

Inngrodde tånegler

Side 1 av 3

Dokumentplassering:
II.SOK.KAK.2.M.GEN-1Godkjent dato:
13.05.2025Revideres innen:
13.05.2027Sist endret:
14.05.2025Versjon:
1.01

Klinikknivå/Somatikk Kristiansand/Kirurgisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Lagt til referanse til PICO skjema og dokumentasjon av søk

HENSIKT

Inngrodde tånegler gir sterke smerter, hemmer pasienter i det daglige, og øker sjansen for å få infeksjon. Hensikten med prosedyren er å behandle neglen kirurgisk når konservativ behandling ikke har ført frem, det er dog viktig å merke seg at konservativ behandling skal alltid være utprøvd først.

MÅLGRUPPE

Lege som gjennomfører prosedyren med assistanse fra sykepleier.

PATOGENESE/SYMPTOMER

Inngrodd negl oppstår hos 2.5 - 5 % av befolkningen. En skarp kant av neglen penetrerer neglefolden og skaper en inflammatorisk reaksjon. Dette kan være forårsaket av feil negleklipping, for trangt fottøy, visse medikamenter m.m. Symptomer kan være smerte, rødme, hypergranulasjon, paronyki/infeksjon. (K)

INDIKASJONER/KONTRAINDIKASJONER FOR OPERATIV BEHANDLING

Konservativ behandling bør alltid være prøvd først. Dersom det ikke fører frem eller pasienten har uttalte plager, er det indisert med operativ behandling. Kontraindikasjoner inkluderer redusert blodforsyning, fenol er kontraindisert hos gravide, infeksjon er en relativ kontraindikasjon.

PROSEDYRER


Kilereseksjon er den mest brukte prosedyren. Dette bl.a. fordi den er simpel å gjennomføre, og har høy suksessrate (70 – 100 %). Fjerning av periungualt vev som ved Vandenbos-prosedyren kan brukes ved alvorlige kasuistikker med inngrodd negl, men har lengre tilhelingstid pga. fjerning av mye vev. (8)
Negleavulsjon uten matricektomi anbefales ikke grunnet høy residivrate. (2)

FREM GANGSMÅTE

Anbefalt kirurgisk metode baserer seg på Winograd-prosedyren (2), altså kilereseksjon med kirurgisk matricektomi (grunnet lokale forhold benyttes ikke fenol på SSK), siden denne prosedyren er enkel, har høy suksessrate, og er forbundet med relativt rask tilheling og lite komplikasjonsrisiko.

1. Pasienten liggende på ryggen med flektert kne og foten plantet på bordet/senga
2. Vaske operasjonsfeltet med Klorheksidin
3. Sette ledningsanestesi. Sjekke at det har effekt, eventuelt sette mer anestesi. Blodtomhet
4. Løfte opp den involverte neglefolden
5. Klippe neglen fra distalt mot proksimalt helt til neglerota
6. Fjerne neglekanten med nåleholder
7. Dersom mye granulasjonsvev kan man lage en incisjon fra proksimale neglefold og distalt til laterale neglefold og eksidere dette
8. Utføre matricektomi. Skjære i neglerota med kniv og eksidere matrix, deretter skrape med skarp skje.
9. Adapterende suturer settes. Bør ikke strammes for hardt ellers gjør det vondt når anestesen går ut

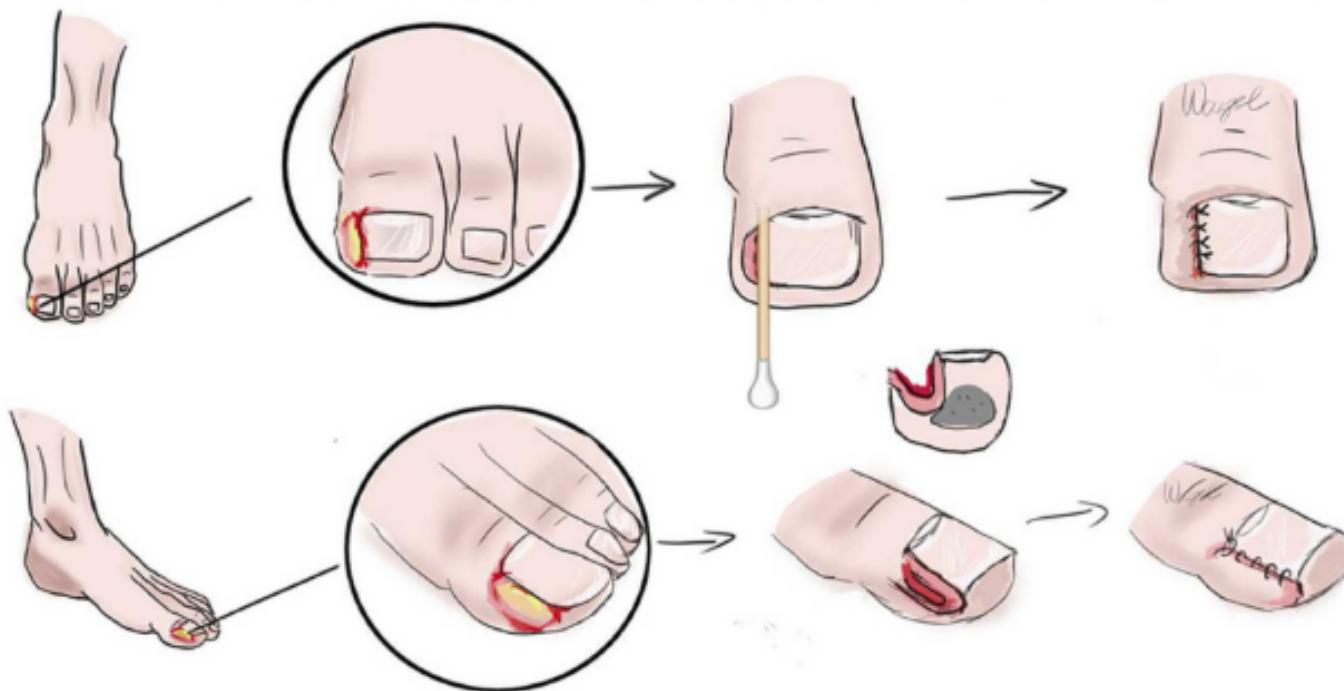
Utarbeidet av: Endrit Ujkani	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Verifisert av: []	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	Dok.nr: D60483
---------------------------------	-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------

		Inngrodde tånegler			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.KAK.2.M.GEN-1	Utarbeidet av: Endrit Ujkani	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 13.05.2025	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	Revisjon: 1.01

Klinikknivå/Somatikk Kristiansand/Kirurgisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

Videre

Tåa bandasjeres og pasienten blir liggende i seng i 20-30 minutter. Bandasjen som er satt på sykehuset bør ikke skiftes før det er gått 24 timer, deretter skiftes den etter behov. Pasienten kan dusje tåa først etter 48 timer. Suturer fjernes etter 14 dager, men kan også fjernes tidligere dersom det oppstår infeksjon eller smerter.



KOMPLIKASJONER

Infeksjon

Kirurgisk matricektomi var assosiert med høyere infeksjonsrate (15%) sammenliknet med kjemisk matricektomi med fenol (3%). (2)

Smerte

Kirurgisk matricektomi var assosiert med sterkere smerter postoperativt sammenliknet med kjemisk matricektomi med fenol. (2) Fenol er antiseptisk og har anestetiske (demylinerende) egenskaper. (3)

Tilhelingstid

Kjemisk matricektomi er rapportert å ta lenger å tilhele sammenliknet med kirurgisk matricektomi. (2)


Residiv

Fenol-matricektomi etter kilereseksjon er assosiert med redusert residiv av inngrodd tånegl sammenliknet med kilereseksjon alene. (2,7) I en systematisk oversikt er det ikke sett signifikant forskjell i residiv når man sammenlikner kjemisk mot kirurgisk matricektomi. (2,5) Fenol-etsing i tillegg til kirurgisk matricektomi har ikke vist å redusere residivrisiko. (8)

Kryssreferanser

[I.6.2.1.4-41](#)

[Metoderapport - Inngrodde tånegler](#)

 SØRLANDET SYKEHUS		Inngrodde tånegler			Side: 3
					Av: 3
Dokument-id: II.SOK.KAK.2.M.GEN-1	Utarbeidet av: Endrit Ujkani	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 13.05.2025	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	Revisjon: 1.01

Klinikknivå/Somatikk Kristiansand/Kirurgisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

[II.SOK.KAK.2.M.GEN-2](#) [Inngrodde tånegler - PICO skjema](#)

[II.SOK.KAK.2.M.GEN-3](#) [Dokumentasjon av søk - Inngrodde tånegler](#)

Eksterne referanser

1. Tosti A. Ingrown nails. In: Connor RF, editor. UpToDate [Internet]. Wolters Kluwer; 2024 [updated 2024 Jun 17; cited 2025]. Available from: UpToDate (18.02.25)
2. Clinical Overview: Ingrown Toenail Management and Toenail Removal. In: ClinicalKey. Elsevier; 2024. Updated October 8, 2021. Accessed December 14, 2021. <http://www.clinicalkey.com> (18.02.25)
3. [Vinay K., Narayan Ravivarma V., Thakur V., Choudhary R., Narang T., Dogra S. & Varthya S.B. \(2022\). Efficacy and safety of phenol-based partial matricectomy in treatment of onychocryptosis: A systematic review and meta-analysis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 36\(4\), 526-535. \(19.02.25\)](#)
4. [Chang H.-C. & Lin M.-H. \(2020\). Comparison of chemical matricectomy with trichloroacetic acid, phenol, or sodium hydroxide for ingrown toenails: A systematic review and network meta-analysis. Acta Dermato-Venereologica, 100\(4\), 1-2. \(19.02.25\)](#)
5. [Exley V, Jones K, O'Carroll G, Watson J & Backhouse M \(2023\). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials on surgical treatments for ingrown toenails part i: recurrence and relief of symptoms.. Journal of Foot & Ankle Research, 16\(1\), 35. \(20.02.25\)](#)
6. [Exley V, Jones K, O'Carroll G, Watson J & Backhouse M \(2023\). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of surgical treatments for ingrown toenails part ii: healing time, post-operative complications, pain, and participant satisfaction.. Journal of Foot & Ankle Research, 16\(1\), 55. \(20.02.25\)](#)
7. [Eekhof JAH, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, van der Wouden JC. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD001541. DOI: 10.1002/14651858.CD001541.pub3. Accessed 25 November 2024. \(20.02.25\)](#)
8. [Huang S, Wang J, Chen Z, Kang Y. Surgical interventions for ingrown toenail. Foot Ankle Surg. 2024 Apr;30\(3\):181-190. doi: 10.1016/j.fas.2023.12.003. Epub 2023 Dec 26. PMID: 38177051. \(20.02.25\)](#)
9. K – konsensus i fagmiljøet