

Preventie en behandeling van incontinentie-geassocieerde dermatitis: een praktische richtlijn

A. Graaf, A. Toppets *

Incontinentie van urine en stoelgang is een vaak voorkomend probleem bij volwassenen. In een ziekenhuissetting komt dit voor bij ongeveer 20% van de gehospitaliseerde patiënten (1-3). In rust- en verzorgingstehuizen komt incontinentie voor bij de helft of meer van de bewoners (4-6). Door langdurige blootstelling van de huid in de perianale regio aan urine en ontlasting kan er incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) ontstaan (7). IAD kan fysiek ongemak, financieel, sociaal en psychisch lijden veroorzaken voor de patiënt en is bovendien een risicofactor voor het ontstaan van drukletsels (8,9).

Het aantal patiënten waarbij IAD voorkomt varieert tussen de 5,6 en 50%, afhankelijk van de setting en de studiepopulatie (10-13). Ongeveer 6,1% van de gehospitaliseerde patiënten ontwikkelt een IAD-letsel (14).

Indien de risicofactoren voor IAD tijdig herkend worden en men onmiddellijk start met preventie, kunnen veel IAD-letsels voorkomen worden. Als het IAD-letsel snel en adequaat behandeld wordt, zie je een verbetering binnen de 3 - 4 dagen. Vanuit de werkgroep drukletsels van WCS België werd een praktische richtlijn geschreven die bruikbaar is in eerste-, tweede- en derdelijnszorg.

Info: De volledige richtlijn is terug te vinden op <https://www.wcs-belgie.be/richtlijnen/>

IAD: een huidletsel door urinaire en/of fecale incontinentie

Een van de belangrijkste functies van de huid is de barrièrefunctie. Deze functie situeert zich in de buitenste laag van het epiderm: het stratum corneum. Deze laag bestaat uit corneocyten (spreekwoordelijk: de bouwstenen of bakstenen van een muur) en een vetzuurlaag (spreekwoordelijk: de cementlaag tussen de bouwstenen). Deze vetzuurlaag staat in voor de vochtbalans van de huid en voorkomt zowel uitdroging als overhydratatie van de huid. Deze zure omgeving (pH 4 - 6) vormt een belangrijke barrière en afweer tegen micro-organismen (15).

De belangrijkste oorzaken van IAD zijn overhydratatie van de huid en een verhoogde pH. Daarnaast is een vochtige huid vatbaarder voor schade door wrijving en bij langdurige blootstelling aan urine en/of feces ontstaat een ontstekingsreactie van de huid (15).

Urine bevat ureum en ammonium, deze stoffen verhogen de zuurtegraad van de huid. Het aanwezige vocht wordt

vastgehouden door de corneocyten waardoor de barrièrefunctie vermindert. Feces bevat de enzymen lipase en protease (nodig voor de vertering) en bacteriën. Deze enzymen breken het stratum corneum af waardoor bacteriën gemakkelijker kunnen doordringen in de diepere huidlagen. Hierdoor verhoogt de kans op een infectie. Bij een combinatie van urinaire en fecale incontinentie worden de schadelijke effecten van urine en feces gecombineerd (15).

Veel gebruikte reinigingsmiddelen hebben een hoge pH (pH 9,5 - 11) die de vetzuurlaag van de huid aantast waardoor er een chemische irritatie ontstaat. Het herhaaldelijk wrijven tijdens het reinigen veroorzaakt een fysieke irritatie. Daarnaast veroorzaakt herhaaldelijk wassen met water overhydratatie of maceratie van de huid (15).

Klinisch beeld van IAD

Klinisch is IAD een ontstekingsreactie van de huid door verlengde blootstelling aan urine en ontlasting. Hierbij kan roodheid of erytheem waargenomen worden in de perianale, gluteale zone, vulvaire of scrotale regio. Dit kan variëren van roze tot rood/roodpaars. Bij een donkere huid kan dit bleker, donkerder, paars, donkerrood of geel zijn (15). Een typische eigenschap is een mix van verschillende kleuren rood. Door de ontstekingsreactie kan de huid warmer aanvoelen ter hoogte van het letsel. De erosies kunnen verschillende huidlagen aantasten en zwelling en blaarvorming vertonen. Patiënten kunnen een pijnlijk, brandend, jeukend of tintelend gevoel waarnemen en een negatieve invloed op hun kwaliteit van dagelijks leven ervaren (16). Het wondaspect is eerder grillig, meestal gelokaliseerd op meerdere plaatsen verspreid over de vulvaire/scrotale, perianale en gluteale zone. Vaak is er sprake van een kopieletsel (of Kissing-ulcer) (17).

Doordat de huid langdurig bloot gesteld wordt, kan deze

gekoloniseerd worden door commensale bacteriën of pathogenen. Symptomen van infectie zijn: fibrine, bloeding, geur en een schilferend aspect. In het geval van een typische schimmelinfectie (bijvoorbeeld *Candida albicans*) neemt men duidelijk satellietletsels of 'eilandjes voor de kust' waar.

Het herkennen van risicopatiënten voor IAD is eenvoudig: iedere patiënt die incontinent is, heeft een verhoogd risico op IAD!

Basisprincipes voor preventie en behandeling van IAD

Het is cruciaal om het belang van een goed preventief beleid te benadrukken. Daarom moet een dagelijkse risico-evaluatie uitgevoerd worden. Het herkennen van risicopatiënten voor IAD is eenvoudig: iedere patiënt die incontinent is, heeft een verhoogd risico op IAD! De oorzaken van incontinentie moeten indien mogelijk aangepakt worden waardoor het risico op ontwikkeling van IAD drastisch vermindert (15,17).

Bij elke risicopatiënt wordt preventieve huidzorg opgestart, volgens de basisprincipes van reiniging, beschermen en herstellen (figuur 1).

De perianale regio wordt best zo snel mogelijk gereinigd na elk incident. Zeker bij fecale incontinentie heeft het incontinentiemateriaal niet de capaciteit om de feces volledig te absorberen waardoor er een langdurig contact ontstaat tussen de huid en de feces.

Na het reinigen is het noodzakelijk om de huid te beschermen tegen de inwerking van urine en feces. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een barrièreproduct. Dit product vormt letterlijk een barrière tussen het stratum corneum en het aanwezige vocht (15,17). De duur en effectiviteit van de beschermende werking van deze barrière is afhankelijk

van de eigenschappen van het gebruikte product.

Er zijn zes productgroepen die men kan gebruiken om de huid te beschermen en/of te hydrateren. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de specifieke eigenschappen per productgroep, aangevuld met enkele voorbeelden van de producten die beschikbaar zijn op de Belgische markt (15).

Als preventie faalt wat dan?

Onderstaande aanbevelingen maken gebruik van de GLOBIAD-categorisatietool om eenduidig te communiceren. Om IAD op een gestandaardiseerde manier te beschrijven en te documenteren, werd recent een nieuwe classificatietool ontwikkeld: de Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD).

Met gebruik van de GLOBIAD-schaal kan IAD ingedeeld worden in twee categorieën.

Categorie 1 omvat de huidletsels met persistente roodheid waarbij de huid intact is.

Categorie 2 omvat huidletsels waarbij er naast persistente roodheid ook huidloslating optreedt.

Beide categorieën worden verder onderverdeeld in subcategorieën, afhankelijk van de al dan niet aanwezigheid van infectietekens (A en B) (18). In deze richtlijn werd deze classificatietool gebruikt om het behandelingsprotocol op te stellen.

De principes van de preventieve maatregelen blijven een belangrijk onderdeel van de behandeling. Na het toepassen van een correct behandelplan kan men verwachten dat het letsel na drie tot vier dagen verbetert. Als er na deze termijn geen verbetering zichtbaar is, herevalueer je de classificatie van IAD en de differentiële diagnose met decubitus of een andere pathologie. Bij twijfel contacteer je een verpleegkundig specialist wondzorg of arts (16). Uitgebreidere informatie over de differentiële diagnose met decubitus kan je terugvinden in de Richtlijn voor IAD op www.wcs-belgie.be.



Figuur 1: Basisprincipes van reiniging, bescherming en herstelling van de huid.

Tabel 1: Overzicht eigenschappen van barrièreproducten op de Belgische markt anno 2019

Productgroepen	Eigenschappen	Voorbeelden
1. Crèmes	Emulsies op basis van vetten en/of oliën en water, maar bevatten in verhouding meer water. Aanbrengen in een dunne laag ter preventie van maceratie. Actieve ingrediënten: petroleum, zinkoxide, dimethicone en/of ureum. Eigenschappen: - o.b.v. zinkoxide; zijn ondoorzichtig (minimum eenmaal per dag te verwijderen), - o.b.v. dimethicone; zijn bij aanvang ondoorzichtig, maar worden transparant. Niet occlusief, geen negatief effect op het absorberend vermogen.	Cicalfate® crème, Aldanex®, Cavilon® crème, Proshield®, Zinkoxidecrème, BRAVA® crème, TENA® barrière crème, Bepanthol®, Bepanthen®, ...
2. Zalven	Emulsies op basis van vetten en/of oliën en water, maar bevatten in verhouding meer vetten. Eigenschappen: - extreem vette substantie, - trekt niet of nauwelijks in de huid, sluit poriën af en blijft langdurig op het huidoppervlak zitten, - negatief effect op het absorberend vermogen van incontinentiemateriaal.	Vaseline® Uierzalf®
3. Pasta's	Dit zijn emulsies op basis van vetten en/of oliën en een absorberend poeder. Eigenschappen: - een stijf smeersel, - hecht zich aan natte ontvelde huid, - moeilijk te verwijderen, - negatief effect op het absorberend vermogen van incontinentiemateriaal.	Dermocrem®, Sudocrem®, Zinkoxidepasta, ...
4. Lotions	Dit zijn dunne, vloeibare mengsels op basis van water met een actief uitdrogend ingrediënt.	Cicalfate® lotion, ...
5. Barrière-films	Vloeibare producten die een polymeer bevatten (op basis van acrylaat) met een oplosmiddel. Eigenschappen: - een transparante beschermende laag over de huid, - enkel aanbrengen op intacte huid. Deze films bevatten verder geen actief ingrediënt, - deze producten dienen niet verwijderd te worden: voordeel!	Cavilon® spray, BRAVA® spray, Silesse® spray, ...
6. Elastomeer huidbeschermers	Vloeibare producten die een cyanoacrylaat en tetrapolymeer bevatten in een oplosmiddel. Eigenschappen: - een transparante beschermende laag over de huid, - hecht zich aan zowel intacte als natte, ontvelde huid, - deze producten dienen niet verwijderd te worden. NOTA: Deze producten zijn als preventief middel te overwegen als het risico op ontveling groot is of de voorgaande therapieën falen. Niet standaard als preventie.	Cavilon Advanced Skin Protectant®

 Categorie 1 = Intacte huid:
 GLOBIAD Categorie 1A letsel (foto 1) (18):
 Bescherm en hydrateer de geïrriteerde huid.
 Gebruik hiervoor kant-en-klare incontinentiedoekjes met een barrièreproduct, bv. dimethicone, of een barrièrecrème

die minimum tweemaal per dag aangebracht wordt. Bij fecale incontinentie kan deze frequentie verhoogd worden tot driemaal per dag. Als er na drie tot vier dagen geen verbetering zichtbaar is gebruik dan producten van categorie 2A, 1B of 2B letsels.



Foto 1. GLOBIAD 1A (18).

GLOBIAD Categorie 1B letsel (foto 2) (18):

Bescherm, desinfecteer en hydrateer de geïnfecteerde, geïrriteerde huid.

Gebruik een antiseptische zeep, bij voorkeur met polyvidone jood als basis (of een alternatief op basis van chloorhexidine) of ontsmet na de reiniging met polyvidone jodium producten.

Antimycotische zinkhoudende crèmes met miconazole of nystatine worden best gebruikt als beschermend middel. Er moet minimum een week na verdwijnen van de symptomen nabehandeld worden.



Foto 2. GLOBIAD 1B (18).



Foto 3. GLOBIAD 2A (18).

Elastomeer huidbeschermers worden hier niet gebruikt daar deze geen antiseptische werking hebben. Als er na drie tot vier dagen geen verbetering zichtbaar is gebruik dan producten voor categorie 2B letsels.

■ Categorie 2 = natte, ontvelde huid:

GLOBIAD Categorie 2A letsel (foto 3) (18): Herstel, bescherm en hydrateer de nattende, open huid. Je kan de nattende letsels laten uitdrogen door tweemaal per dag een barrièrelotion aan te brengen. Daarnaast kan men een elastomeer huidbeschermers tweemaal per week aanbrengen op het open letsel en de intacte huid. Let erop om het product goed te laten opdrogen vooraleer de huidplooien te laten dichtvallen of incontinentiemateriaal aan te brengen.

GLOBIAD categorie 2B (foto 4) (18):

Desinfecteer, bescherm en hydrateer de geïnfecteerde, nattende, open huid. Gebruik een antiseptische zeep, bij voorkeur met polyvidone jood als basis (of een alternatief



Foto 4. GLOBIAD 2B (18).

op basis van chloorhexidine) of ontsmet na met polyvidone jodiumproducten na het reinigen. Als actief wondproduct gebruik je een product met antiseptische werking.

- Bij bacteriële besmetting: polyvidone jodiumgel.
Bij mycotische besmetting: antimycotische crème met actief bestanddeel miconazole of nystatine (combinatie van een antimycoticum met chloorhexidine en zink). Bij schimmelinfecties moet men minstens een week nabehandelen.
- Gebruik GEEN elastomeer huidbeschermers omdat deze geen antiseptische werking hebben.

Als er een combinatieletsel van een decubituswonde en een IAD-letsel is, focus dan eerst op de behandeling van het IAD-letsel. Als het IAD-letsel onder controle is, kan men daarna gemakkelijker focussen op de behandeling van het decubitusletsel. Het toepassen van preventieve maatregelen voor decubitus en IAD is absoluut noodzakelijk.

Samenvatting

Classificeer een IAD-letsel aan de hand van de GLOBIAD-classificatie. Start onmiddellijk met preventieve maatregelen. Herevalueer na drie tot vier dagen en pas het behandelplan aan indien nodig. Bij het opstellen van een protocol: keep it simple!

Literatuur

1. Ostaszkiwicz J, O'Connell B, Millar L. **Incontinence: managed or mismanaged in hospital settings?** International Journal of Nursing Practice, 2008;14(6):495-502.
2. Junkin J, Seleko J. **Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2007; 34(3):260-9.
3. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. **Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting.** International Wound Journal, 2016;13(3):403-11.
4. Roe B, Flanagan L, Jack B, et al. **Systematic review of descriptive studies that investigated associated factors with the management of incontinence in older people in care homes.** International Journal of Older People Nursing, 2013;8:29-49.
5. Saga S, Vinsnes AG, Morkved S, et al. **What characteristics predispose to continence in nursing home residents? A population-based cross-sectional study.** Neurourology and Urodynamics, 2015;34:362-7.
6. Bliss DZ, Harms S, Garrard JM, et al. **Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes.** Journal of the American Medical Directors Association, 2013;14:451.e1-7.
7. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, et al. **Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2012; 39(1):61-74.
8. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. **A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated**

dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. Research in Nursing and Health, 2014; 37:204-18.

9. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, et al. **Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction.** BJU International, 2011;108(7):1132-1138.
10. Bliss D, Mathiason M, Savik Eberly L, et al. **Incidence and Predictors of Incontinence Associated Skin Damage in Nursing Home Residents with New Onset Incontinence.** Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2017; 44(2): 165-171. doi:10.1097/WON.0000000000000313
11. Hahnel E, Blume-Peytavi U, Trojahn C et al. **Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multicenter prevalence and correlational study.** BMC Geriatrics, 2017;17:263 DOI 10.1186/s12877-017-0655-5
12. Van Damme N, Van den Bussche K, De Meyer D, et al. **Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: results from a multivariate binary regression analysis.** International Wound Journal, 2017; 14:801-810
13. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, et al. **Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study.** International Journal Of Nursing Studies, 2014;51:1373-80
14. Beeckman D. et al. **Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward.** Wounds International, 2015. Available to download from www.woundsinternational.com
15. Van Damme N, Vanryckeghem E, Verhaeghe S, et al. **Incontinence-associated dermatitis in elderly: a qualitative phenomenological study on patient experiences.** Paper presented at the 18th Annual Conference of the European Pressure Ulcer Advisory Panel, Ghent, Belgium 2015.
16. Beele H, Smet S, Van Damme N, et al. **Incontinence-Associated Dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and Management Options.** Drugs & Aging, 2018;35:1-10.
17. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, et al. **Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review.** Journal of Advanced Nursing, 2009;Juni;65(6):1141-54.
18. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves, et al. **The Development Ghent Global IAD Categorisation tool (GLOBIAD).** Skin Integrity Research Group-Ghent University 2017.

* Annelies de Graaf, verpleegkundig specialist wondzorg, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (België).
Lid werkgroep Drukletsels, WCS België
annelies.degraaf@uzleuven.be

Adinda Toppets, lector verpleegkunde Hogeschool PXL
Healthcare Opleiding verpleegkunde.
Bestuurslid en voorzitter werkgroep Drukletsels, WCS België.