



Huidafwijkingen rond en onder een stomaplak

R.H. Houwing, S. Oosterlaar *

Peristomale huidaandoeningen komen vaak voor. Ongeveer driekwart van alle stomapatiënten krijgt ooit last van de huid rond een stoma (1,2). Door huidproblemen kan een stomaplak niet meer goed hechten. Patiënten met een stoma zijn afhankelijk van goed werkend en hechtend opvangmateriaal. Als zij hier niet meer op kunnen vertrouwen, en het stomamateriaal kan gaan lekken, heeft dit voor hen grote sociale consequenties (3). Het is daarom belangrijk dat de oorzaak van de huidaandoening wordt gevonden zodat snel de juiste therapie wordt ingezet. In dit artikel bespreken wij drie casussen van patiënten met peristomale huidaandoeningen.

Casus 1

Een 68-jarige vrouw met een gevoelige irritatie van de huid naast haar ileostoma wordt gezien op het spreekuur van de stomaverpleegkundige (foto 1). Als gevolg van de geïrriteerde huid plakt het stomamateriaal minder goed op de huid. Door deze slechte hechting komt er feces tussen de huid en de plak, waardoor de huid verder wordt aangetast. De stomaverpleegkundige beoordeelt de huid en met name de achterkant van de stomaplak. Aan de achterkant is te zien dat er feces tussen huid en stomaplak is gekomen. Dit is de oorzaak van de rode, kapotte huid. Na de keuze van ander stomamateriaal en de bescherming van de aangetaste huid met zo nodig een barrièrecreme komt de huid tot rust en kan er weer vertrouwd worden op een goed hechtend, lekvrij stomasysteem.

Casus 2

Een 78-jarige man met een jeukende irritatie rond zijn stoma is al enkele weken aan huis gekluisterd omdat hij

niet meer kan vertrouwen op een goed hechtende stomaplak (foto 2). Door de nattende huidafwijking plakt de stomaplak niet meer. Lokale en orale anti-schimmelmedicatie hebben niets geholpen.

Bij onderzoek is een rode schilferende huidafwijking met vesicels (blaasjes) onder de stomaplak te zien. De huid is glanzend, nattend. Opvallend is dat de huid direct rond de stoma niet is aangetast. Soms zie je, zoals bij deze patiënt, een 'strooi-reactie' onder het zakje.

Dit is het beeld van een irritatieve contactdermatitis, veroorzaakt door de stomaplak zelf. Patiënt kreeg het advies bij elke plakverwisseling een lokaal corticosteroid in een sprayvloeistof (fluticason neusspray) op de aangedane huid te sprayen. Na een paar dagen kon hij weer vertrouwen op een goed hechtende stomaplak.

Casus 3

Een 80-jarige man heeft sinds twintig jaar een Brickerstoma. Dhr. heeft DM type 2. Sinds drie maanden heeft hij



Foto 1. Irritatie van de huid naast de stoma.



Foto 2. Irritatie van de huid onder de stomaplak en het zakje.



Foto 3. Roodheid met schilfering van de huid naast de stomaplak.

een jeukende huiduitslag distaal van de stoma. Indifferentie zalven en hydrocortison crème hebben geen verbetering gegeven. Bij onderzoek was een rode schilferende huidafwijking te zien, niet onder, maar distaal van de stomaplak (foto 3).

Bij goed kijken werd een matig tot scherp begrensde roodheid met randschilfering gezien (foto 4). Een schilfertje van de rand werd onderzocht door middel van een kaliloogpreparaat. Hierbij wordt een huidschilfertje op een



Foto 4. De typische randschilfering.

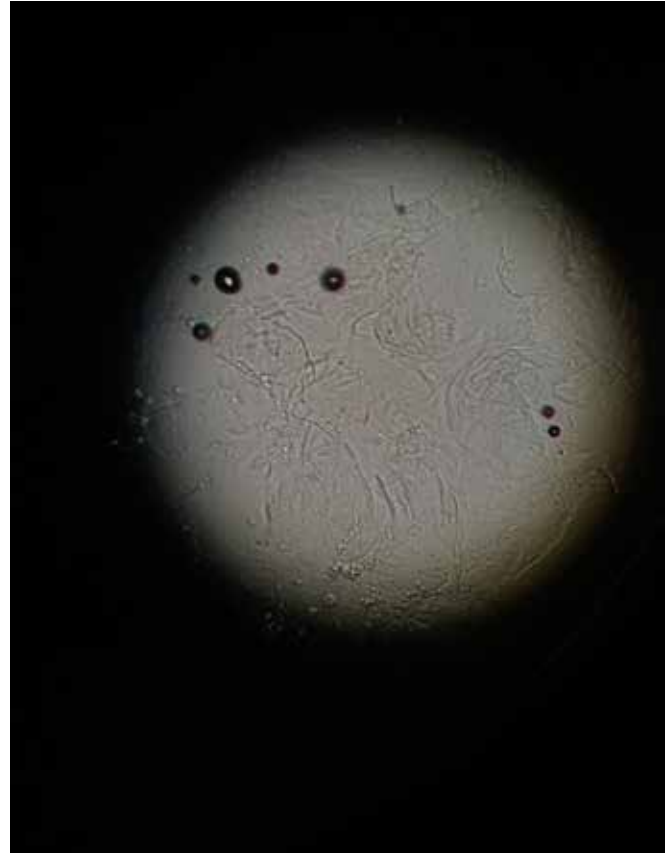


Foto 5. Positief KOH-preparaat met schimmeldraden.

objectglaasje aangebracht met een druppel kaliloog (KOH = kaliumhydroxide). Dit lost de celwanden en het hoornmateriaal op, maar niet de schimmeldraden. Zo kan eenvoudig een schimmel- of gistinfectie aangetoond worden en weet je of een antischimmelmiddel zinvol is (foto 5). Patiënt werd behandeld met een antimycoticum, ciclopirox crème in combinatie met zeven dagen terbinafine oraal, 1 d.d. 250 mg. Na een week was patiënt van zijn huidaandoening genezen.

Bespreking

Een niet goed hechtende stomaplak is voor een stomapatiënt een ramp. Angst voor lekkage leidt tot een sociaal isolement. Reden om snel een diagnose te stellen zodat een effectieve therapie kan worden ingezet. De patiënt heeft immers niet de tijd om eerst allerlei therapieën te proberen, zoals crèmes of veranderingen van stomaplakken.

In de drie casussen hebben we enkele huidafwijkingen rond een stoma laten zien. Door goed te kijken is het niet moeilijk een diagnose te stellen. Hieronder zullen we ze bespreken.

1. Irritatie door urine of ontlasting

De huid rond een stoma kan beschadigd worden door de invloed van urine of feces op de huid. De barrièrefunctie

van de huid is niet bestand tegen de irritatieve werking van urine of de destructieve enzymen die in ontlasting zitten. Indien de stomaopening te groot is, of de hechting niet voldoende, dan komt de huid langdurig in contact met urine of feces. Met name bij een ileostoma komt dit vaak voor. De barrièrefunctie van de huid wordt aangetast, waardoor de stomaplak niet goed meer kan hechten. Kenmerkend voor irritatie door excretia is dat de huid direct naast de stomaopening als eerste wordt aangetast, gevolgd door de huid distaal van de stoma (als gevolg van de zwaartekracht).

De stomaverpleegkundige met kennis van de grote verscheidenheid aan stomamaterialen is in dit geval de eerst aangewezen persoon om de patiënt te helpen (1).

Bij een hernatie neemt de spanning tussen de huid en de plak toe, want de plak wordt immers liggend, waardoor geringe spanning, aangebracht.

2. Irritatie door de stomaplak

Deze vorm van aantasting van de huid is het gevolg van een mechanische beschadiging die optreedt bij het verwijderen van de plak. Bij elke plakverwisseling wordt ook de beschermlaag van de huid verwijderd. Dit wordt ook wel het 'stripping-effect' genoemd. Door de aantasting van de barrièrefunctie ontstaat eczeem; dat wordt een irritatieve contactdermatitis genoemd.

Kenmerkend is de roodheid, schilfering en soms vesikels met erosies onder de plak, met soms strooireacties daarbuiten, vaak tot onder het stomazakje (4).

Risicofactor voor deze huidirritatie is een gevoelige en kwetsbare huid, zoals bij ouderen of bij patiënten met eczeem in de voorgeschiedenis (4). Ook is een hernatie een risicofactor. Bij een hernatie neemt de spanning tussen de huid en de plak toe, want de plak wordt immers liggend, waardoor geringe spanning, aangebracht. De extra trekkracht beschadigt de huid. Ook een volle stomazak geeft meer tractie.

Het geheel voorkomen van deze risicofactoren is niet mogelijk. Je kan adviezen geven ten aanzien het voorzichtig verwijderen van de huidplak. Bij een tweedelig systeem hoeft de plak minder vaak verwijderd te worden, zodat de huid minder beschadigd wordt, maar kan als minder comfortabel ervaren worden.

Veel effectiever en met een sneller resultaat is het behandelen van de dermatitis. Dit kan eenvoudig met een topicaal glucocorticoïd. Een hormoonpreparaat in een crème, zalf of emulsie is geen optie omdat door de vetigheid de plak niet meer zal hechten. Een praktische oplossing is het

aanbrengen van een corticosteroïd van een klasse 2 of 3 in de basis van een neusspray. De spray is na enkele seconden opgedroogd waarna de plak kan worden aangebracht (4,5).

Als de huid na enkele dagen tot rust is gekomen, kan de patiënt weer vertrouwen op een goede adhesie van de stomaplak. De neusspray is dan niet meer nodig. Aangezien de oorzaak (de plak en de gevoelige huid) niet zijn weggenomen is er grote kans dat de irritatie weer terugkomt. Dan wordt de spray met het corticosteroïd weer aangebracht. Als de spray alleen zo nodig, intermitterend wordt gebruikt is er geen risico voor bijwerking als atrofie van de huid. Hoe eerder de spray wordt gebruikt, hoe sneller de huid tot rust komt.

3. Allergie voor het stomamateriaal

Bij een peristomale dermatitis wordt vaak gedacht aan een allergie voor het stomamateriaal of de verzorgingsproducten. Een allergie is - in tegenstelling tot een irritatieve contactdermatitis - echter zeldzaam. Als toch een allergie vermoed wordt, kan dit eenvoudig getest worden door aan de andere zijde op de buik een stuk van dezelfde stomaplak met verzorgingsproducten aan te brengen. Als na een week onder deze plak geen rode jeukende plek is ontstaan, is een contactallergie uitgesloten. Verder allergologisch onderzoek is dan niet nodig (6).

4. Infectie

De ervaring leert dat vaak, en bijna altijd onterecht, aan een schimmelinfectie wordt gedacht. Zeker bij een irritatieve contactdermatitis worden vaak antischimmelmiddelen voorgeschreven. Casus 3 laat zien dat een schimmelinfectie van de huid bij een stomadrager mogelijk is. Maar opvallend, de schimmelinfectie zit niet onder de plak, maar er juist buiten. Onder een hydrocolloïd blijkt een schimmel niet goed te groeien.

Naast een schimmel kunnen ook andere huidafwijkingen een rol spelen. Irritatie door het stomazakje, of exacerbatie van een bestaand seborroïsch eczeem of psoriasis vulgaris bij of rond een stomaplak wordt soms gezien. Inspecteer de gehele huid op een reeds aanwezige dermatose. De diagnose schimmel kan vaak op het klinisch beeld gesteld worden. Het onderscheid tussen een contactdermatitis en een schimmel- of gistinfectie is goed te maken. Bij een schimmelinfectie is er sprake van een scherp begrensde, rode, schilferende rand en bij een gistinfectie zien we de randschilfering en soms de typische 'eilandjes voor de kust'. Bij twijfel kan een kaliloogpreparaat gemaakt worden, zie casus 3 (7).

Lokale antiseptica of antibiotica zijn niet zinvol.

Ook kan een oppervlakkige bacteriële infectie de huid aantasten. Bij een bacteriële contaminatie zie je honinggele crustae (impetiginisatie). De bacteriële groei is mogelijk omdat de huidbarrière is aangetast door irritatie van de stomaplak. Er is dan sprake van een irritatieve contactdermatitis (zoals bij casus 2) maar met een bacteriële infectie erbij. Zorg eerst dat de aangetaste huid herstelt, met behulp van een glucocorticoïdspray; zo krijgt de bacteriële groei geen kans meer. Lokale antiseptica of antibiotica zijn niet zinvol.

Conclusie

Problemen met een slecht hechtende stomaplak door een huidafwijking komen zeer vaak voor bij stomadragers. In bijna alle gevallen kunnen deze eenvoudig behandeld worden. Snelle diagnostiek is dan geboden, zeker vanwege het verlies aan kwaliteit van leven. Dit is ook een indicatie voor een consult met voorrang bij de huisarts of, zo nodig, bij de dermatoloog. Benadruk dat deze patiënten op korte termijn gezien moeten worden. Voor een goed consult is het zowel voor de patiënt als voor de arts een voorwaarde dat de stomaverpleegkundige bij dit consult aanwezig is. Kennis van elkaars werkwijze en kennismaking met elkaar maakt dit gemakkelijker.

Literatuur

1. Smel JJG, Baas HG, Beekhuizen H, et al. **Richtlijn Stomazorg Nederland**. Utrecht: V&VN Stomaverpleegkundigen; 2018. <https://www.venvn.nl/media/ybqfczsa/richtlijn-stomazorg-herziening-2018.pdf>
2. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, et al. **Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review**. Qual Life Res, 2016;25:125-33. doi:10.1007/s11136-015-1050-3 Medline
3. Ratliff CR. **Early peristomal skin complications reported by WOC nurses**. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010;37:505-10. doi:10.1097/WON.0bo13e3181edac57. Medline
4. Houwing RH, Oosterlaar S. **Slecht hechtende stomaplak door dermatitis**. Ned Tijdschr Geneesk, 2020;164:D4911
5. Michaelis TC, Neill BC, Patel V, et al. **Significant cost savings from treating peristomal irritant contact dermatitis with an over-the-counter spray**. J Am Acad Dermatol, 2017;76:e167. Medline
6. Al Niami F, Beck M, Almaani N, et al. **The relevance of patch testing in peristomal dermatitis**. Br J Dermatol, 2012;167:103-9. Medline
7. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ktxt/KOH-preparaat.htm>

* Ronald H. Houwing, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Deventer Ziekenhuis, Deventer

Sandra Oosterlaar, stomaverpleegkundige, afdeling Dermatologie, Deventer Ziekenhuis, Deventer