

DRUK OP VOCHTLETSELS

E. Koopman, R.H. Houwing*

Eind januari 2007 verscheen een artikel in Medisch Contact met als titel "vochtigheidsletsel is 'gewone' decubitus".⁽¹⁾

Dit artikel heeft tot veel reacties geleid in de algemene pers en in verpleegkundige vaktijdschriften. Gezien de commotie, maar ook omdat er toenemende verwarring is over vochtletsels, lijkt het ons goed met dit artikel te reageren.

INLEIDING

Volgens de Nederlandse definitie (CBO 2001) is decubitus iedere vorm van weefselschade, veroorzaakt door druk- schuif en of wrijfkraften. Hel lijkt zo simpel, maar het ontbreekt ons nog steeds aan goed onderzoek om veel van de antidecubitus aanbevelingen wetenschappelijk te kunnen onderbouwen.

Dat de diagnose decubitus een lastige is, bleek toen de cijfers van de jaarlijks prevalentie meting decubitus (LPOD) werden gecorrigeerd op het voorkomen van graad 1. De helft van alle decubitus gevallen bleek een graad 1 te zijn. De diagnose van oppervlakkige vormen van decubitus en de differentiatie met andere huidafwijkingen op de billen is echter niet eenvoudig.

Sinds 2005 is onder aanvoering van prof. Dr. Tom Defloor getracht om de vaardigheid in diagnostiek van decubitus te trainen, het zogenaamde Pressure Ulcer Classification System.

In dit classificatie systeem (PUCLAS) wordt een onderscheid gemaakt tussen decubitus letsels en vochtigheidsletsels (moisture lesions). Dit onderscheid is vervolgens gebruikt in de instructie voor de observatoren van het jaarlijks prevalentie onderzoek, door de universiteit Maastricht. De PUCLAS, met het begrip vochtigheids letsel, is overgenomen door de EPUAP.

AANLEIDING

Aangezien "vochtigheidsletsel" een geheel nieuwe diagnose is, hebben wij in het Deventer Ziekenhuis onderzoek gedaan, naar patiënten met deze huidafwijking op de billen.

De conclusie van dit onderzoek luidt:

- Waar de diagnose vochtigheidsletsel wordt gesteld blijkt dit in bij 33% van de patiënten een klassieke graad 2 decubitus met uitgebreide tekenen van ischaemie. Op het klinisch beeld kon dit niet voorspelt worden.
- Bij de overige 66% bleek er sprake van een irritatief patroon, met soms verlies van epidermis. Waarschijnlijk spelen schuif- en frictie krachten op de vochtige huid een grotere rol dan op de droge huid. Ook lijkt het dat de huid die is aangetast door de invloed van urine en faeces gevoeliger is voor uitwendige belasting.

Het advies van EPUAP om bij twijfel over de diagnose eerst 24 uur te wachten voordat gestart wordt met wisselhoudding en andere drukontlastende maatregelen, lijkt derhalve niet juist. Behandeling van de incontinentie; goede huidverzorging zijn zeer belangrijk, maar drukontlastende maatregelen als wisselhoudding mogen niet onthouden worden. Op basis van het klinisch beeld bleek het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen vochtigheidsletsel en 'echte' decubitus, training in dezen lijkt niet zinvol.

HET ARTIKEL

Aangezien onze kritiek op het begrip vochtigheidsletsel geen weerklank vond in de EPUAP, een schrijven van ons niet werd beantwoord, tegengesteld op verpleegkundige congressen genegeerd werd, besloten wij een artikel te schrijven voor Medisch Contact, het officiële orgaan van de KNMG.

Naast de kritiek op het begrip vochtigheidsletsel, werd ook aandacht besteed aan de prevalentie cijfers die beïnvloed worden door dit onderscheid. Immers, indien 3% van alle patiënten een 'vochtigheidsletsel' zouden hebben, dan betreft dit 20% van alle decubitus gevallen. De redactie van Medisch Contact gebruikte de kop "Witwaspraktijk poetst doorligcijfers instellingen op" als aandachtstrekker. Dit is gezien de reacties van kranten en overige pers gelukt.

Helaas werd geen aandacht meer besteed aan de inhoud van onze boodschap: *Vochtletsels beschouwen als decubitus; mee laten tellen in de prevalentie- en incidentie metingen; en onderzoek doen hoe we deze vorm van decubitus het best kunnen behandelen.*

HOE VERDER

Onderzoek is nodig om de volgende vragen te kunnen beantwoorden: wat is de belastbaarheid van de huid onder vochtige omstandigheden, hoe kunnen we letsel door de invloed van vocht het best behandelen, welke therapie is het meest geschikt voor bescherming van de huid, hoe pakken we de incontinentie problematiek aan, welke preventieve maatregelen zijn hier noodzakelijk, wisselhoudding om de huid aan de lucht te drogen en zijn dure anti-decubitus matrassen wel of niet noodzakelijk? Vragen die beantwoord moeten worden, voor een goed preventie- en behandelingsplan, die door alle betrokkenen gesteund wordt.

Behandeling en preventie van decubitus vereist een interdisciplinaire

samenwerking. Artsen, verpleegkundigen en wetenschappers hebben elkaar hard nodig. Het uitwisselen van inzichten, argumenten en onderzoeks resultaten zijn hier noodzakelijk voor. Pas dan kunnen we op basis van Evidence Based Practice, behandelings adviezen geven.

* E. Koopman, wond / decubitus consultant Deventer Ziekenhuis

R.H. Houwing, dermatoloog Deventer Ziekenhuis

LITTERATUUR

Ronald Houwing, Eddy koopman, Jeen Haalboom. Vochtigheidsletsel is 'gewone' decubitus.
Medisch Contact 2007 ;62(3):103-5

RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEUR

ALLE ARTIKELN WORDEN VERSTUURD NAAR:

Redactie WCS Nieuws
Hoofdlaan 15
3051 XD Rotterdam

VERZENDING VAN KOPIJ:

Kopij en illustraties (behalve foto/dia materiaal) moeten in drievoud worden ingezonden. Daarnaast dient het artikel aangeleverd te worden via E-mail: voorz@wcs-nederland.nl of op CD. Digitaal opgeslagen illustraties dienen 1 maal uitgeprint aangeleverd te worden. Het digitale bestand dient duidelijk vermeld te worden, wat betreft gebruikte programmatuur. Ieder artikel dient vergezeld te zijn van een brief met de naam, adres en telefoonnummer van de voornaamste (eerste) auteur. De titel, functie en instelling en eventuele vermelding van betrokkenheid tot het onderwerp wordt vermeld onder het artikel.

SAMENSTELLING ARTIKEL:

Samenvatting met maximaal 200 woorden, indien mogelijk ook in het engels. Inleiding

Patiënten, materiaal, methode, of eventuele casuïstiek
Resultaten
Discussie en conclusie
Literatuurvermelding

Omvang van het artikel kan in overleg met de redactie van de Nieuwsbrief. Bij zeer grote artikelen kan een opsplitsing plaatsvinden en wordt het artikel in twee of meerdere delen gepubliceerd.

LAY-OUT VAN HET ARTIKEL:

In de tekst kan naar de literatuurlijst verwezen worden door het nummer van de betreffende referentie tussen haakjes te plaatsen. De nummering van de referentie verloopt dan ook in de volgorde van de verwijzing in de tekst. Figuren, tabellen en foto's zijn genummerd en moeten aan de achterzijde voorzien zijn van de naam van de auteur. Elke figuur of tabel heeft een eigen onderschrift.

Voorbeeld literatuurverwijzing van tijdschriften:

Rasch LJP, van Putten M. De charcotvoet: wat is dit en hoe te behandelen: WCS Nieuwsbrief 1998; 4: 19-21.

Voorbeeld literatuurverwijzing van boeken: Auteur EEN. (jaartal) Titel boek. Uitgever; Plaats.

INHOUD ARTIKEL

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel. Elk artikel wordt beoordeeld op relevantie voor de doelgroep van de WCS, door de WCS commissie die een relatie heeft met het onderwerp. Indien het artikel relevant is wordt het, indien het een wetenschappelijk onderzoek betreft, voorgelegd aan enkele reviewers ter beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit. Na accordering zal het artikel binnen een jaar geplaatst worden. Reproductie is toegestaan, mits de auteur en de uitgever schriftelijke toestemming hebben gegeven en naam van auteur en tijdschrift duidelijk worden vermeld.

Bij het benoemen van producten wordt uitgegaan van de neutrale positie van de WCS. Producten derhalve dan ook bij voorkeur benoemen als stofnaam, of als productgroep.