

BÖLÜM 7

PARONIŞI

Mücahid Osman YÜCEL¹
İlhan AÇIKGÖZ²

GİRİŞ

Paronişi, tırnak kökü ve tırnağı çevreleyen dokuların da dahil olabildiği, proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarının (eponişium) enfeksiyonudur. Bu durum sıklıkla kötü tırnak hijyeni ve şeytan tırnağı denen durum nedeniyle olabildiği gibi kendiliğinden, travma veya manipülasyon sonrasında da ortaya çıkabilmektedir. Paronişi, tırnak ile tırnak kıvrımı arasındaki koruyucu bariyerin bozulmasından, bakterilerin girmesinden ve bölgeyi enfeksiyona yatkın hale getirmesinden kaynaklanır. Paronişi, elin en sık görülen enfeksiyonudur.(1) Tüm el enfeksiyonlarının üçte birini oluşturur. Akut paronişi genellikle bir tırnakla sınırlıdır; ancak ilaca bağlıysa, birçok tırnağı içerebilir.(2,3,4)

EPİDEMİYOLOJİ

Kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha sık görülür.(5) Ellerini uzun süre suyla temas ettirerek çalışmak zorunda olan mesleklerde (bulaşık, çamaşır yıkama işleri gibi) özellikle sık görülür.(2) Orta yaşlı kadınlar enfeksiyon açısından daha yüksek risk altındadır.(6)

ETYOPATOLOJİSİ

Paronişi, tırnak ile tırnak kıvrımı arasındaki koruyucu bariyerin bozulmasından kaynaklanır. Travma (manikür ve pedikür dahil olmak üzere), enfeksiyonlar (bakteriyel, viral ve mantar), yapısal anomaliler ve inflamatuvar hastalıklar (sedef hastalığı gibi) predispozan faktörlerdir. Nemli tırnak yatağı organizmaların kolonizasyonuna ortam hazırlar. Akut paronişilerin çoğu tırnak yeme alışkanlığı, agresif manikür, yapay tırnaklar, yabancı cisim gibi travmatik olaylardan kaynaklanır.

¹ Uzm. Dr., Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,
mucahidosmanyucel@gmail.com

² Uzm. Dr., drilhanacikgoz@gmail.com

(7) Enfeksiyonlar çoğunlukla polimikrobiyaldir, akut paronişiler ise en sık Stafilokokus aureus kaynaklıdır.(8,9) Kronik enfeksiyonlar ise daha çok Streptokok ve Pseudomonas kaynaklıdır. (10) Daha az yaygın enfeksiyon nedenleri arasında ise gram negatif organizmalar, dermatofitler, herpes simpleks virüsü ve mayalar bulunur. Çocuklarda görülen enfeksiyonlar ise daha çok tırnak yeme, parmak emme alışkanlıkları nedeniyle kontamine olunan aerobik (*S. aureus*, streptococci, *Eikenella corrodens*) ve anaerobik (*Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas spp.*, *Prevotella*) enfeksiyonların bulunduğu ağız florası kaynaklıdır.(11)

SINIFLANDIRMA

Klinik duruma göre paronişi sınıflandırması:

- Akut paronişi; özellikle stafilokokus aureus kaynaklı bakteriyel bir enfeksiyon ile görülür ve 6 haftadan az süren ağrılı ve pürülan bir klinik ile kendini gösterir.(12) Akut paronişi, kronik paronişinin bir komplikasyonu olarak da gelişebilir.(13) Ayrıca tekrarlayan akut paronişi, kronik paronişiye de dönüşebilir.(14, 15)
- Kronik paronişi; Mekanik, kimyasal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilir, bazen de özellikle *Candida* gibi mantar enfeksiyonlarının zemininde meydana gelen bulaşıcı bir durum nedeniyle ortaya çıkabilir. Risk faktörleri arasında meslek (bulaşıkçılık, temizlikçilik), bazı ilaçlar, immünsupresif durumlar (HIV, diyabet, malignite) yer alır.

Etyolojiye göre klinik sınıflandırma:

- Bakteriyel (sıklıkla stafilokoklar)
- Viral (sıklıkla Herpes simpleks virüsü)
- Mantar (sıklıkla *Candida* türleri)

Paronişinin enfeksiyöz olmayan nedenleri iritan maddelerle temas, aşırı nem, ilaç reaksiyonları olarak sıralanabilir.(16)

KLİNİK

Paronişi sıklıkla lateral tırnak kıvrımında ağrı, kızarıklık ve şişlik ile ortaya çıkan inflamatuvar bir süreç ile başlar ve teşhisi klinik tabloya göre konur. Hastalar genellikle enfeksiyonun ilk birkaç günü içinde ağrı nedeniyle başvuru yaparlar. Öykü; travma, enfeksiyon, yapısal anomaliler veya inflamatuvar hastalıkları içerebilir. Meslek ve çalışma şartlarının değerlendirilmesi önemlidir. Ev kadınlığı, bulaşıkçılık, barmenlik, aşçılık, hemşirelik, yüzücülük gibi meslek grupları kronik paronişi için riskli meslek gruplarındandır. Öykü sorgulamasında, diyabet ve HIV gibi

immünsüpresif hastalıklar değerlendirilmelidir.(17) Hastanın kullandığı ilaçların bir listesi, kronik paronişinin nedeninin belirlenmesinde yardımcı olabilir.(18)

Akut paronişinin fizik muayene bulugusunda lateral tırnak kıvrımı eritemli, ağrılı ve şiş olacaktır. Apse mevcutsa fluktuasyon alınabilir. Apse varlığının değerlendirilmesinde parmak basınç testi uygulanabilir. Parmağın volar yüzüne uygulana basınç ile parmağın lateral kıvrımında ağarma meydana gelecektir. Eğer beyazlama varsa drenej düşünülmelidir. Kronik paronişide tırnak kıvrımı eritemli ve şiş olabilir, ancak fluktuasyon nadirdir. Tırnak plağında kalınlaşma ve renk değişikliği görülebilir. Kronik paronişinin diğer bulguları arasında, proksimal tırnak kıvrımının retraksiyonu, tırnak distrofisi ve kütikül kaybı görülebilir.(16)

TANI

Paronişinin tanısında kullanılacak laboratuvar testi ve görüntüleme tetkiki yoktur, bu yüzden paronişinin tanısı öykü ve fizik muayene ile konulur. Apseden kültür gönderilmesi yararlı değildir çünkü sonuçlar genellikle tanısal değildir.(19) Genellikle basit bir enfeksiyon vardır; ancak apse her zaman belirgin değildir bu noktada parmak basınç testi tanıda yardımcı olabilir.(20)

TEDAVİ

Paronişi genellikle drenaj ya da antibiyotik ile tedavi edilir. Apse olmayan bir inflamasyon söz konusu ise, su ya da antiseptik solüsyon ile (klorheksidin, povidon-iyot) ılık banyo yaptırarak ve antibiyoterapi ile tedavi edilir.(7) Ilık banyo, günde birkaç kez 10- 15 dakika şeklinde yapılabilir. Topikal antibiyotiklerin oral antibiyotiklere üstünlüğünü gösteren güçlü bir kanıt yoktur, bu nedenle doktorun deneyimine göre antibiyotik seçimi yapılabilir. Seçilen antibiyotik mutlaka stafilokokus aureusa etkili bir antibiotik olmalıdır. Basitrasin ve neomisin içeren topikal merhemler kullanılabilir. Topikal antibiyotik tedavisine eklenen topikal kortikosteroidlerin tedavinin sonucunu olumlu etkilediği gösterilmiştir.(14) Topikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda veya daha ciddi vakalarda oral olarak, dikloksasilin (günde dört kez 250 mg) veya sefalekssin (günde üç ila dört kez 500 mg) kullanılabilir. Oral inokülasyon riski olan hastalar gibi, anaerobik antibiyotik endikasyonu olan hastalarda klindamisin veya amoksisilin-klavulanat antibiotikleri tedaviye dahil edilebilir.(9) Ayrıca hastalarda MRSA için risk faktörü varsa (hemodiyaliz, yakın zamanda hastaneye yatış, cerrahi operasyon, AIDS) antibiyotikler buna göre düzenlenmelidir. Bu hastalarda trimetoprim/sülfametoksazol (günde iki kez 1-2 tablet), klindamisin (günde dört kez 300-450 mg) veya doksisisiklin (günde iki kez 100 mg) kullanılabilir.(16)

Apse varlığında bistüri ile drenaj yapılır. Apsen en sık olarak volar pulpaya doğru uzanır.(21) Drenajın etkili bir şekilde yapılabilmesi için dijital blok yapılabilir. Apsen ilerlemiş ve tırnağın diğer tarafında etkilemişse etkili bir apsen drenajı için turnak çekimi gerekebilir. Tırnak çekimi sonrası drenajı sağlayabilmek için ılık banyo uygulaması yararlı olacaktır. Drenaj genellikle tedavi için yeterli olur, ancak selülit durumuna bir ilerleme varsa uygun antibiyotikler reçete edilebilir.(22)

Kronik paronişili hastalarda varsa ellerin kronik travması, hastaya kaçınması için önerilerde bulunulmalıdır. Elle çalışanlar için eldiven kullanılması önerilebilir. Kronik paronişide tedavi mantar etkenlerini de hedef almalıdır. Etyolojiden %95 oranında kandida türleri sorumludur (21), bu nedenle, itrakonazol ve terbinafin gibi topikal ve sistemik ajanlar kullanılabilir. Oral antifungaller nadiren gereklidir.(7) Tedavisi zor olan kronik paronişide; felon, herpetik dolama, onikomikoz, sedef hastalığı, yassı hücreli karsinom, egzema, reiter sendromu gibi başka nedenlerde düşünülmalıdır.(2)

KAYNAKLAR

1. Jebson PJ. Infections of the fingertip: paronychia and felons. *Hand Clin* 1998;14(4):547-555, viii.
2. Baran R, Barth J, Dawber RP. *Nail Disorders: Common Presenting Signs, Differential Diagnosis, and Treatment*. New York, NY: Churchill Livingstone; 1991:93-100.
3. Rerucha CM, Ewing JT, Oppenlander KE, Cowan WC. Acute Hand Infections. *Am Fam Physician*. 2019 Feb 15;99(4):228-236.
4. Sampson B, Lewis BKH. Paronychia Associated with Ledipasvir/Sofosbuvir for Hepatitis C Treatment. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2019 Jan;12(1):35-37.
5. Rockwell PG. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*. 2001;63(6):1113-1116.
6. Black JR. Paronychia. *Clin Podiatr Med Surg*. 1995 Apr;12(2):183-7.
7. Hochman LG. Paronychia: more than just an abscess. *Int J Dermatol*. 1995;34:385-6.
8. Brook I. Paronychia: a mixed infection. Microbiology and management. *J Hand Surg [Br]*. 1993;18:358-9.
9. Brook I. Aerobic and anaerobic microbiology of paronychia. *Ann Emerg Med*. 1990;19:994-6.
10. Natsis NE, Cohen PR. Coagulase-Negative Staphylococcus Skin and Soft Tissue Infections. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Oct;19(5):671-677.
11. Brook I. The role of anaerobic bacteria in cutaneous and soft tissue abscesses and infected cysts. *Anaerobe*. 2007 Oct-Dec;13(5-6):171-7.
12. Daniel CR 3d, Daniel MP, Daniel CM, Sullivan S, Ellis G. Chronic paronychia and onycholysis: a thirteen-year experience. *Cutis*. 1996;58:397-401.
13. de Berker D, Baran R, Dawber RP. Disorders of the nails. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths S, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Oxford, UK: Black-well Science; 2005:62.1.
14. Wollina U. Acute paronychia: comparative treatment with topical antibiotic alone or in combination with corticosteroid. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15(1):82-84.
15. Habif TP. Nail diseases. In: *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 4th ed. Edinburgh, UK: Mosby; 2004:871-872.
16. Leggit JC. Acute and Chronic Paronychia. *Am Fam Physician*. 2017 Jul 01;96(1):44-51.
17. Kapellen TM, Galler A, Kiess W. Higher frequency of paronychia (nail bed infections) in pediatric and adolescent patients with type 1 diabetes mellitus than in non-diabetic peers. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2003 Jun;16(5):751-8.

18. Goto H, Yoshikawa S, Mori K, Otsuka M, Omodaka T, Yoshimi K, Yoshida Y, Yamamoto O, Kiyohara Y. Effective treatments for paronychia caused by oncology pharmacotherapy. *J Dermatol.* 2016 Jun;43(6):670-3.
19. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: a review. *JAMA.* 2016;316(3):325-337.
20. Turkmen A, Warner RM, Page RE. Digital pressure test for paronychia. *Br J Plast Surg.* 2004;57(1):93-94
21. Jebson PJ. Infections of the fingertip. Paronychias and felons. *Hand Clin.* 1998;14:547-55,viii.
22. Pierrart J, Delgrande D, Mamane W, Tordjman D, Masméjean EH. Acute felon and paronychia: Antibiotics not necessary after surgical treatment. Prospective study of 46 patients. *Hand Surg Rehabil.* 2016 Feb;35(1):40-3.