

# DECUBITUS GRAAD 4 (DIEPE DECUBITUS) MET INTACTE HUID BIJ EEN DWARSLESIE PATIËNT

C.C.W. Theunissen, J.T. Zeilstra,\* P.C. van Voorst Vader, S.H. Kardaun, F.W.J. Leeman\*

Ook bij intacte huid moet er gedacht worden aan decubitus. Het snel herkennen van decubitus is van belang om oorzakelijke factoren weg te nemen en uitbreiding te voorkomen. Een multidisciplinaire benadering is daarbij onontbeerlijk. In dit artikel wordt een rolstoelgebonden dwarslaesiepatiënt beschreven, die decubitus graad 4 (diepe decubitus) met intacte huid ontwikkelde ter plaatse van de trochanter major links, waarschijnlijk door interne druk. Er wordt ingegaan op de oorzaken van decubitus bij dwarslaesiepatiënten.

## SUMMARY

Even with intact skin the possibility of pressure sores should not be dismissed. Early recognition of a pressure sore is important for adequate treatment and prevention of progression. Multidisciplinary intervention is essential. A wheelchair patient with spinal cord injury is described, who developed a pressure sore grade IV with intact skin at the left site of the trochanter major, probably caused by internal pressure. Causes of pressure sores in spinal cord injury patients are discussed.

Dat men ook bij een intacte huid aan decubitus moet denken bewijst

onderstaande casus. Dwarslaesiepatiënten vormen een belangrijke risicogroep voor het ontstaan van decubitus en een chronisch beloop daarvan. Onderstaande casus betreft een dwarslaesiepatiënte, die een diepe decubitus (graad 4 decubitus) ontwikkelde met een intacte huid.

## ZIEKTEGESCHIEDENIS

### ANAMNESE

Een 25-jarige vrouw bezocht de polikliniek wegens een progressieve zwelling ter plaatse van de linker heup, sinds 2 maanden bestaand. De klachten begonnen in eerste instantie met een rode plek. Later ontstond

ook schilfering en secundaire hyperpigmentatie. Ze had geen pijnklachten en kon zich geen trauma herinneren. De huid bleef steeds intact.

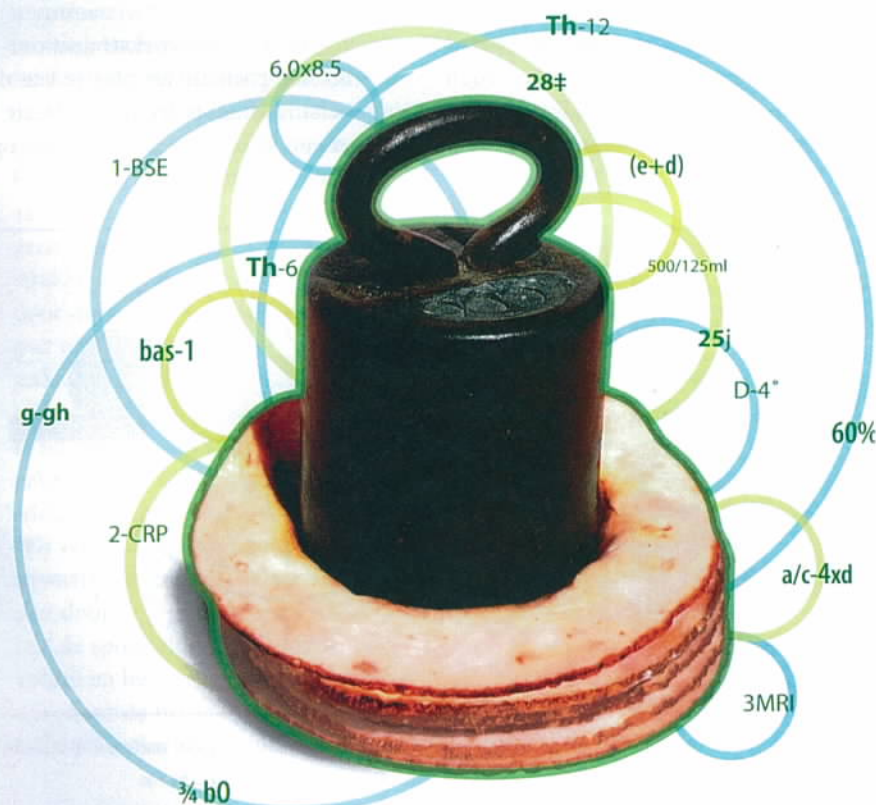
De voorgeschiedenis vermeldde in januari 2004 spondylodese na een auto-ongeluk, waarbij een dwarslaesie ter hoogte van Th-12 ontstond. De uitval was motorisch compleet en sensibel incompleet. Daardoor werd zij rolstoelgebonden, met adequate aanpassingen van zitkussen en rolstoel, beoordeeld door de afd. Revalidatie, die patiënte begeleidde. Zij was niet incontinent en deed aan zelfcatheterisatie. Er waren toenevend beenspasmen. Medicatie: paracetamol, baclofen, oxybutynine en zo nodig bisacodyl klysma's.

### DERMATOLOGISCH ONDERZOEK

Ter hoogte van de linker trochanter major was een solitaire, scherp afgrensbare, subcutane tumor palpabel, 6,0 x 8,5 cm groot, vrij beweegbaar ten opzichte van de onderlaag. Ter plekke toonde de huid scherp begrensde roodheid met atrofie blanche-achtige witte lijnen plus schilfering, omringd door hyperpigmentatie (figuur 1).

### HISTOPATHOLOGISCH ONDERZOEK

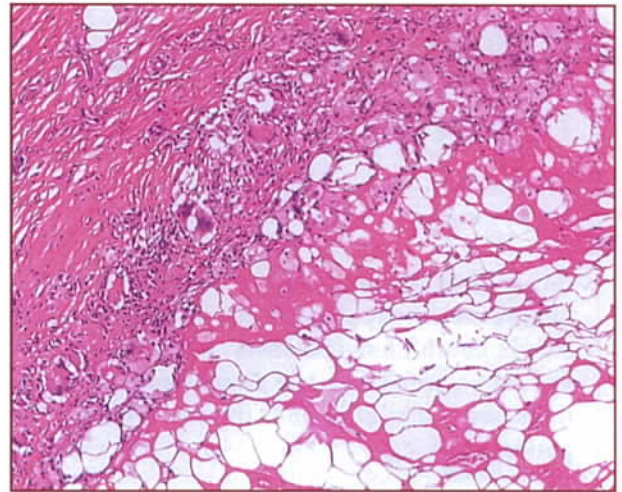
Een ponsbiopsie en een incisiebiopsie toonden littekenweefsel. Het plastisch chirurgische totale excisiepreparaat liet een intacte epidermis zien, tevens dermaal en subcutaan littekenweefsel, maar ook subcutaan uitgebreide vetnecrose plus een gering lymfocytair ontstekingsinfiltraat (figuur 2). Daarin waren enkele multinucleaire reuscellen en schuimcelmacrofagen zichtbaar.







Figuur 1. Pathologische, maar intacte huid ter plaatse van de dermale/subcutane fibrotische tumor op de linker heup.



Figuur 2. Histopathologisch onderzoek van de tumor op de linker heup: dermaal/subcutaan fibrose, tevens subcutaan vetnecrose met geringe ontsteking.

#### LABORATORIUM ONDERZOEK

BSE, CRP, leukocyten, leukocyten differentiatie: normaal.

#### BEELDVORMEND ONDERZOEK

Duplex onderzoek: tot een diepte van ongeveer 3 cm een echo-dense, niet ingekapselde structuur. MRI: subcutaan het beeld van vetnecrose, geen aanwijzingen voor bursitis, osteomyelitis of reactief oedeem.

#### CONSULT DECUBITUS TEAM

Niet optimale rolstoel situatie. Het fixeren van de wervels met behulp van plaatmateriaal had gevolgen voor de flexibiliteit van de ruggegraat. Er ontstond daardoor een loodrechte druk van de torso op het bekkendeel, waardoor de trochanters beiderzijds extra druk naar buiten

ontvingen. Dat werd versterkt door spierversval.

#### DIAGNOSE

Decubitus graad 4 (diepe decubitus) met intacte huid door interne druk ter plaatse van de trochanter major links bij een dwarslaesiepatiënt, met dermaal/subcutaan fibrosering.

#### BEHANDELING EN BELOOP

Patiënte werd gezien door de orthopedisch chirurg, die een bursitis en onderliggende osteomyelitis uitsloot. Patiënte ontwikkelde na een cystitis, behandeld door de huisarts, malaise, koorts en blaas- en darm incontinentie. Wegens de kans op sepsis werd opnieuw antibiotische behandeling ingezet. Gestart werd met amoxicilline/clavulaanzuur, 4 maal

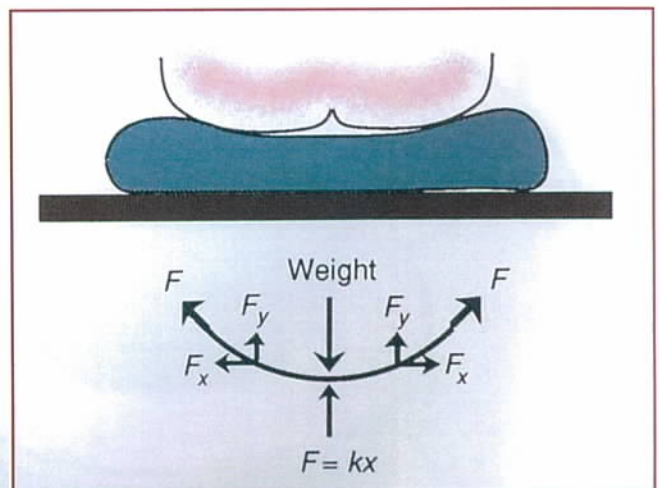
daags 500/125 mg gedurende een week, met goed effect.

Om het risico op uitbreiding van de decubitus ter plaatse van de tumor op de linker heup te verminderen, werd de tumor geëxcideerd door de plastisch chirurg. De huid werd gesloten middels een fasciocutane rotatielap. De wond genas voorspoedig. Follow-up vond plaats bij de afd. Revalidatie. Na het verwijderen van het plaatmateriaal van de spondylodese uit de wervelkolom zullen opnieuw drukmetingen plaatsvinden en zo nodig rolstoel aanpassingen.

Tijdens het onderzoekstraject ontwikkelde patiënte ter plaatse van de trochanter major rechts een laesie met een klinisch beeld gelijkend op



Figuur 3. Maculaire roodheid ter plaatse van de trochanter major rechts, waar MRI onderzoek subcutane vetnecrose aantoonde, net als op de linker heup.



Figuur 4. Het "hangmateffect": een foam kussen met weinig rekbare hoes geeft toename van de membraanspankracht  $F_y$ .



de initiële laesie ter linker zijde, namelijk maculaire roodheid (figuur 3). MRI onderzoek toonde ook daar ter plekke vetnecrose, echter in mindere mate dan links. Zij ondervond daarvan geen hinder en progressie bleef uit. Voor deze laesie werd een expectatief en preventief beleid gevoerd.

### BESPREKING

Decubitus wordt gedefinieerd als schade aan de huid en onderliggend weefsel veroorzaakt door druk-, schuif-, wrijfkrachten en/of een combinatie daarvan. Bij decubitus graad vier is er sprake van aantasting met weefselnecrose en/of schade aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels met of zonder schade aan epidermis en dermis.<sup>1</sup> Bij de beschreven casus is er sprake van graad vier decubitus met intacte huid. Naar wij aannemen heeft de necrose van de diepe decubitus tot dermale/subcutane fibrosering geleid.

Deze diepe decubitus lijkt te zijn ontstaan door een combinatie van de volgende drukfactoren: a) door de "permanente" zithouding veranderden de interne drukkrachten, waarbij de spiermassa van het niet dominante (aangedane) been het eerste afnam, daardoor ontstond een asymmetrische houding en krachtenverdeling; b) rond het benige uitsteeksel van de trochanter major ontstond daardoor een grote interne druk op een relatief klein oppervlak. Er werd in eerste instantie gedacht aan het "hangmatfenomeen", hetgeen wordt veroorzaakt door een te strakke hoes om het zitkussen, waardoor de drukverdelende eigenschappen van het kussen teniet worden gedaan. Dat zou het risico op decubitus hebben versterkt door zijwaartse schuifkrachten (figuur 4).<sup>2,3,4</sup> Onze patiënt bleek echter wel degelijk een adequaat roho-zitkussen te hebben. Wij veronderstellen dan ook, dat de zijwaartse schuifkrachten ontstonden door de rigiditeit ten gevolge van de spondylodese van de wervelkolom en het verlies van spierkracht, waardoor de beide trochanters naar buiten werden "geduwd".

In het algemeen geldt, dat bij dwars-

laesiepatiënten de collageenbiosynthese verstoord is door toename van het collageen metabolisme. Toegenomen excretie van glucosylgalactosyl hydroxylysine in de urine is geassocieerd met het ontwikkelen van decubitus.<sup>5</sup>

Bij een letsel boven Th-6, hetgeen hier niet het geval was, ontbreekt tevens het compensatiemechanisme van de huid door veranderingen in het autonome zenuwstelsel. Een goede regulatie van de lichaamstemperatuur ontbreekt daardoor. De verstoorde huidcirculatie wordt versterkt door een functionele afname van adrenerge receptoren.<sup>4,6</sup> De subcutane bloeddorstrooming (vertraagde reflow) neemt bij dwarslaesiepatiënten bij weinig druk al af.<sup>6</sup> Dat alles tesamen maakt de huid van een dwarslaesiepatiënt extra kwetsbaar voor decubitus. Ongeveer 40 % van alle dwarslaesiepatiënten ontwikkelt vroeg of laat decubitus.<sup>4</sup> De trochanter is één van de voorkeurslokaties.<sup>4</sup>

**Afd. Dermatologie, Universitair Medisch Centrum, Groningen.**

**\* Lid UMCG Wondteam**

**Correspondentieadres:**

**Mw. C.C.W.Theunissen, Afd.**

**Dermatologie, UMCG, Postbus 30.001,**

**9700 RB Groningen; E-mail adres:**

**c.c.w.theunissen@derm.umcg.nl**

Met toestemming overgenomen uit NTDV  
2006;16:2;90-92

### LITERATUUR

1. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Decubitus. Tweede herziening. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden communications B.V., 2002.
2. Defloor T, Dehoucke J. Decubitus: van oorzaken tot preventie. Dwingeloo: KAVANAH, 1999.
3. Denne WA. The hammock effect in wheelchair cushions covers. *Paraplegia* 1981; 19: 38-42.
4. Webster JG. Prevention of pressure sores. Engineering and clinical aspects. Bristol, Philadelphia and New York: Adam Hilger, 1991.

5. Rodriguez GP, Garber SL. Prospective study of pressure ulcer risk in spinal cord injury patients. *Paraplegia* 1994; 32: 150-8.
6. Teasell RW, Arnold JM, Krassioukov A, et al. Cardiovascular consequences of loss of supraspinal control of the sympathetic nervous system after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 506-16.

**WCS /S/E/R/V/I/C/E/**

### FUNCTIEBESCHRIJVING DECUBITUSCONSULENT

Het WCS-DN heeft een functiebeschrijving gemaakt over de functie van decubitusconsulent. Deze beschrijving is een hulpmiddel om te komen tot een functietypering voor uw eigen organisatie.

De folder kost € 2,- (exclusief verpakings- en verzendkosten).

**BESTELLEN KAN VIA:**

- **INFO@WCS-NEDERLAND.NL**
- **VIA WWW.WCS-NEDERLAND.NL**
- **BESTELKAART ACHTERIN HET WCS NIEUWS**