

Fenoltherapie bij een ingegroeide nagel

Een retrospectief onderzoek

S.S.H. MOONEN
J.C. BAKX
W.J.H.M. VAN DEN BOSCH

Moonen SSH, Bakx JC, Van den Bosch WJHM. Fenoltherapie bij een ingegroeide nagel. Een retrospectief onderzoek. *Huisarts Wet* 2000; 43(3):115-6.

Vraagstelling Heeft de introductie van de fenolbehandeling bij een ingegroeide nagel geleid tot een verandering in het aantal verwijzingen naar de chirurg, en wat is het recidiefpercentage bij fenolbehandeling?

Methoden Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR). Twee groepen werden geselecteerd: cohort A waarbij de diagnose 'ingegroeide nagel' was gesteld in de periode 1974-1978, vóór de fenolbehandeling, en cohort B waarbij de diagnose was gesteld in de periode 1987-1991, na de introductie van de fenolbehandeling.

Resultaten De incidentie van de ingegroeide nagel bleek te zijn toegenomen. In cohort B (n=157) vonden geen verwijzingen naar de chirurg plaats, in cohort A (n=119) waren dat er 9. Het aantal recidieven bij fenolbehandeling bedroeg 24 procent, tegen 10 procent bij wigexcisie.

Beschouwing Het recidiefpercentage van de fenolbehandeling was groot. In de literatuur, gebaseerd op onderzoeken in de tweede lijn, werden recidiefpercentages tussen 0 en 11 procent gevonden. Mogelijke oorzaak van het hoge recidiefpercentage is een te korte fenolisatietijd. In de literatuur wordt het laagste recidiefpercentage gevonden bij een fenolisatie van drie minuten, waarbij elke minuut een nieuwe wattenstaaf wordt gebruikt.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 229 HSV, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Mw. S.S.H. Moonen, arts; J.C. Bakx, huisarts;
prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts.
Correspondentie: J.C. Bakx.

Inleiding

Een ingegroeide teennagel is een veel voorkomende klacht in de huisartspraktijk. Het gaat om een niet-ernstige aandoening, die echter veel hinder kan veroorzaken. Vooral jongeren (75 procent) komen met deze klacht bij de huisarts.¹ In de loop der jaren zijn verschillende behandelings technieken ontwikkeld,² waarbij werd gestreefd naar een compromis tussen een acceptabel cosmetisch resultaat en het voorkomen van recidieven. Jarenlang was de wigexcisie de meest toegepaste therapie: na Oberst-anesthesie wordt een wig van de ingegroeide nagelrand verwijderd tot in de nagelriem, gevolgd door excisie van de nagelmatrix en het nagelbed.³ De partiële nagelextractie is te beschouwen als een vereenvoudigde wigexcisie, zonder excisie van matrix en nagelbed. In ernstige gevallen of bij recidieven werd een totale nagelavulsie uitgevoerd,⁴ eventueel met nagelmatrix-excisie⁵ of met verwijdering van een omliggende huidlap.^{6,7} Ook conservatieve behandelingen zijn ontwikkeld, zoals vijlen van de centrale nagelplaat,⁸ of elevatie van de distale nagelhoek uit de nagelgroeve.⁹ Aan deze behandeling werd de voorkeur gegeven bij een minder ernstige vorm van ingegroeide teennagel.

In 1969 beschreef Ross de fenolcauterisatie.¹⁰ Hierbij wordt met behulp van een rechte schaar een wig van de nagel verwijderd tot onder de nagelriem, waarna de nagelmatrix wordt ingewreven met een in fenol gedoopte wattendrager. Uit diverse onderzoeken – met recidiefpercentages van 0 tot 11 procent – is gebleken dat deze eenvoudige therapie te verkiezen is boven wegexcisie.¹¹⁻¹⁶ Deze onderzoeken zijn echter uitgevoerd in de tweede lijn. Wij waren daarom benieuwd naar het resultaat van de fenolbehandeling in de huisartspraktijk.

In dit retrospectieve onderzoek probeerden wij de volgende vragen te beantwoorden:

- Verandert het percentage chirurgische verwijzingen wegens een ingegroeide nagel na de introductie van fenolbehandeling?

- Hoe vaak treedt een recidief op na fenolbehandeling van een ingegroeide nagel in de huisartspraktijk?

Methoden

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van de gegevens van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR).¹⁷ In de CMR wordt alle aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit geregistreerd. Specialistische verwijzingen worden vastgelegd, ook als die buiten de huisarts om plaatsvinden. De ingegroeide nagel wordt volgens de gemodificeerde E-lijst geregistreerd onder de diagnose 'ziekten van de nagel'.

Alle huisartsen van de CMR-praktijken zijn tussen 1984 en 1987 fenoltherapie gaan toepassen. Daardoor was het mogelijk retrospectief twee groepen samen te stellen: cohort A (1974-1978) en cohort B (1987-1991). In eerste instantie werden alle personen bij wie gedurende beide tijdvakken de diagnose 'ziekte van de nagel' was vastgelegd, geïdentificeerd. Nadere selectie vond plaats door middel van kaartonderzoek; hierbij werden uitsluitend personen met een eerste episode van een ingegroeide nagel geselecteerd. Van een eerste episode werd gesproken wanneer de aandoening niet eerder of langer dan drie jaar vóór de actuele diagnose was opgetreden. Dit tijdsverloop werd gekozen omdat recidieven vrijwel altijd binnen drie jaar optreden.¹² Van een recidief werd gesproken indien de klachten minimaal drie maanden na behandeling waren teruggekomen; herhaling van de klachten binnen drie maanden werd beschouwd als onvoldoende behandeling.

Resultaten

Cohort A bestond uit 119 personen, 60 mannen en 59 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd op het moment van de diagnose van 33,5 jaar. Cohort B bestond uit 157 personen, 85 mannen en 72 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 39,5 jaar;

Vergeleken tussen beide groepen is het

Tabel Behandelingen voor de ingegroeide nagel bij cohort A (1974-1978) en cohort B (1987-1991). Afgeronde percentages

	Cohort A n=119	Cohort B n=157
Chirurgische behandeling	8	—
Behandeling door huisarts		
– conservatief	35	56
– partiële extractie en wigexcisie	37	9
– fenolbehandeling	—	33
– anders	4	1
– onbekend	16	1

aantal conservatieve behandelingen toe- genomen, en is het aantal verwijzingen naar de chirurg afgenomen (*tabel*).

Bij 12 van de 51 patiënten die een fenol- behandeling hadden ondergaan, trad een recidief op. Geslacht en leeftijd bleken hierbij niet van invloed.

Beschouwing

Het aantal nieuwe diagnoses 'ingegroeide nagel' bleek te zijn toegenomen bij een ge- gelijk blijvende CMR-populatie van onge- veer 12.000 personen. Wel is er binnen de populatie een geleidelijke toename van het aantal volwassenen geweest.¹⁷

Voor het onderzoek werden alleen eer- ste episoden geselecteerd. Wanneer alle gevallen in de beschouwing worden be- trokken, zien we eveneens een toename. In de jaren zeventig werd in de huisartsprak- tijk ongeveer zeven maal per jaar de diag- nose 'ingegroeide nagel' gesteld, in de ja- ren negentig was dat gemiddeld zeventien keer het geval.¹⁸ Het aantal chirurgische verwijzingen daalde daarbij van 20 naar 1,5 procent.

Niet met zekerheid is te zeggen wat het aandeel van de fenolbehandeling is ge- weest. Er is ook een stijging van het aantal conservatieve behandelingen opgetreden; dit kan betekenen dat patiënten vaker met

een minder ernstige vorm van een inge- groeide nagel het spreekuur bezoeken. Wellicht dat ook de positieve resultaten van onderzoeken naar conservatieve be- handelingstechnieken, zoals vijlen en na- gelhoekellevatie een bijdrage hebben gele- verd.⁹

De recidiefpercentages bij fenolbehan- deling lopen in de literatuur – gebaseerd op onderzoek in de tweede lijn – uiteen van 0 tot 11 procent.¹¹⁻¹⁶ In ons onderzoek vonden wij een aanzienlijk hoger percen- tage. Een verklaring voor dit verschil is niet met zekerheid te geven. De fenolisa- tietijd zou een rol kunnen spelen. De huis- artsen in de onderzoekspraktijken han- teerden in het algemeen een fenolisatietijd van één tot twee minuten, hetgeen moge- lijk te kort is. *Morkane et al.* adviseerden de wattenstaaf twee tot drie keer te vernieu- wen om zo een totale applicatietijd van drie minuten te bereiken.¹³ In dat onder- zoek kreeg 4 procent een recidief. *Issa & Tanner* fenoliseerden ook drie minuten en hadden een recidiefpercentage van 8 pro- cent.¹⁹ In die gevallen waarin zij tevens een *debulking* (verwijdering van zichtbare nagelmatrix en omringend geïnfecteerd weefsel) uitvoerden, deed zich geen enkel recidief voor. De combinatie van langduri- ge fenolisatie (inclusief elke minuut ver- wisselen van de wattenstaaf) en *debulking* gaf het beste resultaat.

Literatuur

- 1 Keeman JN. Kleine chirurgische ingrepen. De heelkundige behandeling van de ambulante pa- tiënt. Utrecht: Bunge, 1995.
- 2 Van den Bosch WJHM. Hoe groot is de kleine chirurgie? Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1988;31:32-5.
- 3 Winograd AM. A modification in the technic of operation for ingrown toenail. JAMA 1929;92: 229-30.
- 4 Murray WR, Bedi BS. The surgical management of ingrowing toenails. Br J Surg 1975;62:409-12.
- 5 Zadik FR. Obliteration of the nailbed of the great toe without shortening of the terminal phalanx. J Bone Joint Surg (Am) 1950;32B:66-7.
- 6 Crooke P. The ingrowing toenail. Austr Fam Phys 1981;10:808.
- 7 Moeremans P. Haaiebekresectie van de nagelwal bij een ingegroeide nagel van de eerste teen. Huisarts Nu 1988;17:13-7.
- 8 Trouw JPM. Partiële matrixexcisie (ingezon- den). Ned Tijdschr Geneesk 1981;125:441.
- 9 Reijnen JAM, Goris RJA. Conservative treat- ment of ingrowing toenails. Br J Surg 1989;76: 955-7.
- 10 Ross WR. Treatment of the ingrown toenail and a new anaesthetic method. Surgical Clinics of North America 1969;49:6.
- 11 Cameron PF. Ingrowing toenails: an evaluation of two treatments. BMJ 1981;283:821-2.
- 12 Young MRA, Rutherford WH. Re-operation rate for ingrowing toenails treated by phenolization: 3 year follow-up. Br J Surg 1987;74:202-3.
- 13 Morkane AJ, Robertson RW, Inglis GS. Segmen- tal phenolization of ingrowing toenails; a rando- mized controlled study. Br J Surg 1984;171:526- 7.
- 14 Van der Ham AC, Hackeng CAH, Yo TI. The trea- tment of ingrowing toenails, a randomised com- parison of wedge excision and phenol cauterisa- tion. J Bone Joint Surg 1990;72B:507-9.
- 15 Byrne DS, Caldwell D. Phenol cauterization for ingrowing toenails: a review of five years' expe- rience. Br J Surg;76:598-9.
- 16 Varma JS, Kinninmonth AWC, Hammer-Hodges DW. Surgical wedge excision versus phenol cau- terization for ingrowing toenails. J R Coll Surg Edinb 1983;28:331-2.
- 17 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Tweede druk. Utrecht: Bunge, 1994.
- 18 Bakx C. Ingegroeide nagel. Bijblijven 1998;14: 32-4.
- 19 Issa MM, Tanner WA. Approach to ingrowing toenails: the wedge resection/segmental phenoli- zation combination treatment. Br J Surg 1988;75: 181-3.