

# Hoe groot is kleine chirurgie?

## Een literatuuronderzoek

W. J. H. M. VAN DEN BOSCH

---

Er bestaat een omschreven gebied waarbinnen de huisarts veilig, kostenbesparend en tot tevredenheid van zijn patiënten de kleine chirurgie kan bedrijven. Bij een goede aseptische techniek zal het gevaar voor postoperatieve infecties in de huisartspraktijk bovendien lager zijn dan in het ziekenhuis. Langzamerhand tekent zich binnen het geheel van theoretische mogelijkheden een aantal ingrepen af, waarbij de huisarts bij uitstek de behandelaar zou kunnen zijn. Voor deze ingrepen zou een standaard met betrekking tot de uitvoering gemaakt kunnen worden. Voor de meeste ingrepen zal dit op weinig problemen stuiten; bij een aantal aandoeningen zal het echter nodig zijn om met groepen huisartsen vergelijkend onderzoek te verrichten betreffende de methoden die tot de beste resultaten binnen de huisartspraktijk kunnen leiden.

---

## Inleiding

In het 'Basistakenpakket van de huisarts' worden de volgende verrichtingen op het gebied van de kleine chirurgie genoemd: het verwijderen van corpora aliena, incideren van abscessen, excideren van benigne huidtumoren en het hechten en verzorgen van eenvoudige wonden.<sup>1</sup>

Hoe gaan huisartsen om met dit deel van het vak? Waarop behoort de benodigde kennis en handvaardigheid gebaseerd te zijn? Is er iets bekend over de 'outcome' van het handelen van de huisarts op dit gebied? Om welke redenen moet de huisarts zich met dit deel van het vak bezighouden? Waar liggen de grenzen met het terrein van de specialisten?

Inhoudelijk gaat het hier om een zeer uitgebreid gebied. Daarom is dit literatuuronderzoek beperkt tot enerzijds de algemene aspecten van de kleine chirurgie en anderzijds één thema, dat als exemplarisch kan worden beschouwd: de behandeling van de ingegroeide nagel.

Als basis voor het onderzoek diende mijn eigen archief, sinds 1976 bijgehouden

den wegens mijn bijzondere interesse rond dit thema. Dit archief is later aangevuld met dat van collega Voorn, met wie ik enkele PAOG-cursussen kleine chirurgie heb voorbereid en uitgevoerd. De afgelopen jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* en *Huisarts Nu* konden gericht worden doorgenomen dankzij de beschikbare cumulatieve indices.<sup>2 3</sup> Daarnaast bestudeerde ik de laatste jaargangen van belangrijke tijdschriften als *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *British Medical Journal*, *Lancet* en *Journal of the Royal College of General Practitioners*, en enige nascholings tijdschriften, zoals *Update*, *Practitioner* en *Patient Care*. Veel ingangen in de Engelse literatuur kreeg ik door een overzichtartikel in *Family Practice*, dat gelukkigerwijs tijdens mijn onderzoek verscheen. Ter completering heb ik nog een literatuursearch laten verrichten bij het Royal College, waarbij echter geen belangrijke publikaties meer werden gevonden.

## De kleine chirurgie binnen de huisartspraktijk

Als de afgelopen 15 jaargangen van dit tijdschrift als maatstaf genomen worden voor de aandacht die een thema binnen de huisartsgeneeskunde heeft gekregen, kan worden gesteld worden dat de kleine chirurgie ver achteraan komt. Er werden slechts drie artikelen gevonden, waaronder het artikel van Voorn en mijzelf over de algemene aspecten van kleine chirurgie, waarin wij de ervaringen van de huisartsgeneeskundige conferenties over dit thema vermeldden.<sup>4</sup> *Gaymans* schreef in 1964 over de *no-touch*-techniek bij het hechten en *Fiseliervlijm* over het gebruik van cyanoacrylaatlijm.<sup>5 6</sup>

In *Huisarts Nu* werd niet veel meer gevonden. Behalve een specialistisch verhaal over chirurgie bij kinderen<sup>7</sup> bleek de oogst beperkt tot een praktijkvoorbeeld voor een wigexcisie en een onlangs gepubliceerd nascholingsartikel over een alternatieve behandeling van de ingegroeide nagel.<sup>8 9</sup>

In een redactioneel artikel in de Ne-

derlandse *Practitioner* wordt de zorg uitgesproken dat de kleine chirurgie het volgende deelgebied kan worden dat uit de handen van de huisarts naar de tweede lijn glijdt.<sup>10</sup>

In Engeland speelt hetzelfde probleem. In een uitgebreid overzicht stelt *Wall* dat te weinig huisartsen zich bezighouden met kleine chirurgie, hoewel er goed omschreven chirurgische procedures zijn, weinig complicaties en korte wachttijden. De werklast voor de huisarts is relatief laag, de economische voordelen zijn groot en de patiënten prefereren de behandeling door de huisarts boven die van de specialist.<sup>11</sup> Meer dan in ons land lijken vooral de financiële aspecten een rol te spelen. *Bull* houdt in 1974 al een pleidooi voor een kosten-batenanalyse voor de kleine chirurgie in de huisartspraktijk.<sup>12</sup> Behalve in een verbetering van de financiële vergoeding ziet hij oplossingen in verbetering van de behandelkamer en uitbreiding van verpleegstaf, met name in groepspraktijken en gezondheidscentra waarvan hij vindt dat er een ideale omgeving zou zijn om kleine chirurgie uit te voeren.

## Ingrepen

In het redactioneel commentaar in de *Practitioner* wordt een poging gedaan de kleine chirurgie voor de huisarts te omschrijven en in te delen. Er worden dan vier groepen onderscheiden:

- behandeling van kleine verwondingen;
- behandeling van ontstekingen;
- behandeling van kleine huidneoplasmata;
- injectietherapie met depotcorticosteroiden c.q. scleroserende behandeling van varices of hemorroiden.

In het kader van dit artikel lijkt het mij verstandig deze laatste behandelingen buiten beschouwing te laten. Ook de traumatologie blijft buiten dit kader. De taakafbakening rond de traumatologie wordt niet alleen bepaald door de individuele huisarts of specialist, maar ook door de gang naar de eerste hulp, die vooral in de steden de gang naar de huisarts heeft vervangen. Als huisartsen en ziekenhuizen al bereid zijn om deze ontwikkeling een halt toe te roepen, bestaan daarbij zoveel organisatorische en financiële problemen, dat er voorlopig niet veel zal veranderen. Wel zou een positieve taakopvatting ten opzichte van de kleine chirurgie een factor kunnen zijn bij de versterking van de plaats van de huisarts binnen de traumatologie.<sup>13</sup>

In het Verenigd Koninkrijk speelt hetzelfde probleem. De lijsten met verschillende verrichtingen laten, behalve op het gebied van de traumatologie, KNO, gynaecologie en oogheelkunde, een grote variatie aan ingrepen zien.<sup>12 14-20</sup> Het *kader* geeft een overzicht van de vaste kern en van de ingrepen waarover geen overeenstemming bestaat. Deze laatste ingrepen worden ook in Nederland niet tot de kleine chirurgie gerekend.<sup>4</sup>

Tegen het uitvoeren van deze ingrepen worden verschillende bezwaren aangevoerd. De betrokken aandoeningen zouden te weinig voorkomen om de huisarts ervaring te laten opdoen, het gevaar voor complicaties zou te groot zijn en het basisinstrumentarium en de beschikbare assistentie zouden onvoldoende zijn. Gesteld mag worden dat deze argumenten voor afzonderlijke huisartsen verschillend gewogen moeten worden. Zeker bij een huisarts die een aantal jaren in de ontwikkelingshulp heeft doorgebracht, kunnen sommige van bovengenoemde ingrepen tot de routine zijn gaan behoren. De literatuur geeft echter geen antwoord op de vraag welke ingrepen tot het basispakket van de huisarts zouden moeten behoren. Het afwegen van resultaten en complicaties tegen een kosten-batenanalyse tussen de huisartspraktijk en de poliklinische operatiekamer zou een goede achtergrond zijn voor een onderzoek opzet over dit thema.

Over de reacties van patiënten op de activiteiten van huisartsen rond kleine chirurgie is weinig gepubliceerd. Uit Engels onderzoek blijkt een grote tevredenheid van patiënten, met name door de korte wachttijden en de informele, weinig beangstigende sfeer.<sup>27 28</sup>

### Anesthesie

De anesthesie in de huisartspraktijk is beperkt tot middelen voor lokale verdoving. Geleidingsanesthesie wordt vooral toegepast voor verdoving van vingers en tenen. De bovenlip kan echter op deze wijze ook goed worden verdoofd.<sup>4</sup>

Over de gebruikte middelen en de techniek bestaat weinig discussie.<sup>29</sup>

### PA-onderzoek

In alle overzichtsartikelen wordt aangeraden om geëxideerde weefseldelen waarvan de benigniteit niet voor 100 procent vaststaat, aan te bieden aan de patholoog-anatoom.<sup>30 31</sup> *Muyrers* stuurde in 10 jaar 84 geëxideerde vorm-

sels die hij klinisch als benigne beschouwde, naar de patholoog-anatoom en werd in die 10 jaar nooit verrast door een onverwachte maligniteit. Om veiligheidsredenen acht hij het toch gewenst om alle weefsel naar de patholoog-anatoom te sturen.<sup>32</sup>

Ook hier ligt een taak voor uitgebreider huisartsgeneeskundig onderzoek, omdat met de gegevens uit één praktijk hierover geen conclusies getrokken kunnen worden.<sup>33</sup>

### Complicaties

Bij de complicaties wordt met name gedacht aan postoperatieve infecties. De gerapporteerde percentages patiënten waarbij postoperatief een wondinfectie optrad, liepen uiteen van 1 procent<sup>17 28</sup> tot 5 procent (2 wondinfecties bij 39 patiënten).<sup>15</sup> Deze percentages vallen in het niet bij de cijfers uit het ziekenhuis.

Bloedingen zijn, voor zover uit de literatuur bekend, bijna nooit een probleem. Bij de 869 operaties die *Wall* beschreef, kwam eenmaal een bloeding voor na een lipoomexcisie.<sup>17</sup>

Van specialistische zijde wordt vaak de zorg uitgesproken dat de huisarts niet in staat zou zijn een mogelijk maligne aandoening te herkennen.<sup>34</sup> Deze vrees is echter nooit geobjectiveerd.

### Hechten van wonden

Over het correct hechten van de postoperatieve wond is veel geschreven, maar weinig onderzocht. Bovendien wordt de geschreven informatie aan de huisarts bijna steeds aangereikt vanuit de specialistische setting. *Van den Bosch en Voorn* geven daarentegen een overzicht van te gebruiken materialen op basis van hun ervaring in een aantal nascholingscursussen.<sup>4</sup>

Er blijkt bij huisartsen veel behoefte te zijn aan informatie over de wijze van hechten.<sup>35</sup> Uit de vele publikaties op dit gebied kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

Belangrijk is een schone wond; een wondtoilet geeft een beter postoperatief resultaat dan de mooiste hechttechniek.<sup>36</sup> Het hechten van de diepere lagen bepaalt de breedte van het litteken.<sup>37 38</sup> Het gebruik van antibiotica wordt afgeraden. Uit een onderzoek van 100 patiënten met kleine traumatische verwondingen op een eerste hulpafdeling bleek dat een wondtoilet met hechten van deze gecontamineerde wonden zonder gebruik van antibiotica een uitstekend resultaat gaf.<sup>39</sup>

### Opleiding

De huisarts krijgt zijn basisopleiding kleine chirurgie tijdens het co-schap chirurgie. De mate waarin hij hierbij in aanraking komt met kleine chirurgische ingrepen, kan bepalend zijn voor zijn attitude in de praktijk. Tijdens de beroepsopleiding wordt weinig aandacht geschonken aan dit deel van het vak. Niet iedere beroepsopleiding heeft uitgebreide mogelijkheden voor praktische oefening.

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat dit probleem zich niet alleen tot Nederland beperkt.<sup>40</sup> Oplossingen zijn onder meer gezocht in het oefenen op dieren.<sup>41</sup>

### Grondslagen van het beleid

Wat is de wetenschappelijke achtergrond van de methode die huisartsen gebruiken voor de chirurgische behandeling van een bepaalde aandoening? Op dit moment is het in hoofdzaak de ervaring die het beleid bepaalt en niet methodisch verantwoord wetenschappelijk onderzoek. Onder die ervaring wordt dan vooral de ervaring van specialisten verstaan en niet de ervaring van huisartsen, met alle beperkingen die het gevolg zijn van het geselecteerde patiënten aanbod van de specialist.

Het beleid rond een bepaalde ingreep dat in de loop van de tijd tot stand is gekomen, lijkt de ene keer omschreven en algemeen aanvaard, de andere keer nog zeer controversieel. Als voorbeeld van dit laatste kan de therapie van de ingegroeide nagel gelden. Uit een inventarisatie onder huisartsen<sup>4</sup> en uit de reacties van de deelnemers aan nascholingscursussen blijkt dat de behandeling van de ingegroeide nagel vele scholen kent. Welke school men aanhangt, wordt vooral bepaald door de methode die de eerste opleider gebruikte en door positieve of negatieve ervaringen van de huisarts zelf met een bepaalde methode.

De literatuur is voor bijna 100 procent geschreven door chirurgen. Hieruit blijkt dat nog veel patiënten met een dergelijk ongemak worden verwezen naar de tweede lijn. De literatuur is onder te verdelen in verslagen van persoonlijke meningen van individuele behandelaars, beschrijvingen van de resultaten van kleine series die met een bepaalde methode zijn behandeld, en – als uitzondering – de beschrijving van een vergelijking tussen twee methoden.<sup>42 43</sup> Onderzoek door huisartsen is zeldzaam, doordat het onmogelijk is om in een praktijk voldoende patiënten te onder-

zoeken. De huisarts zal daarom de literatuur moeten selecteren en zelf de methode kiezen die het meest huisartsge-neeskundig toepasbaar is.

Het volgende literatuuronderzoek over de ingegroeide nagel is als voorbeeld gekozen om de wetenschappelijke achtergrond van een kleine chirurgische ingreep te demonstreren.

## De ingegroeide nagel

Over de behandeling van de ingegroeide nagel is veel gedacht en geschreven. Het probleem ligt in de laterale zijde van het nagelbed: de nagel groeit hier met een te sterke kromming en de nagelrand groeit in het weefsel naast de nagel, met als gevolg pijn, lokale infectie en de vorming van granulatiweefsel.

De aandoening wordt verdeeld in een aantal ernstgraden. In het lichtste geval staat de lokale pijn door de te sterke kromming op de voorgrond, in het ernstigste geval bestaat er een uitgebreide lokale infectie met granuloomvorming en pus onder de nagelrand. De aandoening kan dan eventueel aan beide zijden van de nagel voorkomen. De aandoening heeft sterk de neiging te recidiveren. De behandeling moet erop gericht zijn de laterale kromming te verminderen.

In de literatuur is er steeds een strijd tussen de conservatieven en de radicalen. Het eerste voorbeeld daarvan vinden wij in 1953 bij *Loos*, die – als reactie op de gangbare behandeling met verwijdering van een gedeelte van de nagel – een methode beschrijft waarbij de nagel wordt afgeschaafd met een glaszcherf om de druk van de laterale nagelrand te verminderen.<sup>44</sup> *Frenken* kan ook nog tot de conservatieven worden gerekend als hij in 1961 een pleidooi houdt voor elektrocoagulatie van het nagelbed met behoud van de nagel; een voor die tijd erg moderne therapie.<sup>45</sup>

In tegenstelling tot deze terughoudende behandelingen komt als basisbehandeling de wigexcisie in de mode.<sup>46</sup> Meer dan 20 procent van de huisartsen en de helft van de gevraagde chirurgen vinden zo'n wigexcisie niet tot de taak van de huisarts behoren.<sup>47</sup> Deze wigexcisie heeft een hoge morbiditeit van de patiënt, terwijl recidieven niet worden voorkomen.

Er zijn daarom nog radicalere operaties bedacht. *Palmer e.a.* nemen met de wig uit het nagelbed ook de omliggende weke delen mee,<sup>48</sup> *Crooke* beschrijft de excisie van een ellipsvormig huiddeel uit de laterale zijde van de teen om zodoen-

de de 'wal'vorming rond de nagel tegen te gaan<sup>49</sup> en *Moeremans* verlengt deze procedure tot een 7 cm grote huidflap rond de top van de teen.<sup>9</sup> Deze laatste twee methoden beïnvloeden de groei van de nagel in het nagelbed niet. Dit geldt ook voor het vijlen van de nagel.<sup>43</sup> <sup>50</sup> Een laatste symptomatische methode bestaat uit het aanbrengen van een metalen of kunststoffen gootje onder de nagelrand om te voorkomen dat deze ingroeit. *Wallace* vergelijkt een dergelijke methode met de nagelavulsie en met de wigexcisie in twee kleine onderzoekjes met patiënten met een ingegroeide nagel van verschillende ernst en krijgt niet meer recidieven bij een kortere behandelingsduur en minder morbiditeit.<sup>41</sup>

De meest logische methode voor behandeling van de ingegroeide nagel is eliminatie van het gedeelte van het nagelbed waarin de kromming van de nagel wordt aangelegd. De wigexcisie heeft ook de uitschakeling van dit gedeelte van het nagelbed tot doel. Als alleen het laterale deel van het nagelbed wordt geëxcideerd wordt gesproken van een partiële matrixexcisie. In een beperkt onderzoek van *Schutte* blijkt deze methode geen slechtere resultaten af te werpen dan de wigexcisie.<sup>51</sup>

Andere methoden tot eliminatie van het nagelbed zijn cauterisatie,<sup>45</sup> applicatie met NaOH,<sup>52</sup> cryobehandeling<sup>53</sup> en aanstippen met fenol.<sup>54-57</sup> <sup>43</sup> Vergelijking van deze laatste methode met andere methoden geven, voor zover dit gebeurd is, dat er niet meer recidieven optreden bij een korte en simpele behandeling, door de huisarts op het spreekuur uit te voeren, met een korte postoperatieve klachtentijd en weinig complicaties.

Geconcludeerd mag worden dat het beleid voor de huisarts minder controversieel zou hoeven zijn dan in het algemeen wordt aangenomen.

## Ongecompliceerde atheroomcyste

Als voorbeeld voor een algemeen aanvaard beleid voor een kleine chirurgische ingreep kan de behandeling van de ongecompliceerde atheroomcyste gelden. De basisbehandeling bestaat uit de excisie van de cyste samen met een ovaalvormig huiddeel dat de geobliteerde afvoergang bevat. Bij het losprepareren van de cyste wordt een stompe schaar gebruikt. De huidlaesie wordt gehecht.

Na verwijdering kan de cyste worden geopend, waarbij de witte, korrelige talg met de kenmerkende geur te voor-

schijn komt. PA-onderzoek zal dan in het algemeen niet nodig zijn.

Op deze behandeling zijn nauwelijks variaties beschreven.

## Beschouwing

Over kleine chirurgie is veel geschreven maar weinig door huisartsen. In het algemeen kan worden aangenomen dat er een omschreven gebied bestaat waarbinnen de huisarts veilig, kostenbesparend en tot tevredenheid van zijn patiënten de kleine chirurgie kan bedrijven. In de literatuur zijn geen overwegende bezwaren gevonden tegen het handelen van de huisarts rond een aantal omschreven kleine chirurgie ingrepen. Integendeel, bij een goede aseptische techniek zal het gevaar voor postoperatieve infecties lager zijn door het ontbreken van een gevaarlijke bacteriële ziekenhuisflora. De kostenbesparing kan aanzienlijk zijn als gekeken wordt naar het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten, reiskosten en werkverzuim.

Langzamerhand lijkt zich binnen het totale pakket van mogelijke ingrepen op het gebied van de chirurgie een aantal ingrepen af te tekenen, waarbij de huisarts bij uitstek de behandelaar zou kunnen zijn. Het zou een goede zaak zijn als deze ingrepen tot een standaardpakket aangenomen zouden kunnen worden. Voor iedere ingreep zou daarbij een standaard over de uitvoering gemaakt kunnen worden. Voor de meeste ingrepen zal dit op weinig problemen stuiten. Als echter gekeken wordt naar het uitzonderlijke aantal methoden voor de behandeling van de ingegroeide nagel, de enorme variatie in adviezen daaromtrent en het gebrek aan vergelijkend onderzoek zal het bij een aantal aandoeningen nodig zijn om met groepen huisartsen vergelijkend onderzoek te verrichten betreffende de methoden die binnen de huisartspraktijk de beste resultaten afleveren.

Dit alles overziend, denk ik dat er voldoende argumenten zijn om de kleine chirurgie voor de huisarts nog te laten groeien tot een meer volwassen formaat.

<sup>1</sup> Anonymus. Basistakenpakket van de huisarts. *Med Contact* 1982; 37: 1596-8.

<sup>2</sup> Meijman FJ. Register 1972-1986 van Huisarts en Wetenschap. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

<sup>3</sup> Anoniem. Cumulatieve index 1977-1986 Huisarts Nu.

<sup>4</sup> Van den Bosch WJHM, Voorn ThB. Klei-

- ne chirurgie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1986; 29: 243-7.
- 5 Gaymans FHC. De hechting van eenvoudige wonden volgens de 'notouch' methode. Huisarts Wet 1964; 7: 168-70.
  - 6 Fiselier MAAM, Van de Kooy S. Cyanoacrylaat als hulpmiddel bij de wondbehandeling. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 254.
  - 7 Leenders E. Kinderchirurgie in de huisartspraktijk. Huisarts Nu 1977 6: 37-45.
  - 8 Francois Ph, Buntinx F. Wigresectie. Huisarts Nu 1985 14: 67-9.
  - 9 Moeremans P. Haaiebekresectie van de nagelwal bij een ingegroeide nagel van de eerste teen. Huisarts Nu 1988 17: 13-7.
  - 10 Anoniem. Kleine chirurgie. Practitioner (NI) 1984; juni: 665-6.
  - 11 Wall DW. A review of minor surgery in general practice in the United Kingdom. Family Practice 1987; 4: 322-9.
  - 12 Bull JV. Minor operations in general practice. Update 1974; april: 1097-1101.
  - 13 Krishnadat JR. Eerste hulp bij acute ongevallen; huisarts tot last? Med Contact 1985; 40: 495-7.
  - 14 Stuart Browne J. Minor operations in general practice. Br Med J 1979; i: 1609-10.
  - 15 Cornell SJ. Minor surgery in general practice. Update 1985; 31: 925-8.
  - 16 Stuart Browne J. A minor operating list in general practice. Practitioner 1978; 221: 906-15.
  - 17 Wall DW. Minor surgery one general practitioner's experiences J R Coll Gen Pract 1982; 32: 480-2.
  - 18 Cantor TJ. The removal of papilomata and naevi. Physician 1985; july: 322.
  - 19 Julliard A. Pequena cirurgia de clinica geral. Rev Ass Med Brasil 1971; 17: 1-26.
  - 20 Srouji MN. Office care of lacerations in children. Clinical Pediatrics 1974 okt: 889-92.
  - 21 Stuart Brown. Kleine chirurgie voor de huisarts. Mod Med 1982; april: 651-6.
  - 22 Keeman JN. Kleine chirurgische ingrepen. deel 4. Phimosis. Med Magazine 1977; nov 42-53.
  - 23 Stuart Brown J. Het excideren van kysten, lipomen en lymfeklieren in de huisartspraktijk. Mod Med 1983; jan: 107-10.
  - 24 Druitt DM. Acute paraphimosis in infants and adults. Austr Fam Physician 1982 11: 555-8.
  - 25 Keeman JN. Kleine chirurgische ingrepen. deel 5. Traumatische ontstekingen Med Magazine 1977; dec 55-64.
  - 26 Anonymus. Thirteen shortcuts in office surgery. Surg Clin North Am 1975; 55: 1025-8.
  - 27 Johnson DB. Audit of surgical practice in a community hospital. Br Med J 1984; 288: 1293-4.
  - 28 Sharman J. Patient's response to a general practitioner minor surgery service. Practitioner 1986; 230: 27-9.
  - 29 Anoniem. Toepassing van middelen voor plaatselijke verdoving anno 1985. Geneesmiddelenbulletin 1985; 19: 61-6.
  - 30 Bras G. Pathologisch-anatomisch onderzoek op verzoek van huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 17-8.
  - 31 Steffelaar JW. de pathologische anatomie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 979-82.
  - 32 Muyrers PEM. Kleine tumoren. Huisarts en Wetenschap 1987; 30: 123-5.
  - 33 Meijman F. PA-onderzoek na kleine chirurgie: een paradox [Redactioneel commentaar]. Huisarts en Wetenschap 1987; 30: 99-100.
  - 34 Schrank AB. Minor operations by general practitioners. Lancet 1980; ii: 620.
  - 35 Goris RJA. Hoe leg ik hechtingen volgens Donati en hoe volgens Allgower? Vademecum 1985 3: 31.
  - 36 Holscher AA. Wondbehandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1972; 116: 886-90.
  - 37 Dusoff IM. Correct hechten, zeker.. maar hoe? Tempo Medical Nederland 1980 1: 923.
  - 38 Klein AE. Het hoe en wanneer van wondsluiting. Patient Care 1985; dec: 922.
  - 39 Gosnold JK. Treatment of minor lacerations. Practitioner 1978; 221: 931-5.
  - 40 Shamblium WR, Burleson RJ, Moss GN. Surgical training of family practice residents. J Fam Pract 1982; 15: 364-8.
  - 41 Stelle RE, Pemberton BLD. Teaching basic surgical skills to family medicine residents. J Fam Pract 1983; 17: 525-9.
  - 42 Wallace WA, Milne DD, Andrew T. Gutter treatment for ingrowing toenails. Br Med J 1979; ii: 168-71.
  - 43 Cameron PF. Ingrowing toenails; an evaluation of two treatments. Br Med J 1981; 283: 821-2.
  - 44 Loos JW. Behandeling van unguis incarnatus. Ned Tijdschr Geneesk 1953; 97: 1267.
  - 45 Frenken JH. De behandeling van de ingegroeide nagel. Ned Tijdschr Geneesk 1961; 105: 1873-5.
  - 46 Hoffman FR. De ingegroeide nagel. Ned Tijdschr Geneesk 1971; 115: 1538-9.
  - 47 Rutten G, Beek M, Van Eijk J. Kleine chirurgie, door wie? Med Contact 1985 40: 367-8.
  - 48 Palmer BV, Lang Stevenson D. Modified operation for ingrowing toenails. Br Med J 1976; ii: 367.
  - 49 Crooke P. The ingrowing toenail. Austr Fam Phys 1981; 10: 808.
  - 50 Touw JPM. De ingegroeide nagel Ned tijdschr Geneesk 1971; 115: 1862.
  - 51 Schutte PR. Partiële matrixexcisie als behandeling van de ingegroeide nagel. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1868-70.
  - 52 Thornington MJ. Toenail avulsion. Can Fam Phys 1983; 29: 951-2.
  - 53 Sonnex TS, Dawber RPR. Treatment of ingrowing toenails with liquid nitrogen spray cryotherapy. Br Med J 1985; 291: 173-5.
  - 54 Hadley DI. The treatment of ingrowing and horny toenails. Practitioner 1985; 299: 833-6.
  - 55 Keeman JN. De ingegroeide nagel Ned Tijdschr Geneesk 1986 130: 1431-4.
  - 56 Stuart Brown J. Ingegroeide teennagels; een eenvoudige en doeltreffende behandeling. Mod Med 1983; aug: 1328-9.
  - 57 Miller SS. Ingrowing toenails. Br Med J 1985; 291: 173-5.