



Semih Tatlıcan

Distal Lateral Tırnak Batmalarının Tedavisi

Treatment of Distal Lateral Ingrown Toenails

Öz

Tırnak batması tüm yaş gruplarında yaygın olarak görülen bir halk sağlığı sorunudur. Tırnak batmaları uygun şekilde tedavi edilmediğinde kalıcı tırnak ve parmak deformiteleri ortaya çıkabilmektedir. Tırnak batmalarının evrelendirilmesi eritem, ödem, ağrı, akıntı, enfeksiyon, granülasyon dokusu ve tırnak duvarı hipertrofisi varlığına göre yapılır. Tedavi seçimi klinik evreye uygun olarak yapılır. Tedavi prosedürlerinden beklentiler semptomların tamamen ortadan kalkması, nüks oluşmaması, operasyon sonrası ağrı, akıntı ve enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi, iyileşme süresinin kısa tutulabilmesi, kozmetik olarak uygun sonuçlar ve hasta memnuniyeti olarak sıralanabilir. Genel önlemler geniş ayakkabı giyilmesi, uygun tırnak kesimi ve ılık ayak banyolarıdır. Sık uygulanan invaziv olmayan tedaviler bant uygulamaları, pamuk tamponlar konulması, tüp yerleştirilmesi ve tel uygulamaları olarak belirtilebilir. Cerrahi uygulamalar parsiyel ve total tırnak çekimleri, tırnak yan kıvrımına uygulanan işlemler, cerrahi ve kimyasal matrisektomiler ile bu yöntemlerin kombinasyonlarıdır. Genel olarak cerrahi yöntemler invaziv olmayan yöntemlerden daha etkilidir. En etkili ve güvenli yöntemler tırnak matrisine yönelik cerrahi ve kimyasal matrisektomilerdir. Tırnak batmaları dermatologlar tarafından başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Tırnak batması, derleme, tedavi, fenol, matrisektomi, kısmi tırnak çekimi

Abstract

Ingrown toenail is a public health problem widely seen in all age groups. If ingrown toenails are not treated properly, permanent nail and toe deformities may occur. Staging of ingrown toenails is made according to presence of erythema, edema, pain, drainage, infection, granulation tissue and lateral nail wall hypertrophy. Treatment selection is made according to clinical stage. Expectations from therapeutic procedures can be listed as complete relief of symptoms, absence of recurrence, decreased post-operational pain, drainage and infection risk, minimization of healing time, cosmetically proper outcomes and patient satisfaction. General precautions are wider shoe wearing, proper nail trimming, and warm foot baths. Widely performed non-invasive treatments can be specified as taping, insertion of cotton wisps and plastic tubes, and application of nail braces. Surgical treatments are partial and total nail avulsion, procedures for the lateral nail fold, surgical and chemical matricectomies and combinations of them. Generally surgical methods are more effective than non-invasive ones. Most effective and safe procedures are the surgical and chemical matricectomies targeting nail matrix. Ingrown toenails can be successfully treated by dermatologists.

Keywords: Ingrown nails, review, therapy, phenol, matricectomy, partial nail avulsion

Medicalpark İzmir Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği,
İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Semih Tatlıcan,
Medicalpark İzmir Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 399 50 50
E-posta: semihattatlican@gmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 15.01.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 18.01.2016

©Telif Hakkı 2017 Türk Dermatoloji Derneği
Türk Dermatoloji Dergisi, Galenos
Yayınevi tarafından basılmıştır.

Giriş

Bu derlemede öncelikle sık rastlanan bu dermatolojik sorun tanımlanacak, tıbbi ve cerrahi tedavi seçenekleri özetlenecektir. Kolay uygulanabilir ve başarı oranı yüksek bir tedavi yöntemi olarak kısmi lateral tırnak çekimi ve kimyasal matrisektomiler ile ilgili daha ayrıntılı bir bilgi aktarılacaktır.

Tanımlama

Tırnak batması özellikle okul çağındaki çocuklar ve genç erişkinler arasında sıklıkla görülen bir dermatolojik sorundur (1). Tedavi edilmediği ya da yanlış tedaviler uygulandığında uzamış morbidite ile kalıcı tırnak ve parmak deformitelerine yol açabilmektedir (2). Tırnak batması "unguis incarnatus-tırnak batması" ya da

"onychocryptosis-gizli tırnak" olarak isimlendirilmektedir (3). İsimlendirmedeki farklılık hastalığın oluşmasındaki temel faktörün tırnak plağı (unguis incarnatus) ya da hipertrofik lateral tırnak yatağı (onychocryptosis) olarak değerlendirilmesi ile ilgilidir (2). En sık görülen tırnak batması tipi distal lateral tırnak batmasıdır (2). Distal lateral tırnak batmaları dışındaki tırnak batması tipleri özetlenmiştir (Tablo 1) (2).

Epidemiyoloji

Distal lateral tırnak batması diğer tırnaklarda da görülebilmekle birlikte en sık ayak başparmaklarında görülmektedir (1-4). Hastalık tüm ırklarda, her iki cinsten ve her yaşta görülebilmekle birlikte çocukluklarda, genç erişkinlerde ve ileri yaş kadınlarda daha sık görülmektedir (3,4).

Predispozan Faktörler

Uygun olmayan ayakkabı seçimi ve düzgün olmayan tırnak kesimi en başta gelen predispozan faktörlerdir (3,5). Aşırı terleme, yumuşak ve ince tırnak plakları, tırnak ünitesinin yapısal anomalileri, onikomikoz, diabetes mellitus, alt ekstremitelerde ödeme yol açan kardiyak ve renal problemler, retinoidler, siklosporin ve indinavir gibi ilaçların da tırnak batmalarına yol açabildiği bilinmektedir (3,5).

Etiyopatogenez

Daha yaygın olarak kabul gören teoriye göre tırnak plağı lateral tırnak yatağına penetre olur ve bu penetrasyon inflamasyon, sekonder bakteriyel kolonizasyon, enfeksiyon ve granülasyon dokusu oluşumunun da eşlik ettiği bir yabancı cisim reaksiyonuna neden olur (2,6). Diğer bir teoriye göre sorun tırnak plağında değil fazla miktardaki lateral tırnak duvarındadır (2,7). Her ne kadar yapılan prospektif bir çalışmada tırnak plağında bir anomali saptanamamış olsa da

asıl problemin tırnakta olduğuna inanılmakta ve tedavilerin çoğunluğu tırnağa yönelik olarak dizayn edilmektedir (2,3,8).

Klinik ve Evreleme

Başlangıçta tırnak plağının deriyi penetre etmesine bağlı olarak şişlik, kızarıklık ve basmakla ağrı oluşumu mevcuttur (2,4). Orta şiddetli olgularda bu bulgulara ek olarak seropürülan akıntı ve enfeksiyonun eşlik ettiği inflamatuvar granülom dokusu oluşumu görülür (2,4). İleri evre tırnak batmalarında ise apse oluşumu ya da kronik inflamasyona bağlı epitelize granülasyon dokusu ve tırnak kıvrımı hipertrofisi görülür (2,4). Evreleme ve sınıflandırma sırasıyla Mozena (9) ve Martinez-Nova ve ark. (10) tarafından tarif edilmiştir (Tablo 2). Günlük pratikte evreler arasında hastanın öz bakımına bağlı olarak geçişler görülebilmektedir (2).

Komplikasyonlar

Paronişi, sellülit ve osteomyelit görülebilir. Özellikle diyabetiklerde hayatı tehdit eden enfeksiyonlara ve amputasyonlara yol açabilir (3).

Distal Lateral Tırnak Batmalarında Tedavi Yöntemleri

Tırnak batması tedavisi batmanın evresine göre planlanmalıdır (1-3). Tedaviyi yapan profesyonelin uzmanlık alanının (dermatolog, genel cerrahi uzmanı, ortopedist, podiatrist vb.) da tedavi seçiminde bir diğer önemli faktör olduğu belirtilmiştir (2). Genel olarak evre 1 ve 2a olarak evrelenmiş olan tırnak batmalarında invaziv olmayan konservatif yöntemler yeterli olmaktadır, daha ileri evrelerde cerrahi tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulmakta ve daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir (3).

Genel Önlemler

Geniş ayakkabılar giyilmesi, tırnakların düz kesilmesi, ayak banyoları, ayak terlemesinin azaltılması, varsa onikomikozun tedavi edilmesi ve topikal antibiyotik kullanımı genel önlemler olarak yaygın olarak önerilmekte ve uygulanmaktadır (3).

Ayak banyoları ve/veya parmak masajları: Ilık suyla yapılan ayak banyoları tek başlarına ya da diğer devam eden konservatif tedavilere ek olarak önerilebilir. Ilık su içerisine

Tablo 1. Tırnak batması tipleri

Başlangıç yaşı/büyüme yönü	Yaygın neden
Yenidoğan	Serbest tırnak ucu henüz parmak ucuna kadar gelişmemiş
İnfanıl	
- Ayak başparmak tırnağında doğuştan şekil bozukluğu	Şekil bozukluğu, muhtemelen genetik
- Hipertrofik yan duvar	Zararsız şekil bozukluğu
Ergen	Tırnak yatağı darlığından kaynaklanan distal lateral batma
Yetişkin	Keskin bükülmüş yan duvar
Distal gömülme	Ayak başparmağının fazla kısalığı
Retronişi	Belirgin onikolizis ile birlikte olan proksimal batmaya yol açan kronik travma
Kerpeten tırnak	Orta osteofitleri büyük, yan osteofitleri küçük, distal falangeal kemik yatağı genişliği. Bazı ilaçlar

Tablo 2. Tırnak batması ve tedavi yöntemleri için mozena sınıflandırma sistemi

Evre	Klinik bulgular
1	İnflamatuvar evre: Eritem, hafif ödem ve basmakla ağrı. Tırnak kıvrımı tırnak plağı üzerine uzanmıyor
2a	Apse evresi: Artmış ağrı, ödem, eritem, hiperestezi, akıntı ve/veya enfeksiyon. Tırnak kıvrımı tırnak plağı üzerine 3 mm'den az uzanıyor
2b	2a'dakine benzer şekilde, tırnak kıvrımı tırnak plağı üzerine 3 mm'den fazla uzanıyor
3	Hipertrofik evre: Granülasyon dokusu ve lateral tırnak plağını kaplayan tırnak kıvrımının kronik hipertrofisi
4	Distal hipertrofik evre: Lateral ve distal kıvrımda şiddetli deformite. Hipertrofik doku lateral, medial ve distal tırnak plağını tamamen kaplıyor

dezenfektanlar eklenebilir. Ayak banyoları yapışmış doku artıklarının temizlenmesinde, bakteriyel kolonizasyonun engellenmesinde ve inflamasyonun azaltılmasında çok yardımcı işlemlerdir (1-3).

Antibiyotik kullanımı: Paronişi ya da sekonder enfeksiyon bulguları varlığında topikal ve sistemik antibiyotikler kullanılmaktadır (1,3). Tek başına antibiyotik kullanımı çoğunlukla tedavi edici olmaktan uzaktır. Antibiyotik kullanımı tırnak yumuşak dokuya batmaya devam ederken inflamasyonu ve granülasyon dokusunu yok etmekte başarısız olarak değerlendirilmektedir (2).

İnvaziv Olmayan-Konservatif Tedavi Yöntemleri

Tamponlar: Bu yöntemde küçük pamuk parçaları kullanılarak tırnak plağı ve tırnak kıvrımı/tırnak yatağı birbirinden uzaklaştırılır. Öncelikle tırnağın batan kısmı (spikül) basitçe kesilir. Kullanılan pamuğa antiseptik/dezenfektan solüsyonlar emdirilebilir ya da tek başına kullanılabilir. İşlem günlük olarak her seferinde daha büyük pamuklar kullanılarak tekrarlanır. Ağrı tamamen ortadan kalktığına pamuk fikse edilerek daha uzun süre tutulur (11).

Pamuk yerine diş ipi kullanımı da önerilmiştir. Bu yöntemde tırnak spikülü kesilmeden diş ipi ile sarılarak lateral tırnak kıvrımı batan tırnaktan uzaklaştırılmış olur (12).

Bantlama: Hasta uyumunun ve eğitiminin önemli olduğu bir yöntemdir. Öncelikle tırnağın batan kısmı (spikül) basitçe kesilir. Bant yardımıyla lateral tırnak kıvrımı tırnaktan oblik ve proksimal olarak uzaklaştırılır. Hiperhidrozis ve lezyondan kaynaklı akıntı bandın kalkmasına yol açarak yöntemin başarısını sınırlamaktadır (13).

Plastik tüp yerleştirme (Şekil 1): Bu yöntemin amacı lateral tırnak marjini ile lateral tırnak kıvrımı arasına bir engel konulmasıdır. Genellikle infüzyon tüpleri longitudinal olarak kesilerek kullanılır. Tırnağın lateral marjini boyunca yerleştirilen tüp yapıştırılarak ya da bir iki basit sütür ile fikse edilir (14-16). Bu yöntemde tırnağın batan kısmının tüpün yerleştirilmesine destek verebilmesi amacıyla kesilmeden bırakılması önemlidir. Tüp 6-8 hafta boyunca inflamasyon ortadan kalkana kadar tutulur. Tüpün baskıyla granülasyon dokusunu azalttığı dolayısıyla buradaki granülasyon

dokusunun eksizye edilmesine gerek olmadığı belirtilmiştir (2,16).

Akrilik yapay tırnak kullanımı da bu başlık altına alınabilecek bir yöntem olarak ifade edilmiştir (3,16).

Tırnak telleri ve benzeri aletler-braketler (Şekil 2): Tırnak kurvatürünü düzeltmek amacıyla metal ya da plastik tellerin/ bantların kullanıldığı yöntemlerdir. Teller tırnağın dorsal yüzüne uygulanır ve lateral kenarlara küçük çengeller ile asılır ya da tırnak plağının distalinde iki küçük delik açılarak aparat bu iki delik arasına yerleştirilir. Belirli aralıklarla aparatlar sıkılarak gerginlik artırılıp tırnak kurvatürünün tedrici olarak düzeltilmesi sağlanır (17,18).

Diğer: Hipertrofik granülasyon dokusuna gümüş nitrat uygulanması ve lateral tırnak oluşunun debridmanı başarı ile uygulanmaktadır (1). Tırnak kalınlığının azaltılarak tırnak açısının düzeltilmesinin etkili olduğu rapor edilmiştir (19).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavi yöntemleri iki temel yaklaşım üzerine kuruludur. Birincisinde tırnağın içerisine doğru büyüdüğü yumuşak dokunun eksizyonu yapılır. İkincisinde ise neden her ne olursa olsun tırnak yatağının dar ve tırnağın geniş olduğu düşüncesiyle tırnak daraltılmaktadır (2,4).

Radikal cerrahi yöntemler: Zadik prosedürü (radikal tırnak yatağı ve matriks ablasyonu) ve terminal Syme operasyonları (tırnak yatağı ve matriks rezeksiyonu, terminal falanksın distal yarısının amputasyonu ve flep ile kapatılması) tanımlanmıştır (2). Zadik prosedürünün %60,5 oranında nüks ile sonuçlandığı gösterilmiştir (20). Syme operasyonunda bile nüks görülebileceği uzman görüşü olarak ifade edilmektedir (2).

Total tırnak çekimi: Tırnak batmasında tedavi edici olmadığı gibi zararlı da olan bir yöntemdir. Tırnak plağının olmayışı nedeniyle hem longitudinal hem de transvers olarak tırnak yatağı daralması, tırnak pulpasının dorsal olarak dislokasyonu ve matriksin hiçbir işlem görmemesi nedeniyle aynı genişlikte uzayan tırnağın iyi ihtimalle tekrar batması ya da pulpa engelene takılarak kalınlaşmış ve onkolitik bir tırnak haline gelmesi ile sonuçlanan bir işlemdir (2).



Şekil 1. Plastik tüp takılması



Şekil 2. Tırnak teli takılması

Fenol ile yapılan total matrisektomi ile kombine edilerek evre 4 tırnak batması hastalarında, onikogrifozda ve distal ve lateral kıvrımların kronik hipertrofisinde kullanılabileceği belirtilmektedir (21,22).

Kama eksizyonlar: Tırnağın ve tırnak kıvrımının estetik rekonstrüksiyon ya da Winograd tekniği kullanılarak eksize edilmesidir (23,24). Her iki teknikte de tırnak plağını, tırnak matriksini, hipertrofik tırnak kıvrımını ve tırnak yatağını içerisine alacak kama şeklinde eksizyon yapılır (3,4,23,24).

Tekniğin temel kusuru olarak lateral matriks boynuzunun yapısı itibariyle tam olarak bu yöntemle eksize edilememesi gösterilmektedir (2). Operasyon sonrasında şekli bozulmuş, kalınlaşmış ya da bir yöne kıvrılmış tırnaklarla karşılaşmak mümkündür (2). Yapılan bir çalışmada tüp yerleştirme tekniği ile karşılaştırılmış ve daha fazla nüks gösterdiği, daha fazla ağrı oluştuğu ve daha kötü kozmetik sonuçlara yol açtığı ifade edilmiştir (25).

Lateral tırnak kıvrımına yönelik tedaviler: Vandebos ve Bowers tarafından gündeme getirilen bu yaklaşım tırnak batmasında tırnak plağının sorumlu olmadığı anlayışına dayanmaktadır (3). Uzun süreli granülasyon dokusu varlığına bağlı olarak fibrotik bir hal alan lateral tırnak kıvrımına yönelik müdahaleler söz konusudur (2). Vandebos tekniğinde fibrotik tırnak kıvrımı kemiğe kadar eksize edilir ve hemostaz koterizasyon ile sağlandıktan sonra sekonder iyileşmeye bırakılır, kozmetik sonuçların çok iyi olduğu ifade edilmektedir (7,26).

Noel prosedüründe lateral tırnak duvarından elipsoid bir parça çıkarılır ve primer sütür ile kapatılır (27).

Süper U tekniği diye tarif edilen teknikte sadece yan duvarlar değil, parmak ucunda da eksizyon yapılır ve yara dudakları primer sütür ile kapatılır (2).

Howard prosedürü ise parmak ucundan yan yana iki küçük elipsoid parçanın çıkarılıp primer sütür ile kapatılmasıdır (2).

Lateral kıvrım plastisi olarak isimlendirilen yöntemde ise tırnak kıvrımın distal kısmından deri ve hiponiyum eksize edilerek bir flep ile distal oluk aşağıya kaydırılarak tedavi tamamlanır (28).

Dekompresyon tekniğinde ise lateral tırnak kıvrımında yumuşak doku rezeksiyonu ve parsiyel tırnak plağı avülsiyonu birlikte yapılmaktadır (29).

Tırnak matriksine yönelik tedavi yöntemleri: Tırnak matriksine yönelik tedaviler nüks oranının en düşük olduğu tedaviler olarak değerlendirilmektedir (2,4).

Spikül eksizyonu ve parsiyel mekanik matrisektomi: Tırnak kıvrımı hipertrofisi olmayan yetişkinlerde ve rejenerasyon kapasitesinin düşük olduğu ve dolayısıyla nüks ihtimalinin düşük olduğu düşünülen kişilerde uygulanır. Tırnağın etkilenmiş kısmı eksize edildikten sonra küret ya da bistüri kullanılarak parsiyel mekanik matrisektomi yapılır (3).

Mekanik prosedürler ile yapılan basit matriks eksizyonlarının fenol uygulamalarına göre daha az komplikasyona yol açtığı ifade edilmiştir (23).

Parsiyel tırnak çekimi ve segmental matriks eksizyonu (Şekil 3): Tırnak plağının batan kısmı kutikül altına kadar longitudinal olarak kesilir, tırnak parsiyel olarak çekilir ve

tırnak matriksi segmental olarak çıkartılır. Nüks oranının en düşük olduğu ve fenol matrisektomiye göre yara iyileşmesinin daha kısa sürdüğü bilinmektedir (2,4).

Parsiyel tırnak çekimi ve kimyasal matrisektomiler (Şekil 4)

Fenol Uygulamaları

Lateral matriks boynuzunun fenol ile koterizasyonu en sık kullanılan yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (1-4). Fenol koagülatif, dezenfektan ve analjezik özellikleri nedeniyle operasyon sonrası kanamayı, enfeksiyonu ve ağrıyı azaltmaktadır (30). Tırnak parsiyel olarak çekildikten sonra ucunda pamuk bulunan bir aplikatör ile fenol tırnak matriksini koterize etmek amacıyla uygulanır (30). Bazı otörler fenol uygulaması sonrasında bölgeyi alkol ile yıkamaktadırlar. Ancak bu uygulamanın fenolü nötralize etmeyip sadece dilüe ettiği belirtilmiştir (31). Diyabetik hastalarda kullanımının güvenli olduğu ifade edilmiştir (32).

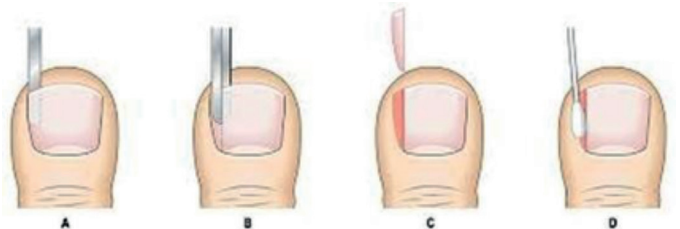
Bir çalışmada 1,2 ve 3 dakika süren uygulamalarda sırasıyla %12,9, %3,9 ve %2,1 oranında nüks görülmüş; operasyon sonrası oluşan ağrıda farklılık görülmemiş ancak 2 ve 3 dakikalık uygulamalarda akıntının daha uzun sürdüğü bulunmuştur (33).

Epinefrin içeren anestezi madde kullanımının operasyon sonrası iyileşme süresini belirgin bir şekilde kısalttığı gösterilmiştir (34).

Sodyum hidroksit uygulamaları: Matrisektomi için fenolden sonra en sık kullanılan kimyasal sodyum hidroksittir (2). İşlem fenol matrisektomi ile paralel aşamalarda gerçekleştirilir (2). Fenol matrisektomi kadar etkili ve güvenli bulunmuştur (35,36). Tarafımızdan yapılan bir çalışmada diyabetik hastalarda Felton ve Weaver'ın (32) fenol matrisektomi ile elde ettikleri sonuçlar ile karşılaştırıldığında daha kısa iyileşme süreleri bulunmuştur (37).



Şekil 3. Parsiyel tırnak çekimi ve segmental matriks eksizyonu



Şekil 4. Parsiyel tırnak çekimi ve kimyasal matrisektomiler

Trikloroasetik asid uygulamaları: %100'lük trikloroasetik asit uygulaması matriks koterizasyonunda %95 oranında başarılı bulunmuştur (38).

Tırnak Matriksine Yönelik Diğer Yöntemler

Elektrokoter: Bu yöntemde 10 saniyelik iki ardışık uygulama ile matriks koterize edilir (1). Uzun süreli ağrı ile seyreden termal periostite yol açabilir (2).

CO₂ lazer: Ağrının ve kanamanın az olması nedeniyle kullanımı önerilmektedir. Sadece matriks vaporizasyonu yapıldığında nüks oranı çok yüksek (%50) iken lateral duvar vaporizasyonu ile bu oran %6'ya düşürülebilmektedir (39,40).

Tartışma

Eekhof ve ark. (4) tarafından 2012 yılında yayımlanan Cochrane derlemesinde toplam 2826 hastayı kapsayan beş adet invaziv olmayan yöntemler ile ilgili, dört adet operasyon sonrası komplikasyonlar ile ilgili ve 16 adet cerrahi işlemler ile ilgili toplam 24 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Bu derlemede cerrahi yöntemler cerrahi olmayan yöntemlerden ve tüp yerleştirme uygulamaları tel uygulamalarından daha iyi sonuçlar veriyor olarak değerlendirilmiştir. Birincil sonuçlar olarak semptomların ortadan kalkması ve nüks olup olmaması; ikincil sonuçlar olarak iyileşme zamanı, operasyon sonrası enfeksiyon gelişimi ve hemoraji görülmesi, işlem sırasındaki ve sonrasında ağrı ve hasta memnuniyeti olarak ifade edilmiş ve karşılaştırmalar bu sonuçlar üzerinden yapılmıştır (4).

On iki çalışmanın dördünde cerrahi girişimler ile kombine edilmiş fenol uygulaması kombine olmayan cerrahi girişimler karşılaştırılmış ve kombine tedavi alan gruplarda nüks belirgin olarak daha az bulunmuştur. Ancak her çalışmadaki cerrahi girişim aynı olmadığı için nükste bu azalma kesin olarak fenol uygulamasına bağlanamamıştır (4).

Cerrahi girişimler sonrasında yapılan herhangi bir antibiyotik içeren krem, povidon-iodin, hidrojel ya da parafin uygulamasının enfeksiyon oranları, ağrı ya da iyileşme zamanı üzerinde belirgin bir farklılık yaratan etkiye sahip olmadığı görülmüştür (4).

Tırnak batması tedavisi ile ilgili yapılmış çalışmalar ışığında en etkili ve güvenilir yöntemler olarak parsiyel tırnak çekimi ile kombine edilmiş cerrahi ya da kimyasal matrisektomilerin öne çıktığını söylemek mümkündür (1-4,33,36,37).

Sonuç

Tırnak batması günlük poliklinik pratiğinde dermatologlar, aile hekimleri, genel cerrahlar ve ortopedistler tarafından sıklıkla karşılaşılan bir sağlık problemi olmayı sürdürmektedir. Uygun olmayan tedavi seçimleri problemin daha da kötüleşmesine ve yeni problemler oluşmasına neden olmaktadır. Uygun ayakkabı seçimi, düzgün tırnak kesimi ve ayak banyoları genel önlemler olarak önemlerini korumaktadır. Erken evrelerde pamuk yerleştirilmesi, bant uygulamaları, tırnak teli aparatları ve plastik tüp yerleştirilmesi yardımcı olabilmektedir. İleri evrelerde cerrahi işlemlerin öncelikle düşünülmesi gereklidir. Nükslerden uzak durabilmek için tırnak matriksini hedef alan cerrahi ve kimyasal işlemler uygulanmalıdır (1-4).

Özellikle parsiyel tırnak çekimi ile kombine edilmiş kimyasal matrisektomi uygulamaları tüm dermatologların rahatlıkla yapabilecekleri etkili ve güvenli tedavi yöntemleridir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Zuber TJ. Ingrown toenail removal. Am Fam Physician 2002;65:2547-52, 2554.
- Haneke E. Controversies in the treatment of ingrown nails. Dermatol Res Pract 2012;2012:783924.
- Khunger N, Kandhari R. Ingrown toenails. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012;78:279-89.
- Eekhof JA, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, et al. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev 2012;4:CD001541.
- Langford DT, Burke C, Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. Br J Surg 1989;76:45-8.
- DeLauro NM, DeLauro TM. Onychocryptosis. Clin Podiatr Med Surg 2004;21:617-30.
- Chapeskie H. Ingrown toenail or overgrown toe skin?: Alternative treatment for onychocryptosis. Can Fam Physician 2008;54:1561-2.
- Pearson HJ, Bury RN, Wapples J, et al. Ingrowing toenails: is there a nail abnormality? A prospective study. J Bone Joint Surg Br 1987;69:840-2.
- Mozena JD. The Mozena Classification System and treatment algorithm for ingrown hallux nails. J Am Podiatr Med Assoc 2002;92:131-5.
- Martinez-Nova A, Sanchez-Rodriguez R, Alonso-Pena D. A new onychocryptosis classification and treatment plan. J Am Podiatr Med Assoc 2007;97:389-93.
- Senapati A. Conservative outpatient management of ingrowing toenails. J R Soc Med 1986;79:339-40.
- Woo SH, Kim IH. Surgical pearl: nail edge separation with dental floss for ingrown toenails. J Am Acad Dermatol 2004;50:939-40.
- Nishioka K, Katayama I, Kobayashi Y, et al. Taping for embedded toenails. Br J Dermatol 1985;113:246-7.
- Wallace WA, Milne DD, Andrew T. Gutter treatment for ingrowing toenails. Br Med J 1979;2:168-71.
- Schulte KW, Neumann NJ, Ruzicka T. Surgical pearl: nail splinting by flexible tube a new noninvasive treatment for ingrown toenails. J Am Acad Dermatol 1998;39:629-30.
- Arai H, Arai T, Nakajima H, Haneke E. Formable acrylic treatment for ingrowing nail with gutter splint and sculptured nail. Int J Dermatol 2004;43:759-65.
- Harrer J, Schöffl V, Hohenberger W, et al. Treatment of ingrown toenails using a new conservative method: a prospective study comparing brace treatment with Emmert's procedure. J Am Podiatr Med Assoc 2005;95:542-9.
- Erdogan FG. A simple, pain-free treatment for ingrown toenails complicated with granulation tissue. Dermatol Surg 2006;32:1388-90.
- Ozdil B, Eray IC. New method alternative to surgery for ingrown nail: angle correction technique. Dermatol Surg 2009;35:990-2.
- Shaath N, Shea J, Whiteman I, et al. A prospective randomized comparison of the Zadic procedure and chemical ablation in the treatment of ingrown toenails. Foot Ankle Int 2005;26:401-5.
- de Berker DA, Dahl MG, Comaish JS, et al. Nail surgery: an assessment of indications and outcome. Acta Derm Venereol 1996;76:484-7.
- Boyce S, Huang CC. Surgical Pearl: hemostat-assisted nail avulsion revisited. J Am Acad Dermatol 2001;45:943-4.
- Persichetti P, Simone P, Li Vecchi G, et al. Wedge excision of the nail fold in the treatment of ingrown toenail. Ann Plast Surg 2004;52:617-20.
- Winograd AM. A modification in the technic of operation for ingrown toenail. 1929. J Am Podiatr Med Assoc 2007;97:274-7.

25. Peyvandi H, Robati RM, Yegane RA, et al. Comparison of two surgical methods (Winograd and sleeve method) in the treatment of ingrown toenail. *Dermatol Surg* 2011;37:331-5.
26. Chapeskie H, Kovac JR. Case Series: Soft-tissue nail-fold excision: a definitive treatment for ingrown toenails. *Can J Surg* 2010;53:282-6.
27. Noel B. Surgical treatment of ingrown toenail without matricectomy. *Dermatol Surg* 2008;34:79-83.
28. Aksoy B, Aksoy HM, Civas E, et al. Lateral foldplasty with or without partial matricectomy for the management of ingrown toenails. *Dermatol Surg* 2009;35:462-8.
29. Aksakal AB, Oztas P, Atahan C, et al. Decompression for the management of onychocryptosis. *J Dermatolog Treat* 2004;15:108-11.
30. Haneke E. Surgical treatment of ingrowing toenails. *Cutis* 1986;37:251-6.
31. Burzotta JL, Turri RM, Tsouris J. Phenol and alcohol chemical matrixectomy. *Clin Podiatr Med Surg* 1989;6:453-67.
32. Felton PM, Weaver TD. Phenol and alcohol chemical matrixectomy in diabetic versus nondiabetic patients. A retrospective study. *J Am Podiatr Med Assoc* 1999;89:410-2.
33. Tatlıcan S, Yamangöktürk B, Eren C, et al. [Comparison of phenol applications of different durations for the cauterization of the germinal matrix: an efficacy and safety study]. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009;43:298-302.
34. Altınyazar HC, Demirel CB, Koca R, et al. Digital block with and without epinephrine during chemical matricectomy with phenol. *Dermatol Surg* 2010;36:1568-71.
35. Bostancı S, Koçyigit P, Gürgey E. Comparison of phenol and sodium hydroxide chemical matricectomies for the treatment of ingrowing toenails. *Dermatol Surg* 2007;33:680-5.
36. Tatlıcan S, Eren C, Yamangöktürk B, et al. Letter: Retrospective comparison of experiences with phenol and sodium hydroxide in the treatment of ingrown nail. *Dermatol Surg* 2010;36:432-4.
37. Tatlıcan S, Eren C, Yamangöktürk B, et al. Chemical matricectomy with 10% sodium hydroxide for the treatment of ingrown toenails in people with diabetes. *Dermatol Surg* 2010;36:219-22.
38. Kim SH, Ko HC, Oh CK, et al. Trichloroacetic acid matricectomy in the treatment of ingrowing toenails. *Dermatol Surg* 2009;35:973-9.
39. Serour F. Recurrent ingrown big toenails are efficiently treated by CO2 laser. *Dermatol Surg* 2002;28:509-12.
40. Orenstein A, Goldan O, Weissman O, et al. A comparison between CO2 laser surgery with and without lateral fold vaporization for ingrowing toenails. *J Cosmet Laser Ther* 2007;9:97-100.