

den Chirurgen doch noch mal bitten muss. Die Verwachsungen dieser Wildnagel-Sporne, die da „unterirdisch“ wachsen, können wir ganz einfach nicht in den Griff bekommen.

Liegt das an einer schlechten Arbeit im OP?

Nein! Es ist einfach eine sehr komplizierte Arbeit. Erstens schwimmt das Operationsgebiet buchstäblich ständig in Blut, was die Sicht unglaublich erschwert, zweitens gleichen die Hornzellen den Hautzellen. Es ist also ganz schwierig, unter diesen blutigen Bedingungen mit dem scharfen Löffel auch alles so entfernen zu können, dass auch wirklich die gesamte Nagelmatrix erwischt wird. Es können Restkeime bleiben, und die wachsen nach einer bestimmten Zeit wieder wild drauflos. Die meisten Rezidiv-Patienten kommen typischerweise genau ein Jahr nach der Operation, weil der Großzehennagel, der ja am häufigsten betroffen ist, zwölf Monate braucht, bis er von hinten nach vorne durchgewachsen ist. Es zeigt sich sehr starkes Granulationsgewebe. Bei noch nicht am eingewachsenen Nagel operierten Patienten setze ich eine sterilisierte 3TO-Spange als

sehr wirkungsvolles und schnelles Heilmittel bei Granulationsgewebe ein. Dies funktioniert bei Zustand nach Emmert-Plastik ganz oft nicht, da der Nagelsporn losgelöst vom Hauptnagel herauswächst und somit nicht mit der Spange am Nagel aus dem Wundbett herausgehoben werden kann.

Sehen Sie die Patienten wieder, nachdem die Chirurgie ein zweites Mal bemüht worden ist?

Die Patienten kommen sehr gerne zur Nachsorge, wenn alles abgeheilt ist. Sie wollen, dass der Rest des Nagels beim Rauswachsen begleitet wird. So kommen sie alle sechs Wochen zur Kontrolle. Wir schauen uns das an und greifen ggf. lenkend ein, wenn etwas nicht so wächst wie es soll. Und wir prüfen, ob sich in der Wachstumszone irgendetwas tut, was wir nicht haben wollen. Das sehen wir nun mal eher als der Patient.

Vielen Dank für das aufschlussreiche Gespräch! 🐾

Interview: Dorothea Kammerer

Erfahrungen bei der Spangenversorgung

Der Unguis incarnatus gehört in podologischen Praxen zur alltäglichen Problemstellung. Nicht selten leiden die Patienten schon seit Jahren unter Schmerzen. Mit einer Orthonyxiespange erreicht man fast immer eine sofortige Entlastung und Schmerzlinderung. Danach kommt es auf die Konsequenz der Patienten an. Über ihre Erfahrungen berichtet Anita Kahrman, Podologin in Halle (Westfalen).

Die Spangen, die der Markt bereithält, haben eine gute Qualität. So findet man immer das Modell, das für die individuellen Anforderungen des Patienten am besten passt. Ein großes Problem ist allerdings, dass fast alle Patienten sehr spät kommen. Das liegt nicht immer an den Patienten allein. Auch Ärzte versuchen oft lange Zeit, beispielsweise mit Antibiotika oder mit Betaisodona Salbe gegen die teilweise massiven Entzündungsreaktionen anzukämpfen. Diese Maßnahmen bleiben allerdings wirkungslos, da ja die Ursache dadurch nicht behoben wird.

So ist das Kind gewissermaßen schon im Brunnen. Die Chance, mit der einfachsten Therapie etwas bewirken zu können, ist dann häufig veran. Ich versuche trotzdem, eine Minimalbehandlung zu machen. Einerseits, um den Patienten nicht zu viel abzuverlangen, andererseits, um den Geldbeutel des Patienten zu schonen.

Welche Spange für welche Fälle?

Klebespangen reichen in bestimmten Fällen vollkommen aus und sind m. E. je nach Schweregrad einer Mykose auch in diesen Fällen anwendbar. Dünne Nägel sind von Vorteil. Dann kann ich die breiteren Klebespangen nehmen, die sind ein bisschen stärker. Bei der Klebespange kommt es schließlich auch darauf an, wo man sie setzt und welche man auswählt bzw. wie viel Zug man ausüben möchte.

Je nach Schweregrad und Allgemeinzustand nehme ich auch gern die 3TO-Spange bzw. VOH-Spange. Wenn ein Nagel seine Form verändert hat, wie das zum Beispiel beim Unguis convolutus oder nach einer Nagelpilz-Sanierung mit danach fehlendem Nagelfalz der Fall sein kann, setze ich auch gern die 3TO. Aber es kommt auf die Stärke der Nagelplatte an. Bei normalen Nägeln reicht auch hier manchmal die B/S oder B/S+.

Die B/S-Spange verwende ich eher dann, wenn beispielsweise nur einmalig falsch geschnitten wurde oder ein Teil des Nagels abgebrochen oder gesplittert ist. Dann reicht es in etlichen Fällen schon aus, den Nagel für einige Wochen im Wachstum zu unterstützen und aus dem Sulcus zu heben bzw. um das umlie-



Abb. 1–4: Rechte Großzehe einer 68-jährigen Diabetikerin. Der Nagel war aufgrund einer Pilzinfektion sehr instabil. Deshalb wurde hier ausschließlich mit der B/S-Spange therapiert.

gende Gewebe vom Nagel zu entlasten. Eine weitere Indikation für die Klebespange findet sich bei Diabetikern mit PAVK. Hier möchte ich den Nagelfalz nicht unnötig irritieren.

Was tun, wenn ein Nagelpilz dabei ist?

Wenn ein Nagelpilz vorliegt, muss man entscheiden: Was hat Priorität? Meistens stellen allerdings die Schmerzen die Priorität dar. Ich kann keine Antipilzlack-Therapie empfehlen und dann die Spange aufsetzen, das geht meistens nicht. Ich muss mir genau ansehen, wie weit sich der Pilz im Nagel bereits ausgebreitet hat. Nicht jeder Nagel ist so stark betroffen, dass er gleich auseinander fällt.

Meistens stelle ich in Abstimmung mit dem Patienten die Nagelpilzbehandlung hinten an. Die Nagelkorrektur begleite ich dann mit einer 40prozentigen Urea-Salbe, die einmal täglich dünn aufgetragen werden soll, um die Flexibilität des Nagels zu fördern. Damit kann man ein bisschen nachhelfen, auch wenn die Nägel etwas stabiler sind.

Mit der Pilzbehandlung warte ich, bis die Patienten beschwerdefrei sind, was ihre Nagelverformung bzw. die Einwachsung angeht. Manchmal reichen zwei oder drei Spangen, bei manchen Patienten dauert die Behandlung aber auch ein halbes bis dreiviertel Jahr. Das hängt ein Stück weit von der Geschwindigkeit des Nagelwachstums ab. Bei älteren Leuten

dauert es meist länger, weil die Nägel fester werden. Pauschalieren kann man auf diesem Gebiet aber nicht.

Hausaufgaben für die Patienten

Ich lasse die Klebespange manchmal auch länger als vier Wochen liegen. Ich weiß, das soll man ja eigentlich nicht, aber wenn die Spange gut sitzt und alles in Ordnung ist, dann kommen die Patienten nur zur Kontrolle. Dann wird tamponiert, und es gibt Hausaufgaben. Ich gebe all jenen, die sowohl hinsichtlich Gelenkigkeit und Feinmotorik wie auch hinsichtlich ihrer Sehkraft mit einem Exkavator-Doppelinstrument arbeiten können, ein solches Instrument mit. Außerdem bekommen sie Ligasano als Tamponadematerial und Octenisept zur Desinfektion. Ich zeige den Patienten, wie sie die Tamponade in den Falz einlegen können und wie sie diese Maßnahme vorbereiten. So entwickeln sie eine Fertigkeit, den Falz freizuhalten. Die Aufgabe: Octenisept Wundgel oder Panthenol mit der Tamponade einbringen. Das klappt in der Regel sehr gut. Bei akut entzündlichen Situationen empfehle ich meist eine entzündungshemmende Salbe aus der Apotheke und bitte um ein Telefonat innerhalb der darauf folgenden 48 Stunden, um zu erfahren, wie sich der Nagel verhält. Zudem bekommen Patienten mit Druckbeschwerden des Nachbarzehs ein Zwischenzehenpolster (zum Beispiel To-

foam) mit, um den seitlichen Kontakt zu vermeiden. Das bringt ebenfalls Linderung.

Die Patienten wollen die Schmerzen loswerden, deshalb arbeiten die allermeisten sehr gut mit. Ich weiß, wem ich Hausaufgaben mitgeben kann und wem eher nicht. Sehr betagten Menschen kann man das meistens nicht mehr abverlangen, aber die jungen Leute machen fast alle konsequent ihre Aufgaben. Vor allem die jungen Damen haben schließlich auch einen optischen Leidensdruck. Sie wollen zeitnah wieder ihre schönen Schuhe tragen können – und nicht die vom Papa.

Jugendlich und männlich – das sind eher die schwierigen Kandidaten. Ich habe zwar mehr Mädels in meiner Praxis, aber wenn es Probleme gibt, dann eher mit den Jungs. Zwischen 13 und 15 Jahren ist ein schwieriges Alter. Die Jungs wollen sich erst mal nicht helfen lassen, die schneiden ihre Nägel zu kurz und zu tief in die Ecken. Dazu Sport, weiche Nägel, Schwitzen ... da kommt alles zusammen. Sehr ungünstige Bedingungen! Aber dass jemand aus dieser Altersgruppe so gar nicht mitgemacht hat, das habe ich nie erlebt.

Drei Schritte vor und immer mal ein kleiner zurück

Ich erinnere mich an einen besonders schwierigen Fall. Bei einem damals 18-jährigen Mädels hat es zwei Jahre gedauert, bis wir die Sache im Griff hatten. Die junge Dame wollte auf gar

keinen Fall noch eine Operation. Sie hatte schon eine Emert-Plastik hinter sich und war damit voll auf die Nase gefallen. Sie kam mit einem Rezidiv. Ich habe ihr erklärt, was nun auf sie zukommt, wenn sie dieses Rezidiv nicht operativ korrigieren lassen möchte. Die Nägel waren extrem schmal, die Patientin war lange Zeit bei einer Fußpflegerin gewesen, die immer alles rausgeschnitten hat.

Mein Befund: Hypergranulation, Schwellungen, Nässe, Geruchsbefund. Gearbeitet habe ich mit der 3TO-Spange. Da hatte ich die BS-Spange noch nicht, sodass ich auch nicht – wie man das ja auch machen kann – gewechselt habe zwischen den beiden Spangentypen.

Ich habe klar gesagt: Ich kann es versuchen, aber versprechen kann ich nichts. Ich gebe den Patienten und mir in diesen Fällen grundsätzlich ein Zeitlimit. Niemand möchte eine Behandlung bis zum Sanktnimmerleinstag versuchen, das kann ich ohnehin keinem Patienten zumuten. Dieses Limit richtet sich individuell nach dem aktuellen Befund. Es kann über einige Wochen bis hin zu mehreren Monaten gehen. Es muss auf jeden Fall eine Tendenz zur Besserung erkennbar sein. Die Fotodokumentation hilft dabei, ebenso die Aussagen und Beobachtungen der Patienten.

Es wurde bei besagter Patientin immer ein bisschen besser, aber dann gab es immer wieder kleine Rückschläge. Genau in der Ecke, die wir eigentlich für gut befunden hatten, fing es immer wieder an, „unruhig“ zu werden. Bei diesem Fall war ich der Verzweiflung nahe. Es ging so drei Schritte vor und auch immer wieder einmal ein kleiner zurück. Aber so peu à peu – je nachdem was für ein Schuhwerk dann wieder getragen wurde – wurde die Sache besser.



Abb. 5–7: Rollnagel an rechten Großzehe bei 58-jährigem Patienten mit PAVK; Zustand vor und nach Amputation der zweiten Zehe. Bei diesem Patienten war es besser, zur Nagelkorrektur kein Metall zu verwenden. Hier kam ausschließlich die B/S-Spange zum Einsatz.



Abb. 8–12: Zustand am rechten Großzehnnagel einer 24-Jährigen, die ein einziges Mal zu tief geschnitten hat. Hier wurde je nach Zustand die Spangenform gewechselt. Zuhause hat die Patienten selbst mit Li-gasano tamponiert. Den Höllenstein wendete sie ebenfalls selbst an. Ganz fertig sind wir leider nicht geworden, weil die Patientin wegzog.

Auch auf ihre Handball-Trainingsstunden musste die Patientin erst mal verzichten. Das Anlaufen und stoppen ist einfach ganz schlecht! Nach zwei Jahren ist dann doch alles gut geworden und die junge Frau hat bis heute keine Schwierigkeiten mehr. Es ist eben oft eine Geduldsfrage.

Zum Glück bestand mit der Patientin eine vertrauensvolle persönliche Ebene, auf der wir sehr gut zusammenarbeiten konnten. Das muss sein. Wenn ein Patient seinen Behandler nicht ausstehen kann, dann ist die Sache zum Scheitern verurteilt. Die Patienten müssen sich ja auch von mir etwas gefallen lassen, ich habe keine Möglichkeit der Betäubung. Eisspray ist hier so gut wie wirkungslos. Das Lokalanästhetikum Emla dürfen wir nicht einsetzen. Wenn man gerade zu Beginn der Therapie auch mal einen Span rausnehmen muss, ist das manchmal sehr unangenehm. Ich sage das meinen Patienten vorher. Aber sie kommen natürlich trotzdem, weil sie vom Dauerschmerz befreit werden wollen – und erleben ja auch eine sofortige Entlastung.

Kommt die Spange mit in den Urlaub?

Ein Thema, das ab und zu in meiner Praxis zur Sprache kommt: Was ist mit der Spange im Urlaub? Ich rate meinen Patienten:

Kommen Sie vor dem Urlaub, dann prüfe ich noch einmal, ob die Spange richtig sitzt – und dann passiert auch nichts. Ansonsten müssen die Urlauber nichts beachten. Sie können baden und am Strand spazieren gehen, wandern, joggen, Rad fahren, reiten usw. – nur bitte keinen Bergab-Lauf!

Ein Spangenverlust während des Urlaubs ist in den 18 Jahren meiner Praxistätigkeit erst ein einziges Mal passiert. Das ist also die absolute Ausnahme. Manche meiner Patienten überwintern vier Monate in der Türkei. Denen klebe ich vor ihrer Abreise eine BS-Spange auf. Sollte die tatsächlich verloren geht, nun denn, es ist ein Einmal-Artikel. Aber es kann sich kein Haken lösen, der eventuell Verletzungen setzt. Für diese Fälle die optimale Lösung.

Protokoll: D. Kammerer

Korrespondenzadresse:

Anita Kahrmann
 Podologin
 Haferstr. 6, 33790 Halle (Westfalen)
 info@wohler-gehen.de