

UNGUIS INCARNATUS

Mjr. MUDr. František HOŠEK, pplk. MUDr. Jiří HERNÝCH
Chirurgické oddělení DZP, Terežín
(náčelník: pplk. MUDr. Jiří HUBÁLEK)

Zarostlý nehet není závažným onemocněním. Často se vyskytuje u mužů v období vojenské služby. Subjektivní potíže jsou značné a recidivy mimořádně časté (1). Část nemocných se podrobuje opakovanému chirurgickému ošetření - totální nebo parciální ablaci nehtu. Vzhledem k častým recidivám i na našem pracovišti jsme hledali jednoduchou a účinnou metodu, která zároveň výrazně zkrátí dobu léčby.

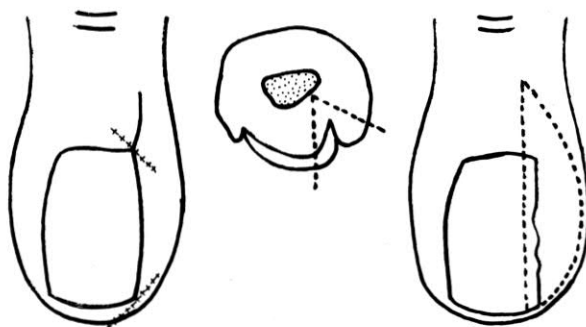
V literatuře se do dneška popisuje asi 75 operačních postupů (1), což svědčí o rozpačitosti chirurgické léčby. Nejčastěji se používá parciální nebo totální ablace nehtové ploténky a klínovitá excize podle Kochera nebo Saegessera (2). Zkušenosti však ukazují, že tyto zákroky nezabrání recidivám (70-90 %) a kosmetické výsledky nejsou uspokojivé. Léčebnou metodou, která bere v úvahu patogenetickou účast matrix unguis, je operační postup podle Zadeka. Tato se však pro špatné kosmetické výsledky neujala. Šetrnějších metod, spočívajících jen v parciální ablaci a destrukci přilehlé matrix unguis, je méně. Nám se plně osvědčil postup podle Emmerta (3).

Materiál a metodika

Na chirurgickém oddělení DZP Terežín bylo od října 1988 do června 1990 léčeno 89 nemocných se zarůstajícím nehtem palce dolní končetiny. V sestavě bylo 14 žen a 75 mužů s průměrným věkem 20,6 let (12 až 50 let). U těchto nemocných byly provedeny 102 plastiky podle Emmerta. V 76 případech šlo o první výkon na palci (74,5 procent), ve 25 případech se jednalo o recidivu onemocnění po totální ablaci nebo plastice. V jednom případě se vyskytla recidiva po plastice podle Emmerta provedená na našem pracovišti. Výkony byly prováděny ambulantně i za hospitalizace bez vlivu na výsledky. Pooperační komplikace se vyskytly jen ve formě rané infekce. Jednalo se o 28 případů (27,5 %). Délka léčby se pohybovala od 10 do 50 dnů s průměrem 12,2 dne.

Předoperační příprava u hospitalizovaných spočívala v obkladu 0,5% persterilem na noc a dobu před výkonem. Nebyla standardně dodržena. Operační pole připravujeme dezinfekcí jódovou tinkturou a zarouškovaním perforovanou rouškou. Anestézie je svodná - 5 ml 2% mesocainu.

Vlastní plastika spočívá v přísně sagitálním nastřížení nehtu, a to maximálně v 1/3 nehtové ploténky. K bezpečnému odstranění matrix a prevenci recidiv je nutné vést nástřih asi o 1,5 cm nad proximální hranici nehtu, neboť kořen nehtu zasahuje přibližně o 1/3 viditelné nehtové ploténky proximálně. Tento nástřih pak prohlubujeme skalpelem vertikálně až k periostu. Zanícenou granulační tkáň vytínáme skalpelem se zbytkem nehtu a matrix klínovitě až k periostu (schéma 1). Volíme raději menší klínovité resekce. Při příliš široké resekcii obtížně



přibližujeme okraje rány a sutura je pod tahem. Ránu uzavíráme dvěma stehy nevstřebatelným materiálem. Při zánětlivých změnách je vhodnější silnější materiál. Stehy zakládáme proximálně a distálně od nehtové ploténky. Dále omýváme okolí operační rány a dezinfikujeme jódovou tinkturou. Přikládáme vazelinový tyl a kryjeme mírně kompresivním obvazem. První převaz provádíme třetí den po výkonu, druhý převaz desátý den a odstraňujeme stehy. Pokud dojde k prokrvácení obvazu po výkonu, doplňujeme další vrstvy obvazu, které plně stačí k zástavě krvácení. Pro snížení možnosti kontaminace ran neprovádíme žádné pooperační koupele. Jedině silné krvácení nebo silná, nepříjemná píchavá bolest nás nutí k brzké revizi. Ta však nebyla nutná ani v jednom případě. Po ambulantním výkonu pacienta ponecháváme v domácím léčení a doporučujeme elevaci dané dolní končetiny a omezení chůze. Při hospitalizaci má pacient klid na lůžku. Týden po odstranění stehů je pacient plně schopen zátěže.

Někteří nemocní měli postiženy oba nehtové valy. V léčebné taktice se nám osvědčilo v těchto případech provést parciální ablaci vždy jen jednoho nehtového valu a druhý val ošetřit s odstupem jednoho až dvou měsíců. Při oboustranné parciální ablaci dochází k výraznému pooperačnímu edému a prakticky vždy bylo hojení komplikováno rannou infekcí.

Při rané infekci odstraňujeme insuficientní stehy, aplikujeme framykoin prášek, Višněvského emulzi, persterilové nebo jodisolové obklady apod.

Ve třech případech jsme museli pro rannou infekci po plastice provést úplnou ablaci nehtové ploténky. Pak se doba léčby blížila padesáti dnům. V jednom případě došlo po ambulantním výkonu k flegmoně palce, která pátý den po výkonu vedla k hospitalizaci a přeléčení celkově prokain penicilínem a streptomycinem v obvyklých dávkách. Zde byla celková doba léčby 22 dní.

Diskuse

Parciální ablaci nehtové ploténky a excize přilehlé nehtové matrix podle Emmerta je jednoduchý výkon,

který nepotřebuje zvláštní přípravu. Má velmi dobrý kosmetický efekt, výrazně zkracuje dobu léčení a pracovní neschopnosti. Četnost výskytu právě ve vojenském kolektivu připisujeme zhoršené osobní hygieně a dlouhodobému nošení uzavřené obuvi. Námi zjištěné údaje odpovídají údajům v literatuře (1, 2, 3).

Jedinou recidivu po plastice z počátku zavedení této metody na našem pracovišti připisujeme neúplnému odstranění přilehlé matrix unguis. Kontrola všech operovaných nebyla z organizačních důvodů provedena a recidivy onemocnění nebyly aktivně vyhledávány. Vysoké číslo hospitalizovaných v sestavě je ovlivněno naší snahou odlehčit zatížení útvarových ošetřoven a zabezpečit potřebný klid po výkonu. Výskyt exostózy distální falangy jako příčiny zarůstajícího nehtu jsme nezjišťovali.

Závěr

Zarůstající nehet není vážné onemocnění. Pro léčbu na našem pracovišti jsme zvolili parciální ablací nehtové ploténky a přilehlé matrix unguis podle Emmerta. Tato

metoda se nám plně osvědčila. Díky svým velmi dobrým kosmetickým výsledkům a krátké době léčení úplně vytlačila jiné plastické metody dříve používané na našem pracovišti.

Souhrn

Autoři ve svém sdělení upozorňují na jednu z metod léčení zarůstajícího nehtu. Uvádějí své zkušenosti u 102 výkonů a upozorňují na výhody této metody - jednoduchost, krátkou dobu léčení a minimální výskyt recidiv.

Literatura

1. KEJDA, J. - SPOUSTA, J.: Unguis incarnatus. Čs. Derm., 60, 1985, s. 26-29.
2. SAEFESSER, M.: Spezielle chirurgische Therapie. Bern, Med. Verlag, Hans Huber 1946. 596 s.
3. FETH, G. et al.: Operative Behandlung des eingewachsenen Grosszehennagels - partielle Matrixresektion und Keilexzision. Wehrmed. Mschr., 1986, č. 10, s. 461-463.

Klíčová slova: Unguis incarnatus; Plastika podle Emmerta.