

## Seminarji

# Paronihija – klinična slika in možnosti zdravljenja

## Paronychia – clinical picture and treatment options

Juš Kšela

**Izvleček**

Paronihija ali zanohtnica je lokalizirano vnetje obnohtja in predstavlja najpogostejšo obliko vnetja na roki. Nastane zaradi posebnih anatomskih značilnosti tega področja in zaradi velike izpostavljenosti ranitvi. Kadar se vnetje razširi tudi pod noht, govorimo o podnohtnem panariciju. V članku je opisana klinična slika akutne in kronične paronihije, ter načini konzervativnega in operativnega zdravljenja.

**Abstract**

Paronychia is an often tender infection around the base of the nail fold. It develops because of the specific anatomy of the nail and the nail fold and because of the high incidence of injury to this region. Subungual panaritium in collection of pus beneath the nail and can develop from paronychia. In the article we describe symptoms of the acute and chronic paronychia and possibilities of non surgical and surgical treatment.

Juš Kšela,  
Oddelek za kardiokirurgijo,  
Univerzitetni klinični center Maribor  
Ljubljanska 5  
2000 Maribor

**Ključne besede**

akutna in kronična paronihija, podnohtni panaricij, drenaža abscesa

**Key words**

acute and chronic paronychia, subungual panaritium, abscess drainage

Noht je rožena plošča, ki leži na podnohtju oziroma matriksu in nastaja s poroženevanjem celic v področju nohtne matice oziroma germinativnega matriksa. Sprednji rob nohta je prost, ostali trije pa so pokriti s kožno obnohtno gubo oziroma obnohtjem (lat. *vallum unguis*). Zadebelitev epidermisa pod prostim robom nohta imenujemo hiponihij (lat. *hyponychium*). Iz obnohtja sega na noht tanka rožena kožica (lat. *eponychium*) (1, 2).

Paronihija ali zanohtnica je lokalizirano vnetje kože in podkožja ob nohtu in je najpogostejše vnetje na roki. Pogostost vnetja je pogojena z specifično obliko tega področja, ki omogoča zastajanje veje količine bakterij na meji med kožno gubo in nohtom, in veliko izpostavljenostjo poškodbam. Ob ranjenju v področju obnohtja pride do izpostavljanja podkožja, hkrati pa se prekine tudi tesen stik med eponihijem in nohtom, kar omogoča vstop relativno velikih količin mikroorganizmov v tesen prostor med obnohtjem in nohtom, kar povzroči vnetje (slika 1) (2, 3).

Paronihija se lahko glede na lokacijo pojavlja v proksimalni kožni gubi, takrat govorimo o središčni ali centralni paronihiji, ali pa v stranskih kožnih gubah, kar imenujemo stranska paronihija. Glede na pojavnost kliničnih znakov in trajanje vnetja govorimo o akutni in kronični paronihiji.

### Akutna paronihija

Akutna paronihija se razvije v nekaj urah. Pojavi se kot posledica poškodbe eponihija, obnohtja ali nohta, sesanja prsta, agresivne manikure ali pedikure, vraščene nohta in podobno. Najpogostejši povzročitelji vnetja so *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sp.* in *Pseudomonas sp.*, redkeje pa gram negativne bakterije, herpes simplex virus in glive.

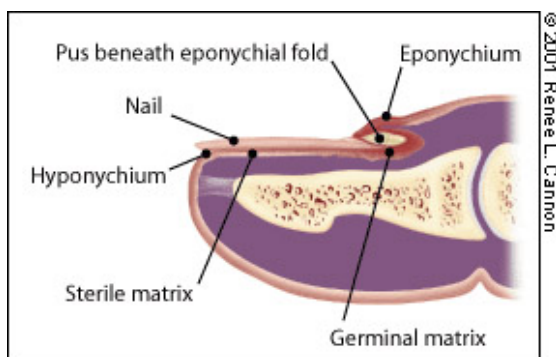
Diagnozo akutne paronihije postavimo na podlagi anamnestičnih podatkov, klinične slike in izjemoma

brisa gnoja oziroma vzorca odvzetega tkiva, ki ga pošljemo na mikrobiološko preiskavo (3-6).

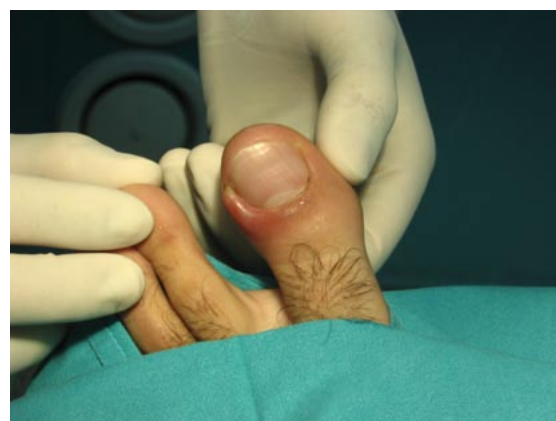
Anamnestično izvemo o predhodni poškodbi v tem področju in o trajanju znakov in simptomov. Klinično se akutna paronihija kaže kot lokalizirana rdečina obnohtja z oteklino in palpatorno bolečnostjo. Gibljivost v distalnem interfalangealnem sklepu je lahko zavrta. V napredovali obliki bolezni se v obnohtju razvije majhen absces ali pa se rdečina in oteklina razširita na ves prst ali celo na roko, palpatorno boleče postanejo bližnje bezgavke, bolniki dobijo sistemske znake vnetja – povišano telesno temperaturo, slabše počutje, v krvi pa najdemo povišane vnetne parametre (levkocitoza, povišan C reaktivni protein (CRP)) (slika 2).

Zdravljenje akutne paronihije je odvisno od stopnje napredovanja bolezni. V primeru, da je prisotno le **lokalizirano vnetje brez abscesa** običajno zadostujejo le **hladni obkladki, cetavlonška kopel in kamilične kopeli nekajkrat dnevno**. Bolnika naročimo na kontrolni pregled čez 48 ur. V primeru, da je **pordecel cel prst ali celo roka** in da imajo bolniki **povišano telesno temperaturo** ter druge **sistemske znake vnetja**, je potrebno začeti zdravljenje z **antibiotiki**. Glede na povečini znane povzročitelje se običajno odločamo za zdravljenje z amoksicilinom s klavulansko kislino (**Amoksiklav 1000@ 1 tbl/12 ur za 5 dni**) ali s klindamicinom (**Klimicin@ 150 mg/6 ur za 4 dni**). Bolnika naročimo na ponovni pregled čez 48 ur. Če pa se v obnohtju pojavi **absces**, je le tega potrebno **drenirati** (3, 5, 6).

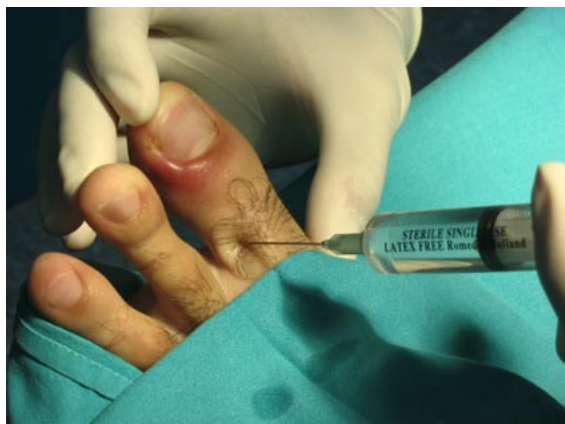
Vse drenažne postopke pri paronihiji naredimo v operacijski dvorani v prevodni anesteziji (v tako imenovanem Oberstovem bloku) (slika 3a in 3b). Način drenaže je odvisen od lokalizacije abscesa. Če absces leži tik ob robu obnohtja v tesnem stiku med obnohtjem in nohtom, je dovolj, da z manjšim topim (z zaprtim majh-



**Slika 1:** Vnetje in kolekcija gnoja ob prekinitvi tesnega stika med eponihijem in nohtom



**Slika 2:** Akutna paronihija palca leve noge z razvitim abscesom



*Slika 3a in b: Prevodna anestezija ali Oberstov blok*

nim peanom) ali ostrim predmetom (z veliko injekcijsko iglo ali skalpelom) prekinemo tesen stik med eponihijem in nohtom, kot to prikazuje slika 4. Na mesto, kjer smo eponihij ločili od nohta, vstavimo trak gaze, ki ohranja mesto drenaže odprto, s čimer je onemogočeno zlepljenje prostora in ponovna tvorba abscesa. Trak odstranimo na kontrolnem pregledu, torej po 48 urah. Po odstranitvi traku svetujemo kamilične kopeli večkrat dnevno.

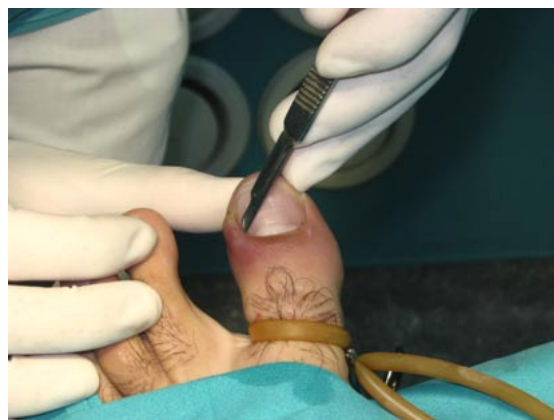
V kolikor se je absces tvoril globlje v strukturah obnohtja, je potrebno prerezati kožo nad najbolj izbočenim delom obnohtja, torej nad mestom, kjer je absces najbližje zunanji površini kože, naredimo torej tako imenovano drenažno incizijo, kot to prikazuje slika 5. V kolikor je najbolj izbočen del obnohtja blizu roba obnohtja, ne zarezemo ne tem mestu, pač pa v žlebu med kožo in nohtom, saj bi v nasprotnem primeru povsem prekinili prekrvitev ozkega dela obnohtja ob nohtu, kar bi imelo za posledico nastanek mrtvine in počasnejše celjenje. Zarezo v obnohtje naredimo z ozkim skalpelom (običajno številka skalpela 11), ki ga od rezanju obrnemo proč od nohtnega matriksa, da ga ne poškodujemo (slika 6). V drenažno incizijo vstavimo trak iz gaze in ga v rani pustimo do kontrolnega pregleda, torej 48 ur (slika 7). Tudi v tem primeru svetujemo nato večkrat dnevno kamilične kopeli.

Če se absces tvori na meji med stranskim in središčnim delom obnohtja naredimo drenažno incizijo z rezom, ki poteka v navideznem podaljšku žleba med lateralnim delom obnohtja in nohta (slika 8). Ponovno je potrebno paziti, da pri rezu ne poškodujemo matriksa. Tudi v tem primeru za 48 ur vstavimo trak iz gaze in svetujemo pogoste kamilične kopeli po odstranitvi traku.

V primeru paronihije, ki je zajela centralni ali središčni del obnohtja, zarezemo v obnohtje na dveh straneh, tako kot to prikazuje slika 9a. Nato dvignemo cen-

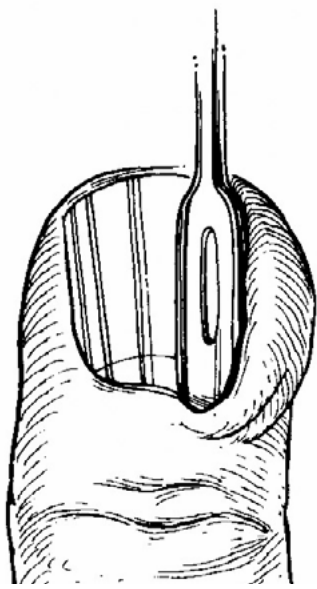


*Slika 7: V drenažno incizijo vstavimo trak iz gaze, ki ga v rani pustimo 48 ur*

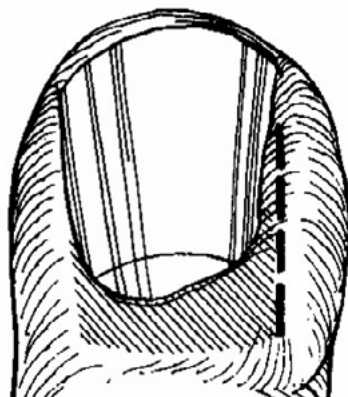


*Slika 6: V kolikor je najbolj izbočen del obnohtja blizu roba obnohtja naredimo incizijo v žlebu med kožo in nohtom*

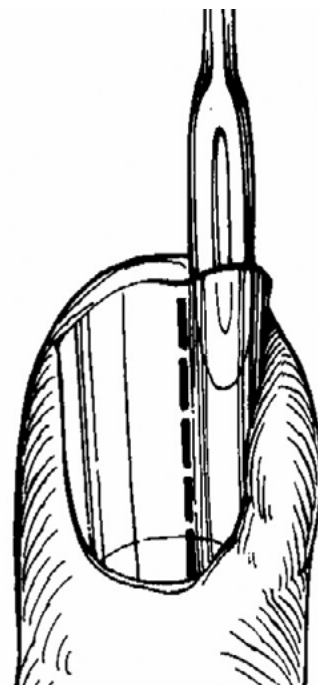
tralni del obnohtja in preverimo ali morda ni gnojne kolekcije tudi pod nohtom (slika 9b). Praviloma vedno odstranimo pod obnohtjem ležeči del nohta in izpostavljeni del nohtnega matriksa in podnohtja zaščitimo z vazelinsko gazo, ki jo odstranimo po 48 urah (slika 9c).



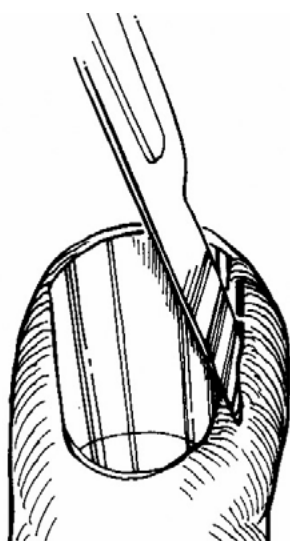
Slika 4: S topim predmetom ločimo eponihij od nohta



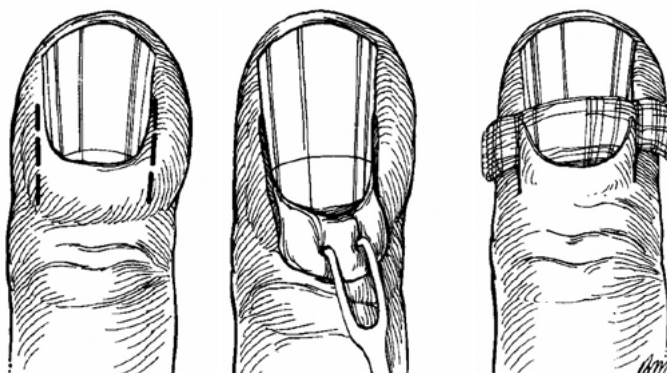
Slika 8: Incizija v navideznem podaljšku žleba med lateralnim delom obnohtja in nohtom



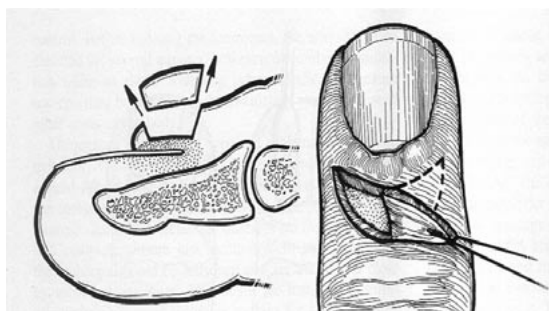
Slika 10: Pri podnohtnem panariciju odstranimo noht v tako širokem pasu, da pod preostalim nohtom ni več kolekcije gnoja



Slika 5: Drenažna incizija obnohtja



Slike 9a-c: Kirurško zdravljenje centralne paronihije. A: Rez na obeh straneh, B: dvig središnjega dela obnohtja in odstranitev proksimalnega, pod obnohtjem ležečega dela nohta, C: zaščita izpostavljenega matriksa z vazelinsko gazo za 48 ur



Slika 11: Kirurško zdravljenje kronične paronihije

Po odstranitvi gaze svetujemo pogoste kamilične kope-li.

### Podnohtni panaricij

O podnohtnem panariciju govorimo takrat, kadar se **kolekcija gnoja** pojavi **pod nohtom** (3, 5). Kadar se od paronihiji pojavi tudi podnohtni panaricij, je potrebno **del nohta**, ki leži **nad kolekcijo gnoja odstraniti**. S topim predmetom ločimo noht od podnohtja in nato s škaricami odrežemo noht (slika 10). Noht je potrebno odstraniti v tako širokem pasu, da pod nobenim delom preostalega nohta ni gnoja. Če je kolekcija obsežna, je včasih bolje odstraniti noht v celoti. Izpostavljeni del nohtnega matriksa in podnohtja zaščitimo z vazelinsko gazo, ki jo odstranimo čez 48 ur.

Podnohtni panaricij je potrebno prepoznati in pravilno zdraviti, saj nezdravljen pogosto vodi v podkožni panaricij – vnetje jagodice prsta, ki ima za posledico vnetje distalne falange prsta, ki se običajno konča z amputacijo zadnjega členka prizadetega prsta.

### Kronična paronihija

O kronični paronihiji govorimo, kadar trajajo znaki in simptomi vnetja dlje kot 6 tednov.

Pojavi se kot posledica odstopanja eponihija in obnohtja od nohta zaradi kronične izpostavljenosti vodi, vlagi, čistilom, raztopilom in drugim kemičnim agensom. Najpogosteje so prizadeti ljudje, ki so zaradi narave svojega dela izpostavljeni omenjenim škodljivim vplivom (4, 5).

V 95 % povzroča vnetje *Candida albicans*, ostali povzročitelji so manj pomembni. Pomembno je vedeti, da se lahko določena maligna obolenja kot so naprimer ploščatocelični karcinom, podnohtni melanom in metastatski tumorji kažejo kot kronična paronihija. Na omenjena bolezenska stanja moramo pomisliti, če ob običajnih metodah zdravljenja klinični znaki in simptomi paronihije vztrajajo.

Kronično paronihijo zdravimo **konzervativno**, kirurško zdravljenje pride v poštev redkeje. Kadar se zanj odločimo, izrežemo večji del središnega dela obnohtja, naredimo torej **drenažno ekscizijo** (slika 11).

### Literatura:

1. Kališnik M. Oris histologije z embriologijo. DZS, Ljubljana 1992
2. Krull EA, Zook EG Baran R, Haneke E. Nail surgery A Text and Atlas. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
3. Smrkolj V. et al. Kirurgija. Ljubljana: Sledi; 1995
4. Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. Green's Operative hand surgery, 4th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1999
5. Flynn JE. Hand surgery, 3rd edition. Baltimor: Williams & Wilkis; 1982
6. Weinzwieg J. Plastic surgery secrets. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1999

**Uredništvo:** Medicinski mesečnik, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

**Odgovorna in glavna urednica:** Nina Kobilica

**Uredniški odbor:** Silva Breznik, Andrej Bergauer, Ana Murko, Grega Kralj, Martina Babič, Tilen Zamuda, Jani Breznik

**Urednik spletne strani:** Andrej Bergauer; **Spletna stran:** www.medicinski-mesechnik.com

**Recenzentski odbor:** Eldar Gadžijev, Ivan Krajnc, Elko Borko, Alojz Gregorič, Vojko Flis

**Računalniška postavitev in tisk:** Ma-tisk d.o.o., Maribor

**Izdajatelj in založnik:** Univerzitetni klinični center Maribor in Medicinska fakulteta Univerze Maribor.

Izhaja enkrat mesečno v nakladi tisočtristo izvodov

**Elektronska pošta:** nina\_kobilica@yahoo.com, urednistvo@medicinski-mesechnik.com

**Fax:** 02/33 24 830