

Tırnak Batması Tedavisinde İki Yöntemin Karşılaştırılması

COMPARISON OF TWO METHODS IN THE TREATMENT OF INGROWN NAILS

İlknur KAYA*, İkbal E. AYDINGÖZ*, Osman GÜNEY*, İnci CANDAN*

*Dr İavdarpaşa Numune Hastanesi. Dermatoloji Kliniği. İSTANBUL

Özet

Tırnak batması, tırnağın lateral oluğa gömülmesi sonucu oluşun, ağrılı, enfekte ve bazen hırjımuudu bir hastalıktır. Literatürde çok çeşitli tedavi yöntemleri bulunmakla beraber bu tedavi seçenekleri yüksek nüks oranları, uzun süreli morbidite oluşturmaları gibi nedenlerle halen tartışılmaktadır. Bu çalışmada ayak başparmak tırnak balınası yakınması ile başvurun 27 hastasını rasgele seçilen 14'ünde uçık sprey metodu ile burjıuuun 1 e lateral duvar 15-25 sn süreyle, tek seansın iki kez donduruldu, o nottu sonra düzelme görülmeyen 1h huşuna ikinci bir nıyulnu yapıldı. Diğer 13 husnn'u ise tırnak eynisiyounundun sonra hurjınıman ve lateral malrikse elektrokoher uygulandı. Ortalaman 5' ar süreyle takip edilen hastalarda granülasyon dokusunun kaybolması irileşme olarak dıgerleüdürihh. Bunu göre I. gruptaki 14 hastadan 7'simle ivileşmc olurken f%50). 4 kişi cevapsız (%28.5) kaldı. 3 kişide nüks i",.21.4) suplandı. EVIHHYOM ek olarak elektrokolerizasyonu uygulanan grupta ve II kişide iyileşme (%R4.6) olurken, 1 kişi cevapsız (!"»7. ~1 kıldı. 1 kişide ise nüks AYA. ~) saplandı. Tedavi sonuçları Fisher'in kesin olasılık testi ile veğerleüdürdüğünde hu /arkin isuisiiki yönden anlamsız olduğu bilimi ihı (p 41.05).

Anahtar Kelimeler: Tırnak batması, Kriyoterapi, Elektrokoherizasyon, Evulsiyon

T Klin Dermatoloji 19''). 9:6-10

Tırnak batması, tırnak plağının lateral oluğa gömülmesi sonucu oluşun ağrılı, inflamasyon ve enfeksiyon bulgularının eşlik edebildiği, bazen aşırı granülasyon dokusu reaksiyonuyla karakterize

Geliş Tarihi: 31.01.1997

Ya/ışma Adresi: Dr.İlknur KAYA

Barbaros Mahallesi
Soyak Gökyüzü Konutları, B Blok No 39
SI 150 Üsküdar. İSTANBUL

Bu çalışma XVI. Ulusal Dermatoloji Kongresi jule sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Summary

Ingrown nail is a painful condition, ul limes associated with injection and granulation tissue due to piercing of the lateral null fold skin. There tire various Ireathieeil methods in the literature. However these alternatives are still discussed owing to high recurrence rates and long term morbidities. 27 patients with ingrown great me nails were included in this study. In randomly selected 14 o/ them. Intend nail fold and granuullon tissue were frozen hv open spray method lor 15-25 seconds for two cycles In the tirsı session. After (> weeks Id ofthem without showing improvement hud a second session ol treatment. After total avulsion, eleeroeuterization of lateral matrix and granulation tissue were performed on the other 1ı patients. The patients were followedfor <V months on the average. 'Cure' was defined as loss ol granulation tissue. According to this statement, in the first group 7 of the 14 patients were cured (50"f>). while 4 failed (23.5"<a and 3 relapsed 12 /4"u). In the second group 11 out of 13 cured (S4.6%), while 1 /ailed {'.' ".,) ami 1 relapsed (?."<J. Fisher's exact lest showed there was no statistically significant difference between the two methods (p>0.()5).

Key Words: Ingrown nail. Cryotherapy. Electrocauterization, Avulsion

T Klin J Dermatol 1999. 9:6-10

bir hastalıktır. Literatürde çok çeşitli tedavi yöntemleri bulunmakla beraber bu tedavi seçenekleri; yüksek nüks oranları, uzun süreli morbidite oluşturmaları gibi nedenlerle halen tartışılmaktadır. Hafif olgularda tercih edilen konservatif tedavi yöntemleri arasında; tırnakların düz kesimi, tırnak plağının distal ucuna antiseptik solüsyonlarla ıslatılmış pamuk desteği, sistemik antibiyoterapi, granülasyon dokusunu ortadan kaldırmak amacıyla elektrokoter veya gümüş nitrat çubuğu uygulaması sayılabilir. İlerlemiş olgularda ise başlıca tırnak plağının daraltılması (matriksektomi) veya tırnak

yatağının genişletilmesine yönelik cerrahi tedavi yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Malriksktonu. bisturi cerrahisinden başka karbondioksit lazer, clekrokoterizasyon veya kimyasal kotenzasyonla-%]() NaOH, %4() üre. %80-90 fenol kullanılarak da yapılabilir. Tırnak yalağının genişletilmesi, lateral tırnak kıvrımının tırnak plağının üzerinden kaldırılması için de lateral dinardan yumuşak doku eksizyonu, kriyoterapi veya clekrokoterizasyon uygulanabilmektedir. li Her iki amaca yönelik kombine tedaviler de yapılabilir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya, Haydarpaşa Numune Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine 11.1,1994-29.11.1994 tarihleri arasında tırnak batması yakmmasıyla başvuran ve granülasyon dokusu gelişmiş, 18'i kadın, 9'u erkek toplam 27 hasta alındı. Gebeler, 12 yaşın altındakiler, diabetes inellitus, kriyoglobulinemi veya peri ferik vaskiiler hastalığı olanlar çalışma kapsamına alınmadı. Çalışmaya dahil edilen hastaların koopere ve ayakta gidip gelebilecek durumda olmalarına dikkat edildi. Olgular, 14 ve 13 kişilik iki gruba ayrıldı.

Birinci grupta bulunan S'i kadın 6'sı erkek toplam 14 hastada, burjonman ve lateral duvar, tek seansta, açık sprey metodu ile, burjonman büyüklüğüne göre 15-25 sn arasında değişen sürelerde iki kez donduruldu.ikinci siklūs birinci siklūsün çözülme fazından hemen sonra uygulandı. İşlem bittikten sonra kurşun asetal solüsyonu ile ıslak pansuman yapıldı, povidon iyodin solüsyon ve çinko oksit pomat ile kapatıldı. Analjezik olarak 500 mg asetaminofen verildi. Olgular ilk olarak bir hafta sonra kontrole çağrı İdi.Daha sonraki kontroller 15 günlük aralarla yapıldı. Allı hafta sonra yapılan değerlendirmede düzelme görülmeyen hastalarda, ilk seansta uygulanan tarzda iki siklūs-tan oluşan dondurma işlemi tekrarlandı.

İkinci grupla ise 10'u kadın, 3'ii erkek toplam 13 hastada tırnak plağı bütünüyle çekildikten sonra burjonman ve lateral inatrikse clekrokoterizasyon uygulandı.Enfeksiyon bulguları gösteren 9 hastaya işlem öncesinde 5 gün süreyle antibiyoterapi verildi. Uygulamadan önce parmağa proksimal tnetatarsialengeal eklem hizasından %2'lik prilokain solüsyon ile yüzük anestezi uygulandı. Tırnak çekiminden sonra ayak elevasyona alınıp elektrokoteri-

zasyon yapıldı. Takiben povidon iyodin solüsyonu ile yıkanıp sıkıca sarıldı. Oral antibiyotik ve analjezik olarak 500 mg asetaminofen verildi. Hastalar iki günde bir pansumana çağrılarak, enfeksiyon olup olmadığı ve granülasyon dokusu gelişip gelişmediği kaydedildi.

Kriyoterapi yapılan grupta ortalama izlem süresi 8.5 ay (5-12), evülsiyon ve clekrokoterizasyon yapılan grupta ise 7 ay (6-9) idi.

Hastalar klinik olarak granülasyon dokusu, enfeksiyon bulguları ve ağrı şiddeti ile değerlendirildiler. Bu kriterler şöyle belirlendi.

Granülasyon dokusu yoksa (0), granülasyon dokusu tırnak kıvrımı üzerinde 1-2 mm büyüklüğünde ve tırnak plağını örtmüyorsa (1). granülasyon dokusu tırnak kıvrımı üzerinde .3-4 mm büyüklüğünde ve tırnak plağı üzerine taşıyorsa (2), granülasyon dokusu tırnak kıvrımı üzerinde 5 mm veya daha büyükse (3) olarak değerlendirildi.

Enfeksiyon bulguları ise; eriteni, eksudasyon ve ödem yoksa (0), ağrı, eritem ve ödem mevcut eksudasyon yoksa (1), ağrı, eriteni, ödem ve eksudasyon varsa (2) olarak değerlendirildi.

Ağrının şiddeti de; ağrı yoksa (0), dokunmakla ağrı varsa (1), spontan ağrı varsa (2) olarak derecelendirildi.

Enfeksiyon ve ağrı belirlilerinden bağımsız olarak granülasyon dokusunun kaybolması iyileşme olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan 27 hastanın 18'i (%66.7) kadın, 9'u (%33.3) erkekti. Hastaların tümünde tırnak batması ayak başparmağında idi. Olguların yaşları 13 ile 36 arasında değişiyordu. Olguların %92.5'u 2. ve 3. dekatta bulunuyordu. Çalışmamıza dahil olan hastaların ortalama hastalık süresi 7.5 ay olarak bulundu (Tablo 1).

Kriyoterapi grubundaki 14 hastadan 11 'inde tedavi öncesinde ağrı ve enfeksiyon bulguları vardı, 3 hastada ise ağrı olmaksızın enfeksiyon bulguları mevcuttu. Bir hastada daha önce tırnak çekilip granülasyon dokusu ve alttaki tırnak yatağı koterize edilmiş, 3 hastada tırnak tam olarak çekilmiş, 1 hastada ise kama rezeksiyon uygulanmış ancak tırnak yatağı koterize edilmemişti.Kriyoterapi uygu-

Tablo 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Kadın	Erkek	Toplam
12-20	7	8	15 (%55,5)
21-30	9	1	10 (%37)
>30	2	-	2 (%7,4)
Toplam	18 (%66,7)	9 (%33,3)	27 (%100)
Yaş ortalaması	22,16	17,6	20,5

lanan birinci gruptaki hastaların 4'ü birinci seanstan sonra iyileşti ve ortalama 5,5 aylık takip süresi sonunda niiks görülmedi. 6 hastada ise ikinci seans uygulandıktan sonra iyileşme oldu, fakat takip süresinin sonunda 3 hastada niiks görüldü. Geriye kalan dört hastada ise ikinci seanstan sonra da iyileşme sağlanmadı. Sonuç olarak bu gruptaki hastalarda başarı oranı %50, niiks oranı %21,42, başarısızlık oranı %28,5 olarak saptandı (Tablo 2). İyileşme görülmeyen hastalardan ikisine daha sonra evülsiyon ve matris elektrokoterizasyonu uygulandı, fakat bu tedavi yöntemi de başarısız oldu. Kriyoterapi uygulanıp sonuç alınamayan bir hastada ise önceden yapılan tırnak çekimi ve elektroko-ter uygulaması da başarısız olmuştu. Ağrı yakınması olan 11 hastanın S'inde işlemden kısa bir süre sonra bu yakınma ortadan kalktı. Tedaviye bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Ancak takip sonunda yapılan son değerlendirmede hastaların al- lısında ağrı ve değişik derecelerde enfeksiyon bul- imlan mevcuttu.

Tablo 2. Kriyoterapi grubunda tedavi sonuçları

	1. Seans		2. Seans		Niiks	Takip sonunda (Süre 8,5 ay)		Toplamı
	İyileşme var	İyileşme yok	İyileşme var	İyileşme yok		iyileşme var	iyileşme yok (niiks dahil)	
i	3	5	1	4	-	4	4	8
l	1	5	0	0	3	3	3	0
oplani	4	10	6	4	3 (".,21.4)	7 (%50)	7 (Sı 50)	14

Tablo 3. Evülsiyon ve elektrokoterizasyon grubunda tedavi sonuçları

	iyileşenler	iyileşmeyenler	Niiks	Toplam
Kadın	8 (% 80,5)	1 (% 7,7)	1 (% 7,7)	10 (% 70,5)
Erkek	-	-	-	3 ("., 23.1)
Toplamı	11 An 84,0)	1 (A, 7,7)	1 (7, 7,7)	13 (% 100)

Evülsiyon ve elektrokoterizasyon uygulanan gruptaki 13 hastadan 9'una tedavi öncesinde anti-biyoterapi verildiğinden ağrı ve enfeksiyon bulguları ortadan kalktı. Bu gruptaki iki hastaya daha önce kriyoterapi uygulanmıştı. Bu gruptaki hastaların S'inde tırnak uzadıktan sonra tırnak kenarlarında hafif bir inflamasyon ve ağrı olsa da, konservatif yöntemlerle tırnağın batmadan uzamasına gayret edildi. Bu 5 hastadan 3'ünde inflamasyon aynı parmağın daha önce batma olmayan tarafında idi. Tedavi ile bu 5 hasta dahil 12 hastada iyileşme sağlandı ancak 7 aylık takip sonunda 1 hastada niiks görüldü. Bir hasta ise tedaviye hiç cevap vermedi. Böylece daha önce kriyoterapi uygulanan her iki hastada da iyileşme sağlanmadı. Sonuç olarak bu grupta başarı oranı %84,6, niiks oranı %7,7, başarısızlık oranı ise %7,7 olarak bulundu (Tablo 3). Bu gruptaki hastalarımız müdahale sonrası 24 saat kadar sürebilen şiddetli ağrıdan başka ortalama 1 hafta süreyle günlük aktiviteilerinin kısıtlandığından yakındılar. Bir hastada anübiyoterapiye rağmen enfeksiyon bulguları gelişti.

Çalışmamızın sonuçları evülsiyon ve elektrokoterizasyonun kriyoterapiye göre daha etkili olduğunu düştürmekle beraber Fisher'in kesin olasılık testi ile istatistiki olarak değerlendirildiğinde bu farkın anlamsız olduğu bulundu p 0,11-1 (Tablo 4).

Tabii) 4. Karşılaştırmalı sonuçlar

	İyileşen	İyileşmeyen (nüks dahil)	Toplam
Kvulsiyon İKK	11 (%H5)	2 (%15)	13 (%!())
Kriyoterapi	("«,50)	7 (%50)	14 CM, 100)
1 opiam	İS)	27

Tartışma

Bugüne kadar tırnak batmalarının konservatif veya cerrahi tedavisi ile ilgili pekçok yöntem geliştirilmiştir (1). Uygulanan tedavi yaklaşımı basıl ve ucu/ olmalı, tedavi sonrası oluşan rahatsızlık asgari düzeyde tutularak hasta günlük aktivitelerine çabuk dönebilmeli, komplikasyon yüzdesi düşük, nüks oranı minimal, kozmetik olarak da kabul edilebilir olmalıdır (2). Konservatif tedavi yöntemleri basit ve ucuzdur, ancak uygulama süresi uzun ve nüks oranı yüksektir. Bir çalışmada lateral oluk ile tırnak plağı arasına gazlı bez desteği ile enfekte ve birtırjonmanlı olgularda %3-S remisyon saptanmıştır. Bu sonuç ağır bulgular gösteren tırnak batmalarında konservatif tedavinin yetersiz olduğunu göstermektedir (1). Kısmi tırnak evulsiyonunda, batma olan taraftan 3-4 mm'lik tırnak plağı çıkarılır ancak %70'lik bir nüks oranı saptanmıştır (1). Yumuşak doku eksizyonu ile klasik kama kesişi daha etkili bir yöntemdir (3). Yine de bu yöntem oldukça zahmetlidir ve nüks oranı %14-16 gibi yüksektir (4-6). Tırnak matriksinin fenolle destrüksiyonu ise tırnak plağını daraltan şekil bozucu bir uygulama olmasına rağmen nüks oranı oldukça düşüktür (7-9). En iyi sonuçlar ise kombine tedavi ile alınmaktadır (5,6).

Literatürde tırnak batması tedavisinde kriyoterapinin etkinliğini araştıran çalışmalar mevcuttur. Sonnex ve arkadaşları 44 hastalık serilerinde takip sonunda %63.6 oranında başarı, %36.3 oranında nüks saptamışlardır (10). Dereli ve arkadaşları ise 7 hastalık çalışma grubunda %57 başarı kaydetmişlerdir. Ancak bu değerlendirmede bizimkinden farklı olarak asemptomatik hipertrofik granülasyon dokusu oluşan 2 hasta iyileşmiş olarak kabul edilmiştir (11). Bizim çalışmamızda 0.5 aylık takip sonunda iyileşme %50, nüks %21,4 olarak bulunmuştur. Bu grupta ağrı yakınması olan 11 hastanın N'inde yakınmaların kısa sürede kaybolması dikkati çekmiştir. Kriyoterapinin en önemli özelliği subjektif yakınmayı ortadan kaldırması olabilir. Bu

etkinin deri sınırlarındaki myetm ve akson fiaribiyetinden kaynaklandığı sanılmaktadır (12). Ancak nöral bağ dokusu dondurma işleminden etkilenmediği için ağrı kaybı geçici olmaktadır (1) Dikkati çeken bir başka nokta iyileşme göstermeyen veya nüks izlenen olgularda birtırjonman büyüklüğünün fazla olmasıdır. Büyük ve tabanı geniş birtırjonmanlarda kriyoterapinin etkisi sınırlı kalmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak bağ doku hasarının sağlanabilmesi için dondurma süresinin 30 sn'den uzun tutulması ve tek seansın yeterli olmadığı görüşleri daha önce bildirilmiştir (10,11). Çalışmamız sırasında 2 seanslık uygulamaya rağmen, sürenin 15-25 sn olarak tutulması, islenen etkinin her olguda sağlanamamasında önemli bir faktör olabilir, bu nedenle sürenin 30-35 sn'ye uzatılması faydalı olabilir. Son olarak bu gruptaki hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemesi ve iş-güç kaybının oluşmaması da diğer olumlu özelliklerdir.

Kriyoterapi uygulaması kolay ve çabuk, ayakta tedavi olanağı sağlayan bir yöntemdir. Maliyeti diğer cerrahi yöntemlere nazaran azdır. Başarı oranı ise konservatif yöntemlerden yüksek, bazı cerrahi yöntemlerden düşük olmasına karşın hasta ve hekim açısından pratik bir metoddur.

Tırnak çekimini takiben granülasyon dokusu ve lateral matriksin elektrokoterizasyona dair herhangi bir literatür çalışmasına rastlanmamıştır. Aynı amaçla evtiksiyon ve fenol koterizasyonu uygulanan çeşitli çalışmalarda %1-4 gibi düşük nüks oranlarıyla başarılı tedaviler bildirilmiştir (3,13). Bu grupta iyileşme gözlenen hastalardan 3'ünde tedaviden 3-4 ay sonra aynı parmağın daha önce batma olmayan tarafında inflamasyon ve ağrı izlenmiştir. Bu gözleme göre, tırnak çekildikten sonra ilgili tırnak yatağının hem medial hem de lateral tarafına koterizasyon yapılması uygun olacaktır. Bu grupta tedaviye cevap vermeyen bir hastada ayak deformitesi olarak kabul edilebilecek ayak metatarslarının geniş olduğu saptanmıştır. Ağrı ve

ış-güç kaybına rağmen tedavi başarısının kriyoterapiden yüksek, cvulsiyon ve fenolizasyonun kombinasyonundan daha düşük olduğu görülmektedir.

Karşılaştırılan her iki tedavi yöntemi arasında anlamlı istatistik) fark bulunmaması nedeniyle, konservatif tedavilere cevap vermeyen tırnak batması olgularında, sübjektif yakınmaları hızla gideren, hasta ve hekim açısından uygulaması kolay ve ucuz, ayaktan tedavi olanağı sağlayan, tedavi sonrası komplikasyon riski düşük olan kriyoterapinin alternatif bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmesi uygun olur kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Young MRA, Rutherford WH. Re-operation rate for ingrowing toenail treated by phenolization. Br J Surg 1987; 74(3):202-3.
2. Haneke E. Ingrowing toenails. Lancet 1984; 2(8397):268.
3. Morkane AJ, Robertson RW. Segmental phenolization of ingrowing toenails. Br J Surg 1984; 71(7):526-7.
4. Greig JD. Results of surgery for ingrowing toenails. J Bone Joint Surg 1989; 71(5): 859.
5. Van der Ham AC, Hackeng CAH, Yo TI. The treatment of ingrowing toenails. Bone Joint Surg 1990; 72(3); 507-9.
6. tssa MM, Tanner WA. Approach to ingrowing toenails: the wedge resection/segmental phenolization combination treatment. Br J Surg 75(2): 181-3.
7. Krull EA. Surgery of the nail. In: Mosehella SL, Hurley HJ. ed. Dermatology'de, 3th ed. Philedelphia: WB Saunders Co. 1992: 2403-13.
8. Siegle RJ, Harkness J, Swanson NA. Phenol alcohol technique for permanent matricectomy. Arch Dermatol 1984; 120: 348-50.
9. Cameron PF. Ingrowing toenails: An evaluation of two treatments. Br Med J 1981; 283(9): 821-2.
10. Sonnex TS, Dawber RPR. Treatment of ingrowing toenails with liquid nitrogen spray cryotherapy. Br Med J 1985; 291(7): 173-5.
11. Dereli T, Solak I. Tırnak batmalarının kriyoterapi ile tedavisi. Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 1993; 2(2): 89-91.
12. Dawber R. Cold kills. Clin Exp Dermatol 1988; 13(3): 137-50.
13. Dereli T, Özyurt S, Öztürk A, Erboz S. Tırnak batması: Parsiyel matrisektomi/fenolizasyon kombinasyonu ile tedavi. TURKDERM 1995; 29:151-4.