

# Urine veroorzaakt geen decubitus. Decubitus, de stand van zaken 1.

**Auteur:** T. Defloor

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1999

**Pagina:** 53-55

**Jaargang:** 6

**Nummer:** 3

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:** Voor de figuren wordt verwezen naar desbetreffende Nursing.

**Kernwoorden:** decubitus incontinentie drukkrachten schuifkrachten risicoscore

1. Bours, G.J.J.W., Halfens, R.J.G., & De Winter, A. (1998). Landelijk prevalentieonderzoek decubitus. Maastricht 2. Belgische Werkgroep voor Kwaliteitszorg ter Preventie van Decubitus. (1998). Decubitus en zijn kwaliteitsindicatoren. Resultaten nationale audit 5 juni 1997 en vergelijking 1995-1996-1997. Brussel: Belgisch Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu 3. Defloor, T. (1996).

Weefseltolerantie en het risico op decubitus. *Verpleegkunde*, 11(3), 131-142 4. Defloor, T. (1997). De mythe van polyurethaan folie bij decubituspreventie. *Nursing*, (4), 21-23 5. Derre, B. (1998). Evolutie van beginnende decubitus op intensieve zorgen. Gent,

**Literatuur:** Verpleegwetenschap, niet-gepubliceerde eindverhandeling - Bakker, H. (1992). Herziening consensus decubitus. (1 ed.). Utrecht: CBO - Garber, S.L., Campion, L.J., & Krouskop, T.A. (1982). Trochanteric pressure in spinal cord injury. *Arch.Phys.Med.Rehabil.*, 63(11), 549-552 - Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Clinical practice guideline number 3. (1987). Rockville. Agency for Health Care Policy and Research

Laten we het nog maar eens duidelijk zeggen: decubitus ontstaat door druk en schuifkrachten. Incontinentie kan letsels veroorzaken die sterk lijken op doorligwonden, maar het niet zijn. Hetzelfde geldt voor schaafkracht. In drie korte artikelen beschrijft verpleegwetenschapper Tom Defloor de stand van zaken rond decubitus.

Tijdens de landelijke decubitusprevalentiemeting bleek dat in Nederland niet minder dan 11.8 % van de patiënten in algemene ziekenhuizen en 14.9 % van de patiënten in verpleeghuizen decubitusletsels (roodheid niet inbegrepen) hebben.<sup>1</sup> Ook in België is het decubitusprobleem groot.<sup>2</sup>

Toch wordt de ernst van het probleem vaak onderschat. Decubitus kan zich immers manifesteren als klein, snel genezend letsel, maar kan ook evolueren tot een groot, pijnlijk, diep ulcus, dat soms niet meer geneest en waaraan een patiënt kan overlijden.

## Verwarring met incontinentieletsels!

Decubitus en incontinentieletsels worden vaak met elkaar verward. Bij incontinentie en vooral bij langdurig huidcontact met urine, treden soms huidletsels op. Door langdurig contact met urine kan de huid verweken. Er ontstaat roodheid en de oppervlakkige huidlagen gaan stuk. Deze incontinentieletsels worden vaak aangezien voor decubitus. Zo vindt bijvoorbeeld het spleetvormig letsel met witte, verweekte randen ter hoogte van de bilnaad zijn oorsprong in vochtigheid en het inwerkende effect van urine en feces. In de praktijk is het niet eenvoudig een onderscheid te maken tussen drukletsel en incontinentieletsel. Het vergt training en ervaring.

Niet alleen de vorm van het letsel, de kleur of de wondranden geven informatie over de aard van de wond. Ook elementen zoals de locatie van het letsel, de aanwezige vochtigheid, het gebruikte materiaal, de aanwezigheid van incontinentie, diarree, de lichaamshouding en de bewegingen van de patiënt kunnen van belang zijn. Een onderscheid maken tussen beide soorten letsels is van groot belang, omdat ze ieder een totaal andere aanpak vergen. De behandeling van huid- of weefselletsels omvat huidbeschermende en huidherstellende maatregelen. Hier kunnen beschermende crèmes en transparante folies een oplossing bieden. De huid krijgt dan bescherming tegen verdere verweking en aantasting door urine en feces. Wisselgigging, luchtkussens, watermatrassen of andere drukreducerende maatregelen hebben geen effect. Deze letsels werden immers niet veroorzaakt door druk en schuifkracht.

## Risicoschalen

Volgens de Nortonschaal, die gebruikt wordt om het risico op decubitus van een patiënt in te schatten, heeft een patiënt die incontinent is een hoger risico op decubitus. De Nortonschaal probeert aan te geven of een patiënt deel uitmaakt van de groep patiënten met een hoog decubitusrisico. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van enkele gemakkelijk herkenbare kenmerken van deze groep. Deze kenmerken zijn niet noodzakelijk direct gerelateerd aan decubitus. Zo wordt incontinentie vaker vastgesteld bij decubituspatiënten. Maar dit wil niet zeggen dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen incontinentie en decubitus.

Decubituspatiënten hebben immers vaker een slechte algemene toestand, die gepaard kan gaan met het optreden van incontinentie. Op hoge leeftijd komen decubitus en incontinentie vaker voor. Niet incontinentie bevordert dan het ontstaan van decubitus, maar wel de slechte algemene toestand of de hoge leeftijd. Acties die specifiek gericht zijn op het beperken van de incontinentie hebben dus geen effect op het optreden van decubitus.

In de Bradenschaal, een andere vaak gebruikte risicoschaal, die afgeleid is van de Nortonschaal, is het item 'vochtigheid van de huid' opgenomen. De vraag is of dit terecht is. Door de patiënten die regelmatig huidcontact hebben met urine als risicopatiënt aan te duiden, werkt deze schaal in de hand dat incontinentieletsels onterecht als decubitusletsels worden gezien. Ook incontinentieletsels worden voorspeld als decubitus. Vermoedelijk daalt de voorspellende kracht van de Bradenschaal als incontinentieletsels niet langer als decubitus worden omschreven. Verder onderzoek hierover zou de moeite waard zijn.

## Schaafwonden

Ook een frictieletsel is geen decubitus. Het kapot schuren van de huid door continue wrijving over ruwe lakens of door dwangmatige bewegingen leidt tot subepidermale blaarvorming en

verlies van oppervlakkige huidlagen. Er ontstaan schaafwonden, maar geen decubitusletsels. Dergelijke schaafwonden treden vooral op ter hoogte van ellebogen, de hielen, enkels of knieën.

Ook voor schaafwonden betekenen drukreducerende maatregelen geen snellere genezing. Huidverzorgende maatregelen helpen deze letsels wel genezen of misschien zelfs voorkomen.<sup>4</sup> Verwar schaafkracht niet met schuifkracht. Schaafkracht schaaft de huid stuk. Het veroorzaakte letsel is slechts een huidletsel. Door schuifkracht verschuiven weefsellagen, waardoor de bloedstroom in het gedrang komt. Letsels ontstaan dan eerst in de diepere weefsellagen en worden pas in tweede instantie zichtbaar aan het huidoppervlak.

Welke maatregelen noodzakelijk zijn, is afhankelijk van de vraag of het gaat om schaafwonden, incontinentieletsels of om decubitus. Het voorkomen van decubitus gebeurt vooral door de grootte en de duur van de druk en de schuifkracht te verminderen.

## Kader 1

### Verschijningsvormen van decubitus

Er bestaan tientallen indelingen van decubitus. Om geen verwarring te veroorzaken, raden zowel de Amerikaanse decubitusconsensus (Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults, 1987) de Europese consensus (Jepuap, 1998) als de Nederlandse consensus (Bakker, 1992) aan om alleen de volgende indeling te gebruiken:

#### Stadium 1: Niet-wegdrukbaar roodheid

De Amerikaanse consensus omschrijft sinds 1998 ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)) stadium 1 decubitus als niet-wegdrukbaar roodheid van de gezonde huid. Dit kan gepaard gaan met verkleuring van de huid, warmte, oedeem of verharding van het weefsel. Bij een donkere huid gaat het om een observeerbare, drukgerelateerde verandering van de intacte huid die gepaard kan gaan met een wijziging in een of meerdere kenmerken:

- huidtemperatuur (hoger of lager dan de omgevende huid);
- weefselconsistentie (vast of week);
- gevoeligheid (pijn, jeuk).

Klinisch is het bij personen met een lichte huidskleur zichtbaar als een afgeijnde zone met blijvende roodheid en bij personen met een donkere huidskleur als een afgeijnde zone met blijvende rode, blauwe of paarse huid.

Om het onderscheid te kunnen maken tussen wegdrukbaar roodheid (geen decubitus) en niet-wegdrukbaar roodheid (decubitus) kan een drukschijfje gebruikt worden.<sup>5</sup> Zo'n schijfje bestaat uit een transparant, afgerond stukje plastic met een diameter van ongeveer vijf cm. Het laat toe druk uit te oefenen op de huid om vervolgens te observeren of de huid wit gedrukt kan worden of niet.

#### Stadium 2: Blaarvorming of ontvelling

Aantasting van de huid (partiële huiddikte) met inbegrip van dermis of epidermis of beide. Het letsel is oppervlakkig en is klinisch observeerbaar als een ontvelling of een blaar.

Ook een opengesprongen blaar wordt gerekend tot stadium 2.

#### Stadium 3: Oppervlakkige decubitus

Letsel van de huid (volledige huiddikte) met inbegrip van beschadiging of necrose van het subcutane weefsel. Het letsel kan zich uitstrekken tot aan (maar niet doorheen) de onderliggende fascia, maar tast deze laag nog niet aan.

Klinisch is het letsel zichtbaar als een diepe krater, al of niet met ondermijning van het aanpalende weefsel.

#### Stadium 4: diepe decubitus

Letsel van de huid (volledige huiddikte) met uitgebreide vernietiging, weefselnecrose of beschadiging van spier, bot of ondersteunend weefsel (bijvoorbeeld pees of gewrichtskapsel). Ondermijning van het weefsel of sinusvormige letsels zijn mogelijk.

De vier stadia worden beschouwd als vier verschijningsvormen van decubitus en niet als fasen die elkaar noodzakelijk opeenvolgen. Decubitus kan bij sommige patiënten beginnen als een blaar of een oppervlakkige of zelfs diepe decubitus. Soms kan een blaar zich direct ontwikkelen tot een zwarte necrotische plek (diepe decubitus).

## Kader 2

### Oorzaken van decubitus

Decubitus is een degeneratieve verandering van het weefsel, veroorzaakt door zuurstoftekort. Dit zuurstoftekort is het gevolg van druk en schuifkrachten. Of de duur en de intensiteit van de druk en de schuifkracht leiden tot een zuurstoftekort in de weefselcellen, wordt beïnvloed door de weefseltolerantie (zie figuur 1).

#### 1: Ontstaan van decubitus

Druk is te omschrijven als een kracht die loodrecht op het weefsel wordt uitgeoefend (zie figuur 2). Als deze druk hoger is dan de capillaire druk, kan de bloedstroom in de capillairen en de lymfstromen in de lymfevaten belemmerd raken. Dit kan ertoe leiden dat het weefsel onvoldoende zuurstof en voeding krijgt, en dat de afvoer van afvalproducten verstoord raakt.

#### 2: Druk en schuifkracht

Schuifkracht is een kracht die evenwijdig aan het weefsel wordt uitgeoefend (zie figuur 2). Deze kracht ontstaat bij een halfzittende houding in bed of op een stoel. Het skelet en de diepe fascia (peesbladen die de spieren bedekken) glijden hierbij door de zwaartekracht naar beneden, terwijl de huid en oppervlakkige fascia, door de hogere wrijvingscoëfficiënt met stoelzitting of matras, niet meeglijden. Deze verschuiving van twee weefsellagen ten opzichte van elkaar leidt tot uitrekking, afknikking en eventuele afscheuring van de verbindende bloedvaten, met als gevolg een zuurstoftekort in het weefsel. Druk en schuifkracht zijn steeds samen aanwezig en versterken elkaars effect.

De weefseltolerantie voor druk en schuifkracht verschilt van persoon tot persoon en wordt soms ook de individuele gevoeligheid voor druk en schuifkracht genoemd.<sup>3</sup> Het bepaalt of de aanwezige druk en schuifkracht groot genoeg zijn en lang genoeg duren om decubitus te doen ontstaan. De weefseltolerantie voor druk wordt bepaald door factoren die het effect van druk en schuifkracht op het weefsel beïnvloeden. Voorbeelden zijn weefselvolume, leeftijd en mate van uitdroging. Deze factoren bepalen mede de drukspreidende capaciteit van het weefsel. De factoren die gegroepeerd worden onder weefseltolerantie voor zuurstof, hebben een effect ofwel op de zuurstoftoevoer ofwel op de zuurstofbehoefte van het weefsel. Zolang de toevoer van zuurstof in de weefsels de behoeften dekt, ontstaat geen decubitus. Maar wanneer de zuurstoftoevoer daalt of wanneer de zuurstofbehoefte van het weefsel toeneemt, dan stijgt het risico op decubitus. Voorbeelden van dergelijke factoren zijn koorts, anemie en atherosclerose.

#### 3: Decubitus en weefseltolerantie

Het effect van weefseltolerantie is te illustreren met het beeld van een balans (zie figuur 3). De lengte van de machtarm ('weefseltolerantie') bepaalt mede hoe snel de balans doorslaat en hoe snel dus decubitus ontstaat. Het effect van preventieve maatregelen is niet alleen afhankelijk van de grootte en de duur van de druk en schuifkracht, maar ook van de weefseltolerantie.

Tom Defloor, verpleegkundige, wetenschappelijk medewerker Verpleegwetenschap  
Universiteit Gent