

Kirurgisk behandling av nageltrång på Närhälsan Normalm vårdcentral – en journalstudie



Författare:

Sazan Kader, ST-Läkare
Närhälsan Normalm vårdcentral

Rapport 2023:11

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2022:11

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/278279>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Per Hjerpe, distriktsläkare, FoU-chef
FoU center Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Nageltrång är ett vanligt förekommande tillstånd. Symtom uppkommer i samband med att sidan av nageln traumatiserar intilliggande mjuk vävnad genom tryck. Behandlingen av nageltrång kan vara konservativ eller kirurgisk. Syftet med denna studie är att studera vilka kirurgiska metoder som används vid behandling av nageltrång på Närhälsan Norrmalm vårdcentral och om risken för recidiv efter behandling varierar mellan dessa metoder.

Metod

Detta är en retrospektiv journalstudie där patienter med nageltrångsdiagnos i journalen mellan 2012-01-01 och 2021-09-30 identifierats med hjälp av dataverktyget Medrave. Därefter har inkluderade patienters journaler studerats och data extraherats. Resultatet presenteras deskriptivt.

Resultat

Det identifierades 516 patienter som sökte vård p.g.a. nageltrång mellan 2012-01-01 och 2022-09-30. Det utfördes totalt 97 kirurgiska behandlingar på 54 av dessa patienter. Samtliga behandlingsmetoder har risk för recidiv och den totala recidivfrekvensen efter kirurgisk behandling var 40%. Königs operation, Königs operation med fenol och kemisk König med silverniträt hade samtliga liknande och lägst recidiv (27–29%). Kemisk König med fenol hade något högre recidiv, 44% men vi kunde inte påvisa någon signifikant skillnad mot kemisk König med silverniträt ($p=0.29$). Högst recidivfrekvens hade partiell evulsio (59%) vilken skiljde sig signifikant jämfört med övriga kirurgiska metoder sammantaget (32%, $p=0,016$).

Konklusion

Behandling med Königs operation och kemisk König är klart överlägsna behandling med partiell evulsio när det gäller recidivrisk. Trots detta är partiell evulsio den vanligaste behandlingsmetoden på Närhälsan Norrmalm vårdcentral. Det kan vara en bra sak att se över våra rutiner på vårdcentralen kring handläggning av patienter med nageltrång för att minska risken för långdragna besvär och multipla vårdkontakter.

Nyckelord

Nageltrång, Mindre kirurgiska ingrepp, Recidiv

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Etiologi	1
Olika stadier av nageltrång	1
Behandling	1
Syfte	2
Frågeställningar	2
Metod	3
Studiedesign	3
Urval	3
Datainsamling och analys	3
Etiska överväganden	3
Resultat	4
Diskussion	5
Resultatdiskussion	5
Metoddiskussion	5
Slutsats	6
Referenslista	7

Bakgrund

Nageltrång är ett vanligt förekommande tillstånd bland befolkningen med eller utan infektion (1, 2, 3, 4). Det står för ca 20% av fotproblemen, som patienter söker för i primärvården och drabbar oftast stortår (5, 6). Symtom uppkommer i samband med att sidan av nageln traumatiserar intilliggande mjuk vävnad genom tryck. Detta kan orsaka ömhet, smärta, sår, infektion, varbildning, granulationsvävnad och svullnad lateralt, mediallyt eller bilateralt om nagelns sidogränser (1). Olika yrkeskategorier behandlar nageltrång. Man kan få hjälp via fotterapeut, vårdcentralen, eller på en kirurgmottagning.

Etiologi

Etiologin av nageltrång är okänd. Hereditet tros ha en viss inverkan (7, 8). Externa faktorer påverkar också såsom tryck utifrån, t. ex. trånga skor, alltför kortklippta naglar som mjuka vävnaden trycks emot eller trauma (8, 9,10, 11).

Olika stadier av nageltrång

Nageltrång indelas i olika stadier utifrån svårighetsgrad:

1. Inflammatorisk – det första stadiet då det föreligger rodnad, svullnad och ömhet längs den påverkade nagelkanten (9,12).
2. Abscess – rodnad, svullnad och ömhet ökar och det föreligger sekretion (9).
3. Granulation - Uppstår eftersom nageln uppfattas som en främmande kropp (13). Granulationsvävnaden växer över nageln och hindrar dränage. Detta kan utvecklas till ett kroniskt tillstånd med återkommande infektioner mellan besvärstfria perioder (8, 9).

Behandling

Behandlingen av nageltrång beror på i vilket stadie tillståndet befinner sig i och kan vara konservativ eller kirurgisk.

Konservativ behandling: I tidigt stadie, 1-2, används i första hand konservativa metoder, som att fila ner nageln där den irriterar, bomullstuss indränkt med alsolsprit som petas in under nageln och får sitta under natten (10) eller omläggning med alsolspritsomslag (1,8,14). Målet är symtomlindring, förebygga progress, råda bot på samt undvika recidiv av nageltrånget. Antibiotika är inte av någon nytta vid nageltrång, varken topikalt eller per os, såvida det inte finns en omfattande hudinfektion som t.ex. cellulit eller erysipelas i den omgivande huden (14, 15, 16, 17).

Kirurgisk behandling: Indikation finns vid recidiverande och/eller infekterat nageltrång, ofta stadie 2-3, (20) framför allt där konservativ behandling inte haft effekt (8, 12). Behandlingsrekommendation av paronyki, som orsakats av nageltrång är i första hand är extirpation av det angripna nagelområdet.

Det finns olika kirurgiska behandlingsmetoder:

Königs operation innebär att en remsa av nageln klipps bort under ledningsanestesi. Slutligen exideras motsvarande del av nagelanlaget vasst ned mot basen av ändfalangen, där man skall få benkontakt (8). Det finns evidens för

att resektion av en del av nageln tillsammans med nagelanlaget samt etsning med fenol är den mest framgångsrika metoden. (7, 12).

Kilresektion innebär resektion av nagelvall, kant på nagel samt nagelanlag (13,17)

Kemisk König är mindre invasiv och innebär att man under ledningsanestesi avlägsnar ca 3 - 4 mm av nageln med König sax ända in under huden, till nagelns ursprung under proximala nagelvallen. Sedan används en peang för att rotera bort nagelremsan från roten. Efter detta appliceras fenol i sårhålan i ca 3 minuter (8, 13) som destruerar nagelbädden och minskar risk för recidiv (8(2)). Det sistnämnda steget av behandlingen varierar på olika kliniker. Vid kemisk behandling används också, Natriumhydroxid (16, 17) eller silverniträt som alternativ till fenol. Många verksamheter använder idag inte fenol på grund av de hälso- och miljörisker det bidrar till. Vid hudkontakt eller inandning finns risk att nekros eller frätskador uppkommer (18). Miljömässigt är fenol giftigt för vattenlevande organismer och kan ge upphov till genetiska defekter (18).

Partiell evulsio är samma behandlingsmetod som kemisk König och Königs operation, fast utan avslutande kemisk behandling respektive resektion av nagelanlaget (17).

På Närhälsan Norrmalms vårdcentral finns inga specifika rutiner kring handläggning av nageltrång. Val av behandlingsmetod beror på läkarens individuella preferens samt patientens önskemål och vilja till medverkan. De kirurgiska behandlingsmetoder som utförs av läkare är Königs operation, partiell evulsio samt kemisk König med silverniträt. Sedan omkring år 2016 används inte fenol på vårdcentralen. I stället har man använt silverniträt som ett alternativ eller inget alls. Eftersom det ofta tar lång tid innan ett recidiv uppstår är det ofta svårt för behandlande läkare att ha kännedom om hur effektiv vald behandlingsmetod är.

Syfte

Att studera vilka kirurgiska metoder som används vid behandling av nageltrång på Närhälsan Norrmalms vårdcentral och om risken för recidiv efter behandling varierar mellan dessa metoder.

Frågeställningar

- Hur många patienter har behandlats mot nageltrång under studieperioden?
- Vilka behandlingsmetoder används och i vilken utsträckning?
- Hur ofta söker patienterna på vårdcentralen för recidiv efter behandling?
- Skiljer sig recidivfrekvensen mellan behandlingsmetoderna?

Metod

Studiedesign

Retrospektiv journalstudie.

Urval

Med hjälp av dataprogrammet MedRave identifierades alla patienter som fått diagnosen Nageltrång (L60.0) på Närhälsan Norrmalms vårdcentral under de senaste 10 åren, mellan datumen 2012-01-01 och 2021-09-30. Journalerna har lästs i journalsystemet Asynja, och före 2015 har de äldre ProfDoc journalerna studerats i via E-arkiv. Vi har endast tittat på läkaranteckningarna vid insamling av datan. Övriga anteckningar från andra yrkeskategorier, som sjuksköterskor och fotterapeuter, har uteslutits helt då de inte innefattar några kirurgiska behandlingsmetoder. Bland patienterna inkluderas även de som remitterats från vårdcentralen till kirurgklinik förutsatt att man kan se vilken typ av behandling som utförts via remissvaren.

Datainsamling och analys

Recidiv är definierat som återkomst av nageltrångsproblem på tidigare behandlad lokalisation som patienter söker för igen inom loppet av 14 månader. Varje data räknas som ett enskilt nageltrång oberoende på om det är 1 patient som fått behandling med flera olika metoder eller om fler än 1 så drabbats av nageltrång. Data har insamlats från patienter med både förstagsångs nageltrång samt recidiv av tidigare kända samt okända behandlingsmetoder. De tidigare kända behandlingsmetoderna är också inkluderade i studien om de har skett inom studieperioden och tidsintervallet.

För inkluderade patienter har följande data efterforskats via journalgranskningen:

- Datum för diagnos
- Behandlingsmetod som använts
- Kön
- Tidigare konservativ behandling
- Ålder
- Återbesök p.g.a. recidiv efter given behandling inom loppet av 14 månader

Data presenteras deskriptivt. Chi2 test har använts för att analysera skillnader i recidivfrekvens mellan olika kirurgiska behandlingsmetoder. Ett p-värde under 0.05 räknas som signifikant.

Etiska överväganden

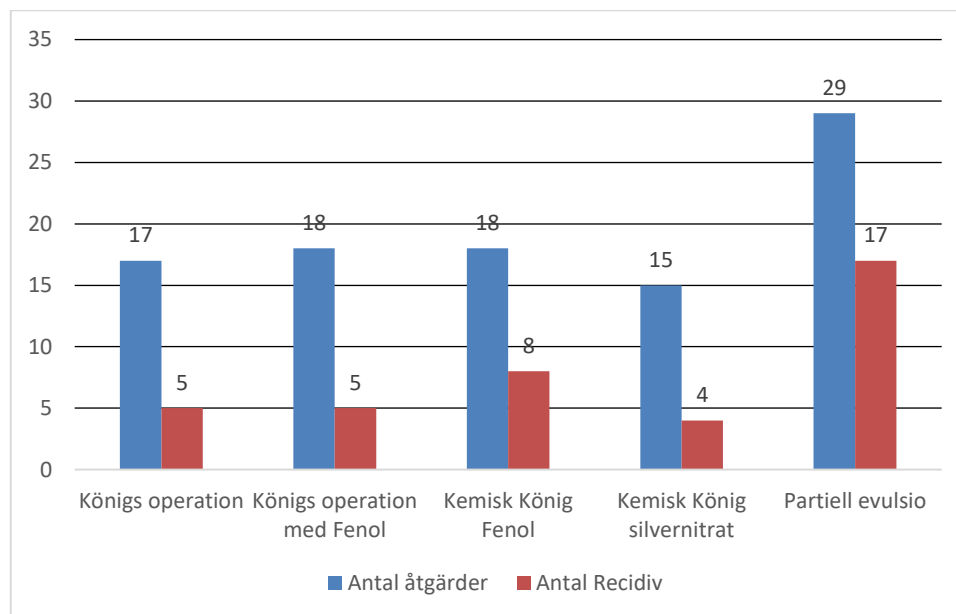
Detta är ett kvalitetsarbete på uppdrag av vårdcentralens chefen. Etiska risker med studien är framför allt risken för integritetskränkning av patienter på grund av journalgenomgången. Dessutom kan behandlande läkare känna sig granskade och kritiserade. Genom att avidentifiera inhämtade data direkt efter journalgranskningen samt att endast redovisa resultat på gruppnivå minimeras risken för integritetskränkning av patienter. För att minska risken av att behandlande läkare skall känna sig granskade har projektet att diskuteras i

läkargruppen. Sammantaget anses nyttan av arbetet uppväga de små risker det innebär. Etisk ansökan anses ej nödvändig då detta är ett kvalitetsarbete.

Resultat

Det identifierades 516 patienter som sökte vård p.g.a. nageltrång mellan 2012-01-01 och 2022-09-30. Det utfördes totalt 97 kirurgiska behandlingar på 54 av dessa patienter. Resterande fick någon form av konservativ behandling eller remiss till kirurgen. Det var en större andel män än kvinnor som sökte för samt fick någon form av kirurgisk behandling mot nageltrång, 74%. Medianåldern för de som sökte vård var 30 år, de flesta var mellan 20–30 år. Studien har visat att 85% av patienterna fick konservativ behandling vid något eller några tillfällen innan genomgången kirurgisk behandling.

Antalet behandlingar med olika kirurgiska metoder och antalet recidiv redovisas i figur 1. Samtliga behandlingsmetoder har risk för recidiv och den totala recidivfrekvensen efter kirurgisk behandling var 40%. Königs operation, Königs operation med fenol och kemisk König med silverniträt hade samtliga liknande och lägst recidivfrekvens (27–29%). Kemisk König med fenol hade ngt högre recidivfrekvens, 44% men vi kunde inte påvisa någon signifikant skillnad mot kemisk König med silverniträt ($p=0.29$). Högst recidivfrekvens hade partiell evulsio (59%) vilken skiljde sig signifikant jämfört med recidivfrekvensen för övriga kirurgiska metoder sammantaget (32%, $p=0,016$). Vid Königs operation observerades ingen större skillnad när man efterbehandlat med fenol jämfört med utan fenol.



Figur 1. Antalet behandlingar med olika kirurgiska metoder och antalet recidiv

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien visar en betydligt högre recidivrisk vid val av behandling med partiell evulsio jämfört med övriga kirurgiska behandlingsmetoderna. Detta var även den mest valda behandlingsmetoden. Det var ingen större skillnad i recidivrisken vid behandling utan eller med fenol vid Königs operation. Siffran för recidiv var något högre bland de som behandlades med fenol jämfört silverniträt vid kemisk König men skillnaden var inte signifikant. Generellt var det ingen större skillnad i recidivfrekvensen bland de som behandlats med Königs operation eller kemisk König. Majoriteten av de behandlade hade vid något eller några tillfällen fått konservativ behandling tidigare.

Det har gjorts olika studier som förespråkar vilken behandlingsmetod som givit minst recidiv. Svenska fotkirurgiska sällskapet, nämner att evidens finns som talar för att König med fenol är den mest framgångsrika behandlingsmetoden (7). Det har gjorts studier i form av en litteraturöversikt bl. a. en studie år 2016, med slutsatsen att evidens för att postoperativ behandling med fenol ska minska risken för recidiv jämfört med när ingen postoperativ behandling finns. Enligt samma studie har fenol ingen fördel jämfört med andra kemikalier som finns på marknaden avseende risken för recidiv (13). En annan litteraturstudie från år 2014, jämförde behandling av kemisk König med fenol och König utan fenol där resultatet visade att den förstnämnda metoden hade minst recidiv. Slutsatsen var dock att evidens saknas för vilken av metoderna som gav lägst antal recidiv då endast en av studierna som granskades var av högre kvalitet. En enkät-studie av samma författare visade att flera olika kirurgiska behandlingsmetoder används av primärvårdsläkare i Skaraborg och vanligast var att man använder metoder med högst recidivrisk (19). Det finns även en klinisk studie som talar för att kemisk König med fenol är den mest framgångsrika metoden (20). En RCT studie av Ali Khan i Pakistan 2014 visade att efter en 6 månaders-uppföljning av patienter som behandlats med König med och utan fenol var det signifikant skillnad med högst recidivrisk bland de som behandlades utan fenol (21). Det finns inga kända studier där man endast jämför behandlingsmetod med silverniträt och fenol avseende recidivrisken. En intressant studie skulle kunna vara en singel-blind studie, där man jämför behandling med silverniträt och fenol i samband med kemisk König/Königs operation och om det finns en större skillnad i frekvensen av recidiv.

Metoddiskussion

Nackdelen med vår metod är att datamängden är relativt liten och bara visar hur behandlingen ser ut på en vårdcentral. Dessutom har ingreppen utförts av relativt få läkare varför det därför kan vara svårt att generalisera resultaten. Trots att vi använde ett så pass långt tidsintervall för att leta efter recidiv som 14 månader är det inte säkert att alla recidiv fångats upp. Dels kan de ha inträffat efter denna period, dels kan patienterna ha sökt hos annan vårdgivare eller inte alls. När insamlingen av data startade observerades det ganska tidigt att många sökte för recidiv senare än 12 månader, varför 14 månader blev det slutliga valet för recidivkontroll.

Fördelen med studien var att all data noggrant har kunnat granskas i journalerna på ett adekvat sätt och att antalet variabler att hitta i journalerna var ganska begränsat. Den ger också en god bild av hur den kirurgiska nageltrångsbehandlingen sköts på en vanlig vårdcentral och hur recidivrisken ser ut i vanlig primärvård.

Slutsats

Behandling med Königs operation och kemisk König är klart överlägsna behandling med partiell evulsio när det gäller recidivrisk. Det skiljer sig inte heller mycket mellan de tv förstnämnda behandlingsmetoderna i fråga om frekvens av recidiv. Trots detta är partiell evulsio den vanligaste behandlingsmetoden på Närhälsan Norrmalms vårdcentral. Det kan vara en bra sak att se över våra rutiner på vårdcentralen kring handläggning av patienter med nageltrång för att minska risken för långdragna besvär och multipla vårdkontakter. Det är av fördel att tidigt erbjuda behandling med Königs operation alternativt kemisk König om kontraindikationer saknas.

Referenslista

- 1 Claes Bothin, 2022, Nageltrång, unguis incarnatus ,
www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/kirurgi/nageltrang-u Montgomery, F. Lidström, J. (2004). Fotkirurgi. Stockholm: Liber. unguis-incarnatus/, 2022-04-10
- 2 de Jong GM, Plusjé L, van Putten S. Richtlijn 'Ingegroeide teennagel' [Guideline 'Ingrown toenails']. Ned Tijdschr Geneesk. 2020 Nov 18;164:D5426. Dutch.
- 3 Zuber TJ, Pfenninger JL. Management of ingrown toenails. Am Fam Physician. 1995 Jul;52(1):181-90.
- 4 Pavotbawan K, Müller TS. Der Unguis incarnatus [Ingrown toenails]. Ther Umsch. 2020 Jun;77(5):227-233. German. doi: 10.1024/0040-5930/a001180.
- 5 Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. Am Fam Physician. 2019 Aug 1;100(3):158-164.
- 6 Heidelbaugh JJ, Lee H. Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009 Feb 15;79(4):303-8.
- 7 Svenska fotkirurgiska sällskapet, 2018, Fotkirurgi- elektiva operationer för patienter över 16 år, sif.se/sof/app/uploads/2020/11/nationella-rekommendationer-fotkirurgi.pdf, 2022-04-10
- 8 Marcel Toplic, 2020, Nageltrång, www.ortobas.se/nageltrang/, 2022-04-10
- 9 Montgomery, F. Lidström, J. (2004). Fotkirurgi. Stockholm: Liber. 10 Add health media, 2020, Nageltrång. Unguis incarnatus.
www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/nageltrang-unguis-incarnatus/, 2022-04-10
- 10 Add health media, 2020, Nageltrång. Unguis incarnatus.
www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/nageltrang-unguis-incarnatus/, 2022-04-10
- 11 Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. Am Fam Physician. 2019 Aug 1;100(3):158-164.
- 12 Roos, H., Karlsson M., Karlsson, J. And Roos, H. (2018). Ortopedi. 1A upplagan
- 13 Lindström Ylva, 2018, Fenol efter nageltrångskirurgi
- 14 Mats Halldin, 2019, Nageltrång, <https://www.netdoktorpro.se/hud-venereologi/medicinska-oversikter/nageltrang/>, 2022-11-24
- 15 Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. Am Fam Physician. 2019 Aug 1;100(3):158-164.
- 16 Reyzelman AM, Trombello KA, Vayser DJ, et al. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails?. Arch Fam Med. 2000;9(9):930-932
- 17 Eekhof JA, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, et al. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev. 2012(4):CD001541.
- 18 SGF-Åtgärdsportalen, 2022, Fenoler och kresoler, atgardsportalen.se/foreoreningar/fenoler-och-kresoler, 2022-04-10

- 19 Per Pettersson, 2014, Nageltrångskirurgi-med eller utan fenol-vad är bäst?
- 20 Di Chiacchio N, Belda W Jr, Di Chiacchio NG, Kezam Gabriel FV, de Farias DC. Nail matrix phenolization for treatment of ingrowing nail: technique report and recurrence rate of 267 surgeries. *Dermatol Surg.* 2010 Apr;36(4):534-7.
- 21 Khan IA, Shah SF, Waqar SH, Abdullali MT, Malik Z, Zahid MA. Treatment of ingrown toe nail-comparison of phenolization after partial nail avulsion and partial nail avulsion alone. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2014 Oct-Dec;26(4):522-5.



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg