

Zarůstání nehtů u dětí

Mgr. Jaroslav Fešar, MBA

PODOLOGIE s.r.o., Praha

Častým problémem dolních končetin dětí i dospělých jsou zarůstající a stáčející se nehty.

Mohou vést k bolestivým komplikacím a mnohdy trvalým změnám nehtového lůžka a okolních valů. Tento problém postihuje nejčastěji palce, může se ale vyskytnout na všech prstech. Je popsána celá řada postupů, jak lze tyto nehty napravovat, a to buď konzervativní nebo chirurgickou cestou. Pediatrii jsou mnohdy v prvním kontaktu s pacienty, které trápí problémy s nehty. Ty mohou být akutní, vzniklé po jednorázové nesprávné úpravě nehtu či traumatu, a chronické, se kterými si rodiče malých pacientů obvykle neví rady. V minulosti byla převážná většina postižených odesílána na chirurgická pracoviště, neboť v předrevolučním období soudobé techniky rovnání nebyly v ČR k dispozici. Existují různé konzervativní techniky léčby zarostlých nehtů, včetně orthonyxie, tedy napravování nehtů rovnátky. Úsilím každého odborníka zabývajícího se péčí o nohu je neinvazivními postupy a především bezbolestně vyřešit co nejvíce případů, u kterých je možné takto postupovat.

Klíčová slova: konzervativní léčba, zarostlý nehet (unguis incarnatus), děti, nehtová rovnátka, orthonyxie.

Ingrown toenails in children

Ingrown and curved toenails are among common lower limb problems in both children and adults. They may lead to painful complications and, not uncommonly, to permanent changes in the nail bed and lateral nail folds. The big toe is affected most commonly, although the problem may occur in all toes. A number of procedures have been described for correcting toenails, using either conservative or surgical approaches. Paediatricians are typically the first contact for patients suffering from toenail problems. These can be acute, resulting from a one-off improper nail trimming procedure or injury, and chronic which the parents of young patients are usually unable to deal with. In the past, the vast majority of patients were referred to surgical services since, in the pre-revolution era, contemporary techniques of correcting toenails were unavailable in this country. There are various conservative techniques for the treatment of ingrown toenails, including orthonyxia, which is the correction of toenails with braces. It is the goal of every foot care specialist to manage as many cases as possible with non-invasive procedures and, in particular, in a painless manner whenever it is feasible to proceed in that way.

Key words: conservative treatment, ingrown toenail (unguis incarnatus), children, nail braces, orthonyxia.

Příčiny vzniku zarostlého nehtu u dětí

Mezi nejčastější příčiny patří nesprávné a neodborné ošetřování nehtů. Nehty malých dětí je velmi důležité ošetřovat s citem. Nehty jsou měkké a snadno se stříhají, proto musí rodiče dbát na rozsah zkracování nehtů a jejich tvar. Nehty na nohou by se dle autora článku měly upravovat do tzv. ideální roviny, která respektuje vzájemný vztah nehtu a lůžka, zároveň však po zkrácení nezasahuje hluboko do laterálních valů, přitom je nutné se vyvarovat nesprávného koncového dostřížení nehtů či

snahy zbytek odtrhnout. Další příčinou bývá nevhodná, příliš krátká či úzká obuv, která ve špičce tlačí z jedné strany na okraj palcového kožního valu a současně přitlačí nehet k vedlejšímu prstci, přičemž tímto tlakem z obou stran může vzniknout deformace. Jako další faktory lze označit například posttraumatické stavy, nesprávnou chůzi s nesprávnými návyky, dědičné predispozice, závažná celková nebo infekční onemocnění. Deformaci nehtů může zapříčinit i onychomykóza. V praxi je možno se vzácně setkat i s případy, kdy má na poškození nehtů vliv nesprávný vývoj v prenatálním období (1, 2).

Příznaky počínajících komplikací

Rodič by měl celé tělo dítěte, včetně nohou a prstů s nehty, prohlížet každý den. Nelze si tedy nevsimnout typického zčervenání v okolí postiženého nehtu. Dítě bude pravděpodobně neklidné, podrážděné a bude poukazovat na místo, kde pociťuje bolest či vnímá nepříjemný tlak, zejména v botičkách. Ty pak bude nosit nerado, bude botu zouvat či projevovat neuvědomilý chodit. Pokud rodiče tyto příznaky zanedbají, mohou se objevit další komplikace. Nejběžnější jsou projevy akutního zánětu, vznik granu-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Jaroslav Fešar, MBA, jaroslav.fesar@seznam.cz
PODOLOGIE s.r.o.
Svatoslavova 16, 140 00 Praha 4

Cit. zkr: Pediatr. praxi 2021; 22(5): 315–318
Článek přijat redakcí: 27. 7. 2021
Článek přijat k publikaci: 10. 9. 2021

lační tkáň či krvácení z postiženého místa. Kromě mechanické příčiny, tedy dráždění měkké tkáně, nezřídka dochází u dítěte i k rozvoji paronychia, původcem bývá nejčastěji *Staphylococcus aureus* (3, 4, 5). Začínají se přidávat potíže s hygienou a sporty, ale například i psychické problémy projevující se zejména v poruše soustředění nebo nespavosti (obr. 1).

Možná řešení zarostlých nehtů u dětí a mládeže

Soudobé klasifikace popisují tři, resp. čtyři stadia zarůstajících nehtů. Stupeň I je charakterizován přítomností erytému, mírného edému a bolesti při působení tlaku na laterální záhyb nehtů. Stupeň II je rozdělen do dvou dílčích fází, kdy ve stadiu IIa se bolest zvyšuje a dochází k edému, erytému a hyperestézii, nehtový val přesahuje nehtovou ploténku o méně než 3 mm. Stupeň IIb má příznaky podobné stadiu IIa, ale val přesahuje ploténku o více než 3 mm. Ve stadiu III se příznaky zhoršují, s granulační tkání a chronickou hypertrofií nehtového valu. Stupeň IV vyplývá z evoluce stadia III s vážnou chronickou deformitou nehtu na nohou, obou postranních a distálního valu. Rozdíl mezi stadii III a IV je distální hypertrofie (6, 7).

Existují dvě cesty léčby zarostlého nehtu, a to konzervativní a chirurgická. V obou případech je popsáno mnoho různých metod a postupů, které mohou být kombinovány.

Chirurgická cesta řešení zarostlého nehtu je obvykle volena, když všechny konzervativní metody selhávají, u velmi bolestivých a nepřístupných ložisek a také v případech, kdy je třeba použití lokální anestezie. Bývá indikována u pacientů se středně těžkou či těžkou závažností unguis incarnatus nebo s chronickým unguis incarnatus (8). Stejně tak u dětí se doporučují ve větší míře konzervativní metody před chirurgickými, které přicházejí na řadu při vracejícím se zarůstání či u rezistentních případech (9, 10, 11). Existuje mnoho chirurgických terapeutických přístupů, které lze dělit na intervence zachovávající nehty a rozšířená chirurgická opatření s trvalým zúžením nehtové ploténky (8).

Konzervativní, tedy neinvazivní postupy se obecně doporučují u pacientů s akutním a mírným unguis incarnatus (8). Konzervativní péče zahrnuje precizní upravování nehtu podologickým přístrojem a využívání podpůrných metod, což je např. vypodložení posti-

ženého nehtu tamponádou. Jedná se nejčastěji o tkanou textilií nebo PUR pěnu, která se vkládá pod jeden nebo oba okraje nehtu, což pomáhá přerostu vrostlých dráždicích částí nehtu přes kritická místa. U malých dětských či hodně vystřížených nehtů není obvykle pro tamponádu mnoho prostoru, proto jsou na rozdíl od dospělých klientů vkládány pouze maličké kousky tamponády, které snadněji vy-
padávají. Rodiče jsou proto přesně instruováni ohledně vkládání tamponády a dohledu nad dítětem. Objeví-li se v místě hnis nebo krev, je třeba podložku vyjmout a konzultovat stav s odborníkem (obr. 2).

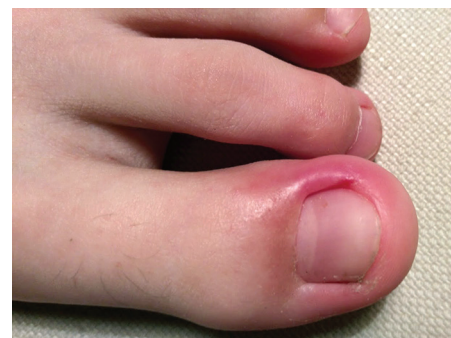
Dalšími neinvazivními metodami mohou být například oddělování stěsnaných prstců různými typy korektorů či jednostranné nebo oboustranné odtahování postranních nehtových valů od nehtové ploténky pružnou lepicí páskou. Technika vyžaduje podrobnou a opakovanou edukaci rodičů. Problémem může být nadměrná potivost nebo granulační tkáň, které zhoršují přilnavost pásky (obr. 3). Při všech podpůrných technikách je nutné dodržovat zásady zvýšené hygieny, což je důležitý faktor při konzervativní léčbě i k udržení jejího účinku.

Ortonyxie – nehtová rovnátka

Ve chvíli, kdy se samotná podpůrná terapie jeví jako nedostatečná, může být zvolena další neinvazivní metoda, a to rovnání pomocí ortonxyie. Název je složený z řeckých slov orthos = rovný a onyx = nehet a znamená rovnání nehtů pomocí nehtových rovnátek. V ČR upřednostňuje autor termín nehtové rovnátko, který považuje za výstižnější než termín špona (z něm. Spange), který je v podologické praxi také užíván.

Na trhu je v současné době mnoho typů nehtových rovnátek. Rovnátko se liší materiálem, ze kterého jsou zhotovena, způsobem jejich aplikace na nehet a aktivace, což je proces, kterým docílíme zvedání, přitahování či tlaku na konkrétní části nehtu. Mohou být jednoduchá nalepovací plastová, kombinovaná či drátková jednodílná nebo vícedílná. Jejich použití je nutno individuálně posoudit i s ohledem na jejich výhody a případné nevýhody u dětí či dospělých. Všechna nehtová rovnátka mají stejnou funkci, nadzvedávají a přitahují okraje nehtů nahoru a ke středu. Základním principem rovnání nehtů v ortonxyii je dlouhodobé

Obr. 1. Zánět u nehtu po špatném zastřížení



Obr. 2. Podnehtová tamponáda



Obr. 3. Odtahování pomocí lepicích pásek



napravování mírnou silou, kdy je akceptován pomalý růst nehtové ploténky (obr. 4, 5).

U jednodílných nalepovacích plastových nebo kombinovaných rovnátek se musí při každé návštěvě rovnátko vyměnit za nové, zatímco u některých typů vícedílných drátkových se vyměňuje pouze utahovací drátek. V případě jednodílného drátkového rovnátka se toto při každé návštěvě sejme z nehtu, drátek se nadzvedne, utáhne nebo povolí, s ohledem na tloušťku drátu, vlastnosti nehtu a konkrétní

INZERCE

Obr. 4. Drátkové jednoduché rovnátko Ross Fraser



Obr. 5. Plastové nalepovací rovnátko B/S Spange



Obr. 6. Kombinované rovnátko Podofix



podobu zarůstání a znovu se nasadí. Používána jsou rovněž rovnátka kombinovaná, kdy na nehtu nalepená elastická plastová podložka je

aktivována přitažením drátku, nacházejícím se uvnitř podložky (obr. 6), nebo mohou mít podobu pružného drátu opatřeného na jedné straně nalepovací plastovou podložkou. Rovnátka elastická nehet jemně narovnávají stahováním pružného nalepeného pásku. Nejběžnější interval aktivací je čtyři až šest týdnů.

Nehtová rovnátka u dětí

Dítěti je rovnátko možné nasadit ve chvíli, kdy rozumí jeho smyslu a významu a kdy je možné zajistit spolupráci a v maximální možné míře eliminovat rizika jakéhokoliv poranění. Obvykle lze za rozumné považovat děti v předškolním věku, ale je třeba posuzovat individuálně. U malých dětí jsou nasazována rovnátka jednodušší, s menší zvedací silou nebo vyrobená z tenčího drátku. U starších dětí školního věku se již postupuje podobně jako u dospělých, ale vhodná jsou rovnátka, která působí mírnější silou. Rovnění nehtů u mladších jedinců patří k velice úspěšným pro vlastnosti nehtů, které jsou celému procesu nakloněny. Rychle rostou, jsou elastické a obvykle bez zátěže celkových zdravotních komplikací. Z tohoto důvodu se doba rovnacího procesu dle zkušeností autora obvykle pohybuje mezi 6–12 měsíci. Výjimku mohou tvořit případy, kdy jsou změny nehtu geneticky podmíněny. Použití nehtových rovnátek je dětmi velmi dobře tolerováno a lze ho označit za dobrou alternativu léčby zarůstajících nehtů (12).

Postup rovnání

Postup rovnání nehtů složitějšími drátkovými rovnátky probíhá podobně jako u ortodontisty. První návštěva zahrnuje konzultaci, nezbytně nutné ošetření, stanovení nejvhodnější metody rovnání a postupu. U některých druhů rovnátek se dělá otisk, ze kterého je zhotoven sádrový odlitek, a ten je dále zábrusem připraven na výrobu rovnátka. Po zhotovení

se aparát nasadí a připevní k nehtu speciální světlem tuhnoucí hmotou. Může se navíc opatřit obrázkem nebo kamínkem. Rovnění je bezbolestné, úleva nastává již v prvních dnech po nasazení. Je-li přítomna zánětlivá komplikace, bývá zpravidla místo až do úplného vyléčení bolestivé na dotek. V takovém případě pomůže odborný zásah dermatologa.

Stav nehtu bývá po sundání rovnátka trvalý, dodrží-li se následující pravidla: nehty správně stříhat, vyvarovat se příliš úzké obuvi, která způsobuje kromě stěsnání prstů i celou řadu ortopedických deformací, nenosit těsné ponožky, odstranit všechny okolní vlivy působící na stáčení nehtu a dodržovat zásady hygieny a péče o nohy a nehty. V případě jakéhokoliv pozdějšího traumatu či napadení nehtu plísňovým onemocněním je třeba se opět poradit s profesionálem.

Závěr

Existuje mnoho možností, jak neinvazivní cestou pomoci pacientům s unguis incarnatus. Jedná se například o tamponádu vkládající se pod okraje nehtu, odtahování bočních kožních valů od bolestivých míst, korekci stěsnaných prstů a zejména rovnání pomocí nehtových rovnátek, tzv. ortonyxií. Jejím cílem je nejen zbavit pacienta bolesti v co nejkratším čase, ale zejména pokusit se o trvalou nápravu nehtových plotének a zamezit výskytu případných recidiv. Výhodou ortonyxie oproti chirurgickým zákrokům je také absence pooperačních komplikací, stresu, lékové zátěže, dočasné imobility, pracovní neschopnosti u dospělých a narušení školní docházky u dětí. Konzervativní postupy vyžadují zkušenosti a cit ze strany ošetřujícího odborníka, disciplínu u dětí a spolupráci jejich rodičů. Velkou roli v péči o dětské nohy a nehty hrají prevence a edukace rodičů týkající se zejména správného ošetřování nehtů.

LITERATURA

1. Khunger N, Kandhari R. Ingrown toenails. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012; 78(3): 279–289.
2. Kreft B, Marsch WC, Wohlrab J. Kongenitale und postpartale Ungues incarnati. Hautarzt 2003; 54(11): 1083–1086.
3. Akbaş A, Kiliç F, Yakut H, Metin A. Nail Disorders in Children, a clinical study. Our Dermatol 2016; 7(2): 149–154.
4. Gresset-Kaliebe, Garzorz-Stark KN, Schnopp C, Weins A. Differenzialdiagnose häufiger Nagelveränderungen im Kindesalter [Differential diagnosis of common nail disorders in childhood]. Hautarzt 2021; 72(3): 225–231.
5. Litvik R. Repetitorium nejčastěji se vyskytujících pyodermií. Med. praxi 2017; 14(2): 87–89.
6. Martínez-Nova A, Sánchez-Rodríguez R, Alonso- Peña D. A New Onychocryptosis Classification and Treatment Plan. J Am Podiatr Med Assoc 2007; 97(5): 389–393.
7. Mozena JD. The Mozena Classification System and Treatment Algorithm for Ingrown Hallux Nails. J Am Podiatr Med Assoc 2002; 92(3): 131–135.
8. Moellhoff N, Polzer H, Baumbach SF, Kanz KG, Böcker W, Bogner-Flatz V. Unguis incarnatus – konservative oder operative Therapie? Ein praktischer Behandlungsalgorithmus. Unfallchirurg 2021; 124(4): 311–318.
9. Gera SK, Zaini PG DKH, Wang S, Abdul Rahaman SHB, Chia RF, Lim KBL. Ingrowing toenails in children and adolescents:

- is nail avulsion superior to nonoperative treatment? Singapore Med J 2019; 60(2): 94–96.
10. Heymanns M, Berger S, Würfel A. Behandlungsergebnisse eingewachsener Zehennägel beim Kind (Outcome of treatment of ingrown toe nails in the child). Handchir Mikrochir Plast Chir. 1997; 29(6): 307–313.
11. In Lazar L, Perez I, Katz S. A conservative treatment for ingrown toenails in children. Pediatr Surg Int 1999; 15(2): 121–122.
12. Shih Y, Huang Ch, Lee Ch, Lee W. Nail Brace Application: A Noninvasive Treatment for Ingrown Nails in Pediatric Patients. Dermatologic Surgery 2019; 45(2): 323–326.