

Essentiell ist die Bluteere für die Darstellung der lateralen Matrixtaschen und für die Abgrenzung von Pigmentanomalien in der Matrix.

Intraoperativ wird auf eine elektrische Blutstillung verzichtet – wegen der unnötigen Traumatisierung und Gefährdung der Blutzirkulation.

Zum Wundverschluss wird resorbierbares Nahtmaterial der Stärke 5–0, 6–0, z.B. Vicryl®, PDS® oder Monocryl® verwendet. Vielfach genügen sterile Klebestreifen (z.B. Leukostrip®).

Für die Verbände wird sterile Fettgaze eingesetzt; bei Heilung per secundam intentionem haben sich Hydrogel- oder Hydropolymerverbände bewährt.

Postoperativ wird ein Polsterverband angelegt, und die Patienten werden zur Hochlagerung der betroffenen Extremität für 24–48 Stunden und zur Nikotinkarenz für 4–5 Tage (Vasokonstriktion!) instruiert ([4], [151]). Ein peripher wirksames Analgetikum (z.B. Ibuprofen) ist meist erforderlich und sollte 1–2 Stunden postoperativ eingenommen werden.

Der Verbandswechsel erfolgt in der Regel am 2. Tag post operationem, bei Schmerzen oder durchgeblutetem Verband früher, anschließend nach weiteren 3–5 Tagen. Bei infizierten Wunden sind täglich Verbandswechsel mit antiseptischen Präparaten (z.B. Polyvidonjod-Salbe, Octenilin® Gel) indiziert.

## Nagelavulsion (Nagelentfernung)

Es gibt nur noch wenige Indikationen für eine komplette Nagelavulsion. Am häufigsten wird diese wohl als Initialmaßnahme bei ausgeprägter Onychomykose mit schwerer Dystrophie der Nagelplatte durchgeführt – als Voraussetzung für eine effektive Therapie. Nach der Entfernung der Nagelplatte ist eine sorgfältige Kürettage der subungualen Keratosen erforderlich, die durch Pilzbefall des Nagelbettepithels entstehen ([151]). Bei der Extraktion ist insbesondere die Region der Nagelmatrix schonend zu behandeln. Dann folgt die externe und/oder systemische antimykotische Therapie zur Prophylaxe des erneuten Pilzbefalls im nachwachsenden Nagel.

Die Avulsion kann mit 2 Techniken erfolgen: von distal oder von proximal ([4]). Abhebung von distal: die Nagelplatte wird mit einem vorne abgerundeten Spatel, einer abgerundeten Schere ([147]) oder mit einer speziellen Nagelzange vorsichtig von distal nach proximal stumpf unterminiert und vom Nagelbettepithel abgelöst. Mittels halbkreisförmiger horizontaler Drehung wird die in der Mitte fixierte Nagelplatte aus den lateralen Matrixtaschen herausgelöst und vorsichtig von Kutikula und dorsalem Nagelfalz getrennt. Die erforderlichen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen folgen, anschließend wird ein nicht haftender Fettgaze- oder Salbenverband angelegt.

Für die Nagelavulsion von proximal werden zunächst das Nagelhäutchen und der proximale Nagelwall von der Nagelplatte abgelöst und diese mit einem Spatel oder stumpfen Häkchen von der Matrix nach distal abgehoben ([147]). Dieses Verfahren ist insbesondere für Eingriffe am proximalen Nageldrittel mit nur partieller Entfernung des Nagels geeignet ([153]).