

Tırnak Batması Tedavisinde Winograd Yönteminin Sonuçları

Results Of The Winograd Technique In The Treatment Of Ingrowing Toe Nail

¹Uzm. Dr. Cemil ERTÜRK

²Doç.Dr. H.Günhan KARAKURUM

¹Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD

Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(2):19-22.

Özet

Ayak başparmağı tırnak batmaları genç insanlarda sık görülür. Bu durum ağrılı ve günlük yaşamı ve iş zamanını kısıtlayan bir durumdur. Tedavi ayakkabı giyme şekli kapsamlı cerrahlara kadar değişim gösterir. Bu çalışmada, tırnak batması olan hastalarda Winograd tarafından tanımlanan yöntemin sonuçlarını değerlendirdik. Ayak başparmaklarında tırnak batması nedeniyle 28 hasta (20 erkek, 8 kadın; ortalama yaş 25; dağılım 14–56) Winograd tarafından tanımlanan yöntemle tedavi edildiler. Toplam 31 ayak başparmağı tırnak batmasına cerrahi girişim uygulandı. Heifetz'in tırnak batması evrelemesine göre 14 hasta evre 2, 17 hasta evre 3 olarak değerlendirildi. Enfekte olgular antibiyotik tedavisiyle enflamasyon bulguları yatıştıktan sonra ameliyat edildiler. Hastaların memnuniyeti ve nüks oranı, ortalama 22 aylık izlem sonunda değerlendirildi. 2 hastada (%6.4) nüks görüldü. 26 hasta (%92) yakınmalarının geçtiğini ve tedaviden memnun kaldığını belirtti. Nüks gelişen iki hasta cerrahiden memnun kalmadığını bildirdi. Winograd yöntemi evre 2 ve 3 tırnak batması tedavisinde yüksek hasta memnuniyeti ve düşük nüks oranları ile başarılı bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tırnak batması, Winograd yöntemi

Abstract

Ingrown toe nails are common in young people. This condition is painful and may lead to time off work in addition to restricting recreational activities. Treatment ranges from changing foot wear to extensive surgical procedures. In this study, we evaluated the results of the technique described by Winograd in patients with ingrowing toe nail. The study included 28 patients (20 males, 8 females; mean age 25 years; range 14 to 56 years) who were treated with the technique describe by Winograd for ingrown toenails. A total of 31 ingrown nail edges were treated. According to the Heifetz's staging system, 14 patients had stage 2, 17 patients had stage 3 disease. The infected cases were operated on after improvement of inflammation by antibiotic treatment. Recurrences and satisfaction level of the patients were evaluated during a mean follow-up period of 22 months (range 12 to 36 months). Recurrence was seen in two patients (6.4%). 26 patients (92%) were satisfied with the treatment, with relief of their symptoms. Two patients who developed recurrences expressed dissatisfaction with surgery. The Winograd technique is a successful surgical treatment of stage 2–3 ingrown toenails, with a relatively low recurrence rate and high levels of patient satisfaction.

Key Words: Ingrown toenail, Winograd technique

Giriş

Tırnak batması, daha çok genç erişkin insanlarda görülen, ağrılı, rahatsız edici, iş gücü kaybı yaratan bir hastalıktır (1). Günümüzde çok çeşitli tedavi yöntemleri olmakla birlikte, hafif olgularda konservatif tedavi yöntemleri yeğlenirken, ilerlemiş olgularda cerrahi tedavi kaçınılmaz görünmektedir (2-4). Bu çalışmada daha önce konservatif tedavi uygulanıp ancak iyileşmemesi sonucu cerrahi tedavi yapmak durumunda kaldığımız, evre 2 ve 3 ayak başparmak tırnak batması olgularında; Winograd yöntemini uyguladığımız hastaların tedavi sonuçları değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntem

Ocak 2002–Ocak 2004 tarihleri arasında ayak birinci parmak tırnak batması yakınmaları ile başvuran ve ortalama yaşları 25 (dağılım 14–56) olan 28 hastanın (20 erkek, 8 kadın), 31 ayak başparmak tırnak batmasının 14'ü evre 2, 17'si evre 3 idi. Batıkların 15 (%48)'si sol ayak, 16 (%52)'si sağ ayak idi. Onyedisi (%55) başparmak lateralinde, 8'i (%25) medialde idi. Altısı (%20) hem lateral hem medialde idi. Mantar enfeksiyonu bulunan olgular çalışmaya alınmadı. 6 olguda enfeksiyon vardı. Bu hastalar bir hafta kadar oral Siprofloksasin 500 mgr. 2X1 ve lokal antibiyotik tedavisine alınarak, enfeksiyonun geçmesi beklendi.

Akıntı durunca cerrahi planlandı. Tüm ameliyatlar aynı cerrah tarafından yapıldı. Hastalar Heifetz'in tırnak batması evrelemesine göre değerlendirildi (3). Evre 1: Yanlardaki tırnak katlantısında şişme ve eritem yanında tırnak katlantısının tırnak yatağı içerisine yönelmesi; Evre 2: Akut ve aktif enfeksiyon eşlik ettiği akıntı varlığı; Evre 3: Kronik enfeksiyon varlığında yan tırnak katlantısında, granülasyon dokusu oluşumu ve çevre dokuların hipertrofisi olarak değerlendirildi. (Resim 1). Ameliyat öncesinde tüm hastalardan yazılı onam formu alındı.

Uzm.Dr. Cemil ERTÜRK Gaziantep Av. Devlet Gökçek Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Adres: Gazi Mah. Güceylioğlu Cad. No:1/8 Şehitkamil / GAZİANTEP

Tel: 0532 213 09 20 E-mail: erturkc@yahoo.com





Resim 1. Tırnak batması bulunan bir olgunun ameliyat öncesi resmi.

Cerrahi Teknik: Tüm olgular, ameliyathanede ayak başparmağı Povidone-iodine solüsyonu ile boyandıktan sonra, parmak turnikesi kullanmadan digital blok anestezisi ile Winograd prosedürüyle ameliyat edildiler (3,5). Tırnağın batan tarafında tırnağın yan kenarı boyunca tırnak dudağından 4-5 mm proksimale kadar uzanarak vertikal insizyon yapıldı.

İnsizyon hattı tırnak yatağını da içine alacak şekilde, tırnak yatağı " D " şeklinde insize edildi. Tırnağın batan tarafında sorumlu olan tırnak plağı, tırnak dudağı, tırnak yatağı ve matriks bir kama insizyonla kesilip çıkarıldı. Bu sırada interfalangeal eklemi delme ve ekstensör tendon yaralanmasına karşı özen gösterildi. Yan katlantı içerisindeki açık beyaz renkli germinal matriks tümüyle çıkarıldı.



Resim 2. Winograd operasyonu sırasındaki görüntüsü.

Distal falanks korteksi üzerindeki matriks kürete edildi (Resim 2). Eponiyum insizyon yerinden uç uca getirilerek 3/0 ipek ile sütüre edildikten sonra proksimal ve distalden sütürlerle dikildi (Resim 3).Yara yerine Povidone - iodine emdirilmiş steril gazlı bez konularak kapatıldı. Post operatif oral olarak non steroid antienflamatuar ve analjezik ile antibiyotik (Siprofloksasin 500 mgr 2x1) verildi.



Resim 3. Ameliyat sonrası görüntüsü.

İlk pansuman 24 saat sonra yapıldı. Yara serum fizyolojik solüsyonlarla temizlendi ve yeniden Povidone-iodine emdirilmiş steril gazlı bezle kapatılarak; hastaların ayak topuklarına yük vermeleri sonucu mobilize edildiler. Hastalar aynı teknik ile eğitilerek günlük yara bakımlarını kendilerinin yapmaları sağlandı. Yara sütürleri 2 hafta sonra alındı. Hastaların ilk ay haftalık daha sonra 3 ve 6 ay sonra kontrolleri sağlandı. 12 ay sonra hastaların memnuniyeti rezidüv ağrı kozmetik sonuç ve hastalığın nüksü açısından değerlendirilmesi sağlandı. İzlem süresi ortalama 22 aydı (12-36 ay).

SONUÇLAR

Hastaların hiç birinde ameliyat sırasında ve sonrasında önemli bir komplikasyon gözlenmedi. Parmak turnikesi kullanılmadığından dolayı hiç bir olguda aşırı kanamadan dolayı ameliyat sırasında parmağa turnike uygulamasına gereksinim duymadık. 2 hastada (%6.4) nüks görüldü. Yirmialtı hasta yapılan girişimden memnundu. Günlük aktivitelerine dönüş süresi ortalama 10 gün (dağılım 8-14) idi (Resim 4).

TARTIŞMA

Tırnak batması toplumda yaygın görülen bir sorundur. Tırnak lateral kıvrımlarının yumuşak doku içerisine doğru girmesi ve kıvrılması sonucunda bir kısır döngü oluşmaktadır. Kişinin yürümesini engelleyecek derecede rahatsızlık ve ağrı veren bir patolojidir (2).

Daha çok genç erişkinlerde görülmesine karşın her yaşta insanda görülebilir (1,6,7). Yanlış tırnak kesimi, ayak yapısına uygun olmayan ya da çok dar ayakkabılar, aşırı ayak terlemesi ya da özellikle son yıllarda ayak terlemesine neden olan ayakkabılar, gebelik, ergenlikte ayak tırnağının parmağa göre daha fazla gelişmesi, şişmanlık, parmağa veya direk tırnağa gelen travmalar ve mantar infeksiyonları gibi etkenler sorumlu olabilirler (1,2,4,5,7). En sık bulgular aşırı ağrı, şişme, kızarıklık ve bazen iltihaplı akıntıdır. Bu güne kadar konservatif veya cerrahi tedavi ile ilgili birçok yöntem geliştirilmiştir (3).



Resim 4. Tırnak batması olgusunun 30 ay sonraki resmi.

Tırnak batmasının tedavisi evre 1' de konservatif ve semptomatiktir. Bunlar ayakkabı düzeltilmesi, düzenli tırnak kesimi ve bakımı, tırnak plağının distal ucuna antiseptik solüsyonlarla ıslatılmış pamuk desteği sistemik antibiyoterapi granülasyon dokusunu kaldırmak için granülasyon dokusuna gümüş nitrat çubuğu uygulaması gibi basit ve ucuz yöntemlerdir (1-4,7,8). Ancak uygulama süresi uzun ve nüks oranı yüksektir (9-12). Evre 2 ve 3 de ise tırnak plağının daraltılması tırnak yatağının genişletilmesine yönelik cerrahi tedaviler uygulanmaktadır.

Matrisektomi cerrahi yöntemle olduğu gibi elektrokoterizasyon, karbondioksit lazer ya da kimyasal koterizasyonlarla uygulanabilir. Tırnak yatağının genişletilmesi ise lateral tırnak kıvrımlarının tırnak plağının üzerinden kaldırılması için parmağın lateral kenarından yumuşak doku eksizyonu ile yapılır. Ya da matriks eksizyonu ile fenolizasyonun kombine kullanımınıdır (2-5,7,9,12).

Günlük yaşantımızda etkin ve hızlı çözüm getiren yöntemlere gereksinim duyulduğundan; Biz hastalarımıza kronik ayak başparmak tırnak batmalarında Winograd yöntemi ile kısmi matriks eksizyonu uyguladık. Bu yöntemde sorumlu olan tırnak plağı, tırnak yatağı, tırnak dudağı ve matriks kama şeklinde kesilerek çıkarılmaktadır (3,5).

Cerrahisi kolay ve standart bir yöntem olan Winograd yöntemi geç evre 2 ve evre 3 bozukluklarda özellikle başarısız kısmi yada tam tırnak çekimi sonucu tırnak batmalarında yararlıdır (3).

Petine ve ark. ortalama 9.7 yıllık izlemde %6 'lık nüks bildirmiştir (13). Yosunkaya ve ark. Winograd ve Barlette yöntemlerini kombine ederek hiç nüks görmemişlerdir (14). Aydın ve ark. Winograd yöntemini kullanarak %6.5 nüks saptamışlardır (15). Biz olgularımızda %6.4 oranında nüks saptadık. Pehlivan ve ark.hastalarına segmenter matriks rezeksiyon tekniğini uygulamış, hiç nüks görmemiş ancak ortalama 6.5 aylık izlemde, %5.7 batıkta spikül izlemiş yeniden opere etmiştir (10). Çetin ve ark. ise Mogensen'in lateral kama rezeksiyon tekniğini kullanarak ve %5.4 nüks saptamıştır (11). Genel olarak baktığımızda cerrahi tedavi ile %5-6 civarında nüks görülmektedir.Bizim olgularımızda görülen %6.4 oranındaki sonuç literatürle uyumludur. Nüks oranı cerrahi tekniğe tam olarak bağlı kalmamak, germinal tabakanın tam olarak eksizye edilmemesi sayılabilir. Nüks oranının, cerrahi tekniğe daha bağımlı kalınmasıyla azalacağı beklenmektedir.

Fenol ve koterizasyon gibi ek yöntemlerinde nüks oranını düşüreceği bilinmektedir. Fenolden başka alkol ya da Sodyum Hidroksit gibi ajanlarda kimyasal matrisektomide kullanılabilir. Fenol ve alkolün parsiyel tırnak matrisektomisinde kullanımı daha çok Amerika Birleşik Devletlerinde yaygındır (5). Daha düşük nüks oranı ve yüksek başarılı sonuçları belirtilmektedir (2,4,5). Greig ve ark.1 yıllık izlem sonunda fenolizasyon sonucu %9 nüks bildirirken, (9) Pettine ve ark. %20 nüks bulmuştur (13). Ham ve ark. Winograd prosedürü tek başına uyguladığında %16 nüks görmüşken, fenol koterizasyonu sonrası %9.6 nüks saptamış (16).

Bostancı ve ark. ise fenolizasyon sonucu %98.8 başarı oranı bildirmiştir (4). Cerrahinin fenolizasyonla kombine kullanıldığı çalışmalarda ise daha düşük nüks oranları bulunmuştur. Fulton bu iki yöntemi kombine ederek %4.4 nüks geliştiğini saptamışlar (17). Ancak bu üstünlüklerinin yanında fenol uygulamasının en büyük dezavantajı ise uzamış iyileşme zamanı ve en sık komplikasyon olarak tırnakta spiküller gelişmesidir. Çoğu fenol uygulamasından sonra parmakta pürulan ve ağırlı abse formasyonu geliştiği ancak bu abselerin kontrollerdeki yıkama sırasında masajla boşaltılması ve debride edilmesiyle birkaç gün sonra düzelebileceği belirtilmiştir (5).

Fenol uygulamadan önce tam bir hemostaz sağlanmalı ve tırnak yatağı kuru olmasının istenildiği, aksi takdirde kan fenolün konsantrasyonunu azaltarak nükslere neden olacağı vurgulanmıştır. Bu nedenle parmakta turnikeye kesinlikle gereksinim duyulacağı bu işleminde, dolaşım sıkıntısı olan hastalarda sorun olacağı belirtilmektedir. Ayrıca fenol kullanımında özenli çalışılmalı ve çevre yumuşak dokuların temasına engel olmalıdır. Dikkat edilmez ise ağırlı pürulan abse oluşumu görülebilmektedir (5).

Biz tekniğimizde ameliyata parmağa turnike uygulamadan başlıyoruz. Turnike kullanımını gerekirse ameliyat sırasında uygulamayı düşünmekteyiz. Hiçbir hastamıza ameliyat sırasında turnike kullanım gereği duymadık.

Turnike kullanmamanın hem zaman tasarrufu açısından hem de ayak dolaşımının bozuk olabileceğini düşündüğümüz olgularda gelişebilecek komplikasyonlar açısından önlem olabileceğine inanıyoruz. Bu şekilde uygulamaya literatürde hiç rastlamadık.

Tüm bunların ışığında, ülkemiz koşullarında, konservatif tedavi ile yanıt alınamamış uzun süreli tırnak batmalarında, hasta yakınmalarını kısa sürede ortadan kaldırmak için Winograd yönteminin yararlı olacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

- 1.Murray WR. Onychocryptosis: principles of nonoperative and operative care. Clin Orthop Relat Res. 1979;(142):96-102.
- 2.Foulston J. Ingrowing toe nail. In : Helal B, Wilson D, (eds) The foot. New York: Churchill Livingstone; 1988;(2):858-867.
- 3.Richardson EG, Hendrix CL. Disorders of nails and skin. In: Canale ST, (ed) Campbell's operative orthopaedics. Philadelphia: Mosby; 2003;(2):4171-87.
- 4.Bostancı S, Ekmekçi P, Gürgey E. Chemical Matricectomy with Phenol for the Treatment of Ingrowing Toenail : A Review of the Literature and Follow-up of 172 Treated Patients. Acta Derm Venereol. 2001;81:181-183.
- 5.Laco J E. Nail Surgery. In : Vincent J Hetherington,(ed). Textbook of Hallux Valgus and Forefoot Surgery. 2000;481-497. <http://ocpm.edu/hallux/toc.html>
- 6.Tweedie J H, Ranger I. A simple procedure with nail preservation for ingrowing toe-nails. Arch Emerg Med. 1985;2(3):149-154.
- 7.Cameron PF. Ingrowing toenails: An evaluation of two treatments. BMJ. 1981;283:821-822.
- 8.Senapati A. Conservative outpatient management of ingrowing toenails. J R Soc Med. 1986;79(6):339-340.
- 9.Grieg JD, Anderson JH, Ireland AJ, Anderson JR. The surgical treatment of ingrowing toenails. J Bone Joint Surg. 1991;73:131-133.
- 10.Pehlivan Ö, Bilgiç E. Ayak tırnak batmasının segmenter matriks rezeksiyonu ile tedavisi. Artroplasti - Artroskopik Cerrahi. 2001;12:178-82.
- 11.Çetinus E, Uzel M, Bilgiç E, Şaşmaz S, Arıcan Ö. Results of the Mogensen's lateral wedge resection technique in the treatment of ingrown toenail. Joint Dis Rel Surg. 2007;18(3)116-120.
- 12.Kaya İ, Aydıngöz İE, Güney O, Candan İ. Tırnak batması tedavisinde iki yöntemin karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi. 1999;9(1):6-10.
- 13.Pettine KA, Cofield RH, Johnson KA, Bussey RM. Ingrown toenail: results of surgical treatment. Foot Ankle. 1988;9:130-4.
- 14.Yosunkaya M, Gülşen M, Tan I, Bayram H, Baytok G. Tırnak batması ve cerrahi tedavisi. Acta Orthop Traum Turc. 1991;25:156-7.
- 15.Aydın N, Kocaoğlu B, Esemeli T. Tırnak batması tedavisinde kısmi matriks eksizyonu. Acta Orthop Traum Turc. 2008;42(3):174-177.
- 16.Ham AC, Hackeng CA, Yo TI. The treatment of ingrowing toenails. J Bone Joint Surg. 1990;72:507-9.
- 17.Fulton GJ, O'Donohue MK, Reynolds JV, Keane FBV, Tanner WA. Wedge resection alone or combined with segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenail. Br J Surg. 1994;81:1074-5.