Nail. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. *Moschella and Hurley Dermatology*, 3th ed. Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders Co, 1992:2403-13.
7. Wallae WA, Milne DD, Andrew T. Gutter treatment for ingrowing toenails. *Br M J* 1979; 2:168-71.
8. Reijnen JAM, Goris RJA. Conservative treatment of ingrowing toenails. *Br J Surg* 1989; 76:955-7.
9. Boll OF. Surgical correction of ingrowing toenails. *J Am Podiatry Assoc* 1945; 35:8-9.
10. Ross WR. Treatment of ingrowing toenails. *Surg Clin North Am* 1969; 49:1499-504.
11. Cameron FP. Ingrowing toenails: an evaluation of two treatments. *Br J Med J* 1981; 283:821-2.
12. Issa MM, Tanner WA. Approach to ingrowing toenails: the wedge resection/segmental phenolization combinations treatment. *Br J Surg* 1988; 75:181-3.
13. Murray WR, Bedi BS. The surgical management of ingrowing toenails. *Br J Surg* 1975; 62:409-12.
14. Palmar BV, Jones A. Ingrowing toenail: the results of treatment. *Br J Surg* 1979; 66:575-6.
15. Murray WR, Robb JE. Soft-tissue resection for ingrowing toenails. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7:157-8.
16. Varma JS, Kinnimonth AW, Hamer-Hodges DW. Surgical wedge excision versus phenol wedge cauterization for ingrowing toenails. *JR Col Surg Edinb* 1983; 28:331-2.
17. Sonnex TS, Tawber RPR. Treatment of ingrowing toenails with liquid nitrogen spray cryotherapy. *Br Med J* 1985; 291:173-5.
18. Siegle RJ, Stewart R. Recalcitrant Ingrowing nails. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18:744-52.
19. Morkane AJ, Robertson RW, Inglis GS. Segmental phenolization of ingrowing toenails: a randomized controlled study. *Br J Surg* 1984; 71:526-7.
20. Siegle RJ, Harkness J, Swanson NA. Phenol Alcohol Technique for Permanent Matricectomy. *Arch Dermatol* 1984; 120:348-50.
21. Young MR, Rutherford WH. Re-operation rate for ingrowing toenail treated by phenolization 3 year follow-up. *Br J Surg* 1987; 74:202-3.
22. Leahy AL, Timon CI, Craig A, Stephens RB. Ingrowing toenails: Improving treatment. *Surgery* 1990; 107:566-7.