

# SKIN TEARS: WONDZORG MET BEHULP VAN EEN SOFT SILICONE-COATED NETVERBAND

F. Meuleneire\*

Skin tears zijn een frequent voorkomend probleem bij de oudere bevolking<sup>1</sup>. In de V.S. worden 1,5 miljoen ouderen geconfronteerd met dit probleem<sup>2,3</sup>. Vooral in bejaardentehuizen, op de afdelingen geriatrie, inwendige en pneumologie heeft men frequent te maken met dit wondtype. Door de vergrijzing van de bevolking zal dit wondprobleem nog meer toenemen. Wondzorg bij skin tears is vaak een pijnlijk gebeuren en meestal duurt het lang vooraleer de wond gesloten is. Het ontstaan van skin tears veroorzaakt dikwijls conflicten met verwanten van de bejaarde, die vrij snel een beschuldigende vinger uitsteken naar de zorgverstrekkers.

Omdat nog maar weinig consensus bestaat rond het beleid van dit wondtype<sup>3</sup>, zien we dat in de praktijk meestal een ondoeltreffende behandeling wordt toegepast. In tegenstelling met andere wondtypes als drukletsels, diabetes voetwonden en ulceraties van onderste ledematen kunnen we voor skin tears nog niet steunen op een evidence based wondbeleid.

Dit artikel, gestaafd door een klinische studie, wil de aandacht scherpen rond het probleem.

In elke instelling en werkomgeving moet een adequaat beleid voor skin tears een plaats krijgen binnen in het totale zorgpakket.

## ONTSTAANSMECHANISME

Skin tears worden veroorzaakt door wrijvingskracht of door wrijvings- en schuifkrachten samen in combinatie met een aantal intrinsieke huidveranderingen<sup>1</sup>. Tijdens het fysiologisch verouderingsproces beginnen de verschillende lagen in de huid te atrofiëren. De huid krijgt als het ware een perkamentachtig aspect. De epidermis wordt steeds dunner en kwetsbaarder bij het minste trauma. Ook de dikte van de dermis neemt tot 20%<sup>6</sup> af. Het onderhuids vetweefsel zal met het ouder worden atrofiëren en hypertrofiëren. Vooral ter hoogte van de dorsale zijden van de handen en het scheenbeen<sup>3,7,8</sup> kunnen we de meest uitgesproken atrofie vaststellen. Vaak merken we seniele purpura bij ouderlingen waar skin tears gemakkelijk optreden. Een aantal systemische factoren kunnen het herstel van de skin tears in de weg staan. Vooral voedingstoestand, leeftijd<sup>2,9,10</sup>, immuunstatus<sup>10,11</sup>,

zuurstofaanbreng, bloedsomloop en geriatrische pathologie kunnen het genezingsproces beïnvloeden.

## CLASSIFICATIE

Skin tears kunnen beschreven worden als partieel of full-thickness wonden<sup>12</sup>. Door wrijving ontstaat een mechanische erosie van de huid, waardoor een oppervlakkige beschadiging van het epiderm optreedt<sup>13</sup>. Dan spreken we over partial-thickness skin tears. Partiële wonden reiken door de epidermis tot in de dermis maar niet door heel de dermis. Door wrijving en schuifkracht samen ontstaan diepe skin tears of full thickness wonden die tot in de hypodermis reiken. Hierbij worden de kleine bloedvatjes beschadigd. In 1990 werd naar aanleiding van een onderzoek in verband met de epidemiologie en wondzorgbeleid van skin tears een classificatiesysteem ontworpen. Payne en Martin maakten het mogelijk om skin tears

op een duidelijke wijze te classificeren<sup>12</sup>, wat nodig was om een geuniformiseerd wondzorgbeleid te kunnen opstellen.

Onder **categorie I** verstaan we skin tears waarbij geen weefselverlies aanwezig is. We treffen het lineair type aan (Fig 1), waarbij de scheurranden niet verplaatst zijn en het flap type (Fig 2), waarbij de opperhuid meestal triangulair is losgerukt.

Bij **categorie II** onderscheiden we opnieuw twee types. Het eerste type zijn de wonden waarbij een gering (max 25%) weefselverlies aanwezig is en wonden met matig tot groot weefselverlies, waarbij meer dan 25% maar niet de volledige flap verdwenen is tijdens het trauma (Fig 3). Tenslotte onderscheiden we de skin tears van **categorie III**, waarbij een volledig weefselverlies werd vastgesteld (Fig 4). Dit weefselverlies kan zowel bij het initiële trauma als ten gevolge van het necrotiseren van het huidflapje ontstaan zijn.



Fig 1. Categorie I: linear type



Fig 2. Categorie I: flap type



Fig 3. Categorie II met groot weefselverlies (>25%)

**RISICOFACTOREN**

Langdurig gebruik van corticosteroiden geeft aanleiding tot huidatrofie. Hierdoor ontstaat een verhoogde vatbaarheid voor skin tears<sup>14,16</sup>.

Bovendien wordt de reactie op ontsteking en collageenvorming negatief beïnvloed waardoor wondheling wordt afgeremd.

Een verminderde pijnperceptie betekent eveneens een bevorderende factor bij het ontstaan van skin tears. Vooral verwarde en dementerende bejaarden lopen gemakkelijk kans op het ontstaan van skin tears<sup>17,18</sup>.

Patiënten met evenwichtsstoornissen, Parkinson patiënten en ouderen met gezichtsvermindering lopen meer risico. Bovendien is bedlegerigheid<sup>19</sup> en elke vorm van mobiliteitsbeperking een bijkomende risicofactor.

Bij recidiverende skin tears moet men steeds bedacht zijn op de mogelijkheid van automutulatie.

**KLASSIEKE BEHANDELINGEN**

Reeds voorbijgestreefd, maar helaas nog frequent toegepast is het wegnippen van het huidflapje (categorie I of II) onmiddellijk na het trauma<sup>20</sup>. Hierdoor moet de wond onder categorie III geklasseerd worden waardoor de wondheling beduidend vertraagd wordt.

Soms worden skin tears (categorie 1 en 2) gesloten door middel van hechtingen<sup>21,22</sup>. Omdat de omringende huid slecht doorbloed is, veroorzaken de wondhechtingen meestal bijkomend trauma. Bovendien ontstaat de eerste drie dagen na het ontstaan van de skin tear een inflammatoire reactie met erythema en oedeem. Hierdoor kan de broze huidstructuur inscheuren of necrotiseren ter hoogte van de hechtingen<sup>23</sup>. Minder traumatiserend is het gebruik van hechting-strips, waarbij

de wondranden naar elkaar worden toe getrokken<sup>8,24</sup>. Toch kan ook hier schade toegebracht worden door de trekkracht op de broze epidermis. Het verwijderen van de strips na 10 dagen is een zeer kritiek moment omdat de hechtingstrips met bloedresten en korstvorming als een compacte massa op de broze opperhuid kleven. Bij de minste onvoorzichtigheid wordt de opperhuid opnieuw los gescheurd.

Soms wordt de huidflap gefixeerd met een polyurethaanfolie<sup>2</sup> of een hydrocolloid<sup>8,25</sup> verband. Gezien de skin tear gedurende de eerst dagen vrij veel exsudaat produceert, zal het verband dagelijks moeten verwisseld worden. Indien men het verband toch langer zou ter plaatse laten, is het risico groot dat het huidflapje necrotiseert omdat het exsudaat een stevig contact tussen dermis en epidermis verhindert. Bovendien kan bij het verwijderen van de polyurethaanfolie nog meer opperhuid loscheuren<sup>2</sup>.

**NIEUW WONDZORG-BELEID: HET GEBRUIK VAN EEN SOFT SILICONE-COATED NETVERBAND****DOELSTELLINGEN**

Skin tears zijn acute wonden<sup>8,9,12</sup> en moeten daarom in een zo kort mogelijke tijd kunnen helen. Bij het verzorgen van de skin tear gaat onze aandacht naar het stelpen van bloeding, het voorkomen van infectie en een esthetisch verantwoord herstel van de integriteit van de huid<sup>26</sup>. We beschouwen de skin flap als een vrije huidflap, waarbij een stevige fixatie een eerste vereiste is. Zeer belangrijk is een vlotte absorptie van het wondexsudaat.

Wondzorg geeft voor patiënt en de maatschappij financiële implicaties.

Daarom is het belangrijk dat een efficiënt beleid, waaronder een economisch verantwoorde verbandkeuze kan leiden naar een korte behandelingsduur.

**CATEGORIE I**

Bij skin tears van categorie I is het steeds de bedoeling de wond te sluiten door primaire intensie. Onder deze categorie kunnen we twee verschillende types onderscheiden. Het lineair type vertoont een scheur waarbij de wondranden niet van elkaar gerukt zijn. Bij het flaptype zien we dat de losgerukte huidflap na het trauma samengefrommeld is, waardoor de wondranden ver van elkaar komen te staan. De losgerukte huidflap moet op zijn initiële positie terug gebracht worden<sup>8,9,11,13,16,26</sup>, waardoor de wondheling zoals bij het lineaire type door primaire intensie kan gesloten worden (Fig 5 en 6). Zoals bij elk wondtype is een degelijke wondspoeling van groot belang. We moeten vreemd materiaal, bloedklonters en beschadigde huidcellen uit de wond spoelen. In principe gebruiken we fysiologische oplossing (0,9% NaCl)<sup>8,9,16,24,26</sup>. De wond droogt snel uit na het trauma. Door de spoeling maken we de huidflap opnieuw soepel, waardoor het mogelijk wordt deze op zijn initiële positie terug te brengen (Fig 7 en 8). We gebruiken hiervoor een pincet<sup>24</sup> of een peilsonde. Beschadigde huidcellen en bloedklontertjes in het wondbed en de omgekeerde huidflap kunnen door zacht wrijven met een gaasdepper verwijderd worden. Tijdens het reinigen en herpositioneren is het van belang de huidflap niet te beschadigen.

Eens de wondranden bij mekaar geplaatst zijn (Fig 9), brengen we een Mepitel<sup>20</sup> (Mölnlycke) verband op de wond (Fig 10). Dit verband



Fig 4. Categorie III: volledig weefselverlies



Fig 5. Huidflapje rolt op naar binnen



Fig 6. Flapje terug geplaatst

heeft een paar zeer specifieke eigenschappen die de wondheling van skin tears in optimale omstandigheden laat verlopen. Het verband kleeft licht op de huid, waardoor de huidflap mooi gefixeerd blijft. In tegenstelling tot fixatie met huidhechtingen kan de huid niet meer doorscheuren omdat de trekkracht, die ontstaat tijdens de inflammatoire reactie nu door de Mepitel gelijkmatig verdeeld wordt. Het verband absorbeert geen exsudaat. Boven de Mepitel plaatsen we een licht adherent verband zoals Ete (Mölnlycke) of Melolin (Smith & Nephew). Dit moet in staat zijn het wondvocht voldoende te absorberen en mag bovendien niet sterk verkleven met de Mepitel. Hierdoor kan het Mepitel verband ter plaatse blijven tot de skin tear volledig hersteld is. Bovendien is het verband min of meer transparant, wat ons toelaat een visuele indruk te krijgen van de wond, zonder het verband te verwijderen. Het geheel wordt gefixeerd met een crêpewindsel, waarmee een lichte druk uitgeoefend wordt. Hierdoor remmen we verdere bloeding af en persen we het exsudaat weg onder het huidflapje. Tevens beperken we de oedeemvorming die een vlotte ingroei van het huidflapje zou kunnen belemmeren. Bij patiënten met arteriële insufficiëntie letten we op om geen druk te veroorzaken door circulair omzwachtelen van de onderste ledematen<sup>29</sup>. Het secundair verband wordt dagelijks verwisseld tot we op dag 3 of dag 4 zien dat er quasi geen exsudaatvorming meer optreedt. Op dat ogenblik mag het verband volledig gesloten blijven tot dag zes of zeven. Wanneer we dan voorzichtig het Mepitel verband verwijderen kunnen we zien of het huidflapje is vastgegroeid met de dermis (Fig 11).

Daarna kunnen we een niet adherent verband op de skin tear plaatsen gedurende vier of vijf dagen. We doen dit om de pas geheelde wond te beschermen tegen mogelijke nieuwe trauma's. Er werden enkele pogingen ondernomen om deze procedure toe te passen met behulp van vette gazen en geïmpregneerde vetverbanden. Alle pogingen waren eerder teleurstellend omdat deze producten niet in staat waren de huidflap voldoende te fixeren. Bij het wisselen van het secundair verband ontstaat steeds een groot risico tot verschuiven van de huidflap, waardoor de kans op necrotiseren verhoogt<sup>26</sup>.

### CATEGORIE II

Het behandelen van skin tears waarbij een beperkt weefselverlies is opgetreden is nagenoeg identiek aan de behandeling van categorie I wonden. Bij scheurwonden met meer dan 25% weefselverlies is het doel een maximaal gebruik te maken van de nog resterende huidflap. Wanneer we op dag 3 of 4 merken dat er geen exsudaatproductie meer is, moeten we uitdrogen en dus korstvorming van de open wond voorkomen. Daarom is het nodig een weinig hydrogel op de Mepitel te brengen, waardoor de wond gehydrateerd wordt. Wanneer na acht dagen de huidflap is ingegroeid, kan de wond op dezelfde wijze verder verzorgd worden. Op dat ogenblik kunnen we echter ook overschakelen op een schuimverband of een ander verband, rekening houdend met de wondevolutie.

### CATEGORIE III

Wanneer alle losgescheurde huid tijdens het trauma of na necrotiseren van het huidflapje verdwenen is, moet de wond in een matig vochtig

milieu kunnen helen. We behandelen deze wond als een schaafwond. Bij de verbandkeuze beschermen we de wond tegen bacteriële invasie. Bovendien moet het verband pijnreducerend en comfortverhogend zijn. Onmiddellijk na het trauma is meestal tamelijk veel exsudaat aanwezig. We kunnen gebruik maken van foams<sup>9,12,25</sup>, alginaten<sup>25</sup>, hydrofiber of silicone gaasverbanden. Na 3 à 4 dagen neemt de hoeveelheid wondexsudaat af waardoor het vaak nodig wordt om de wond te hydrateren met een hydrogel. Wanneer geen klinische tekenen van infectie aanwezig zijn kunnen we de wond eveneens verzorgen met een hydrocolloïd- of een vast gelverband tot een volledige epithelialisatie is opgetreden.

### DIEPE LACERATIEWONDEN

Wanneer de huid tot net boven de fascia doorscheurde wordt door middel van klinisch onderzoek nagaan of geen belangrijke zenuwen, bloedvaten of pezen beschadigd zijn. We kunnen de huidranden van deze wond tegen mekaar aansluiten en behandelen zoals de skin tears van categorie I en II door fixatie met Mepitel (Fig 12 – 14). Toch zien we dat de meeste diepe laceratiewonden chirurgisch gesloten worden met hechtingen of huidgreffen<sup>30</sup>.

### KLINISCH ONDERZOEK

Zowel in de medische als in de verpleegkundige literatuur blijkt nog maar weinig onderzoek verricht te zijn naar dit wondtype<sup>3,6,21</sup>. Toen we na een paar case studies opmerkelijk positieve resultaten opmerkten bij een nieuwe behandelingsmethode, hebben we het succes willen objectiveren door binnen onze instelling een klinische studie<sup>30</sup> op te starten. Hieraan hebben 8 verpleegeenheden deelgenomen en werden gedurende 6



Fig 7. Nieuwe skin tear (5 min na verwonding)



Fig 8. Reinigen met fysiologische oplossing



Fig 9. Epidermale flap gerepositioneerd

maanden 88 skin tears geteld. We hebben een aantal interessante gegevens verzameld, waaronder etiologie, lokalisatie, grootte van de skin-tear, enz. Onze aandacht richtte zich vooral naar het onderzoeken van de genezingskansen volgens de voorgestelde procedure.

Bij het opstarten van het onderzoek koesterden we de hoop en het vermoeden een representatieve groep te kunnen bestuderen. In totaal zijn 8 verpleegafdelingen (C, D en G-diensten) in de studie opgenomen.

Ongeveer één derde van de patiënten waren opgenomen voor een heelkundige ingreep. De anderen verbleven op de afdelingen interne geneeskunde en geriatrie.

Op elke afdeling zijn 2 referentieverpleegkundigen voor wondzorg aangesteld. Voor het opstarten van het onderzoek is de procedure tijdens een vergadering voorgesteld met behulp van een casuïstiek die op scherm werd geprojecteerd.

Vervolgens werden een aantal formulieren beschikbaar gesteld. Maandelijks, tijdens de vergadering voor referentieverpleegkundigen, werd aandacht geschonken aan het onderzoek, zodat eventuele problemen konden besproken worden. Tijdens het onderzoek kon men op elk ogenblik beroep doen op één van de leden van de werkgroep wondzorg.

We hebben de genezingskansen gecorreleerd aan de risicofactoren om een preventiebeleid voor deze wondproblematiek te kunnen opstellen. Tot slot was het doel van dit onderzoek, de voorgestelde procedure te toetsen aan de praktische uitvoering ervan, om eventuele aanpassingen te kunnen aanbrengen.

## RESULTATEN

In totaal hebben we niet minder dan

88 skin tears geregistreerd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 81 jaar. De jongste patiënt was 63 en de oudste had een leeftijd van 93 jaar.

De pathologie van de patiënt verwees naar een aantal specifieke groepen: De grootste risicogroepen zijn deze met cardiale pathologie, longlijden en vaatstoornissen. Dementie blijkt de belangrijkste secundaire factor te zijn. Daarnaast zijn gezichts- en evenwichtsstoornissen supplementaire risico's voor het ontstaan van skin tears. Vaak treden de ziekteverschijnselen en risicofactoren bij eenzelfde patiënt gecombineerd op, waardoor de kans op skin tears kan toenemen.

In de literatuur<sup>14,16</sup> wordt cortisonegebruik als risicofactor genoemd. We hebben gemerkt dat 36% van de patiënten cortisonegebruikers zijn. Merkwaardig was het feit dat alle patiënten, jonger dan 70, cortisonegebruikers waren.

Minstens 45% van de patiënten deed een recidief van skin tears. Minstens 29% van de patiënten had voor het eerst een skin tear. Bij de overige patiënten was de anamnese betreffende skin tears niet bekend. Hoewel de recidiverende patiënten gemiddeld voor de vijfde maal een skin tear vertoonden, nam slechts 31% een preventieve maatregel. De gebruikte middelen waren armbeschermers, windels en lange wollen kousen.

Slechts bij 30% van de patiënten die een recidief deden was hun vroegere behandeling bekend. Opvallend is de grote verscheidenheid van behandelingsmethoden:

- zalven: Neo-Cutigenol, Iso-Betadine
- droog verzorgen:
- vrijlaten aan de lucht
- of: eosine aanstippen
- of: afdekken met gaasverband

- Tulle: vetgaas of Iso-Betadine gaasverband
- Wondhechting-strips
- Huidflapje wegknippen
- Hydrocolloïd verband

Over de helingstijd van de klassieke behandelingswijzen waren meestal geen gegevens beschikbaar. De onderzochte groep behoort tot de hoog-bejaarden, die soms weinig adequate antwoorden geven op gestelde vragen.

## OORZAKEN

Een zeer ruime verscheidenheid van oorzaken lag ten gronde van de skin tears. Toch is het duidelijk dat het stoten tegen onrusthekken verantwoordelijk is voor 1 op 3 skin tears (32%). 23% van de skin tears treden op bij het in en uit bed stappen en verbedden van de patiënt.

Vervolgens is het stoten tegen meubilair (stoel, zetel, nachttafel) en het vallen verantwoordelijk voor 21% van de skin tears.

Niet onbelangrijk is het optreden van skin tears na verwijderen van kleefpleisters en tijdens bloedafname. Deze handelingen zijn voor 15% de oorzaak van het optreden van skin tears.

Verder veroorzaakt fixatie van verwarde patiënten 5% van alle skin tears. Het aan- en uittrekken van kousen veroorzaakt tenslotte nog 4% van de skin tears. (Fig 15)

## LOKALISATIE

Wat betreft lokalisatie hebben we vastgesteld dat 68% van de skin tears voor komt op de bovenste ledematen. De helft daarvan ontstaat op de voorarm (32%). Op de hand komt een vierde van de skin tears voor (18%) en het overige vierde doet zich voor op elleboog (9%), pols (6%) en in mindere mate op de bovenarm (3%). Op de onderste



Fig 10. Soft silicone-coated net verband



Fig 11. Volledig herstel



Fig 12. Diepe laceratiewond



Fig 13. Fixatie van de flap met Mepitel

ledematen doen alle skin tears zich voor op het onderbeen. De voet, enkel, knie en bovenbeen zijn steeds gespaard gebleven. Ter hoogte van de onderste ledematen zien we 32% van alle skin tears optreden. (Fig 16)

#### GROOTTE VAN DE SKIN TEAR

Het vergelijken van de oppervlakte van skin tears is niet zo eenvoudig. Skin tears kunnen lineair zijn, doch meestal zien we een triangulaire of een ovale vorm. Daarom hebben we de skin tears ingedeeld in groepen volgens de lengte van hun langste zijde. Bij 56% van de skin tears beperkt de grootte van de langste zijde zich tot maximum 2 cm. Bij 1 op 5 skin tears (19%) is de langste zijde tussen 2 en 3 cm. Bij 1 op 6 skin tears (16%) zien we wonden waarvan de langste zijde tussen 3 en 4 cm bedraagt. De grootste verwondingen waarbij de langste zijde groter dan 4 cm bedraagt, komt voor bij 1 op 11 skin tears (9%).

In de studie bleek dat de grootte van de skin tear niet bepalend was voor de genezingskansen.

#### BLOEDING EN EXSUDAAT

Bij de helft van de skin tears is een matige bloeding aanwezig. Bij 30% van alle skin tears bloedde de wond veel en bij 20% is geen bloeding te zien.

Bij de helft van de skin tears is na de verwonding een ecchymose in de omliggende huid opgetreden ten gevolge van het trauma.

De exsudaatvorming treedt op gedurende 4 dagen na de verwonding. Uitzonderlijk blijft er langer exsudaatproductie optreden.

#### TIJD TUSSEN HET TRAUMA EN HET TIJDSTIP VAN VERZORGEN

- 68% van alle skin tears kon binnen het half uur verzorgd worden.



Fig 14. Dag 26 na verwonding

- 13% werd verzorgd binnen een tijdsspanne van 2 tot 6 uur na de verwonding.
- 9% van de skin tears werd tussen het 6de en het 12de uur na de verwonding verzorgd.
- 8% van de skin tears werd tussen het 12de en het 24ste uur verzorgd volgens de voorgestelde procedure.
- Bij iets meer dan 1% werd gepoogd om de wond te laten genezen, wanneer de verwonding ouder dan 24 uur was.

#### GENEZINGSKANSEN

Na verzorging van de skin tear blijkt dat bij 76% van alle wonden, weinig (max 2 mm) of geen huiddefect aanwezig is en dus tot skin tear categorie I behoren.

Bij 24% is een groot deel tot de volledige huidflap verdwenen. Het eindresultaat voor skin tears van categorie I toont een genezingspercentage van 82,8% op dag acht (Fig 17). De resterende 17,2% zijn niet genezen binnen de vooropgestelde termijn omdat een bloeding of infectie opgetreden was. De geïnfecteerde wonden werden allemaal laattijdig (meer dan 6 uren na hun ontstaan) verzorgd.

#### PREVENTIE<sup>3,6,9,17,25</sup>

Verrast door de hoge prevalentie die we vaststelden bij ons onderzoek achten we het noodzakelijk een preventief beleid op te stellen<sup>3,6,9,17,25</sup>. Het voorkomen van skin tears is een aandachtspunt voor alle zorgverstrekkers die instaan voor het verplegen van ouderen. Er zijn een aantal maatregelen die kunnen getroffen worden:

1. Het beschermen van de bedreigde huid:
  - huidbeschermende olie (bv: amandelolie of commerciële huidolie)
  - dragen van lange mouwen of

kousen

- preventief zwachtels aanbrengen (indien geen arteriële insufficiëntie aanwezig is)
  - speciale beenbeschermers dragen
  - bij gebruik van kleefpleisters: eerst beschermende film op de huid aanbrengen
2. Preventie bij de dagelijkse zorg
    - opletten bij optrekken van anti-flebitiskousen
    - kortgeknipte vingernagels of eventueel handschoenen dragen bij het verzorgen van ouderen\*
    - geen juwelen dragen tijdens de zorg
    - tiltechnieken gebruiken om schuifkrachten te voorkomen
    - opletten bij transport van patiënten
    - goed passend schoeisel dragen
    - opletten bij het plaatsen, fixeren en verwijderen van veneuze catheters
    - bij verwijderen van kleefpleisters: lijmoplossend materiaal gebruiken
    - verbanden aan extremiteiten bevestigen met zwachtel of netverband
    - speciale aandacht bij in en uitstappen van rolstoel
    - aandacht voor mogelijkheid van automutulatie;
  3. Een veilige omgeving ter preventie van trauma:
    - voldoende verlichting
    - opletten met klein meubilair (nachtkastje, stoelen, ...) in onmiddellijke omgeving van ouderling
    - scherpe randen van meubilair of bedomgeving bekleden met zacht materiaal: bvb: rolstoelen, onrusthekkens, bedranden, enz.
  4. Educatie van ouderling en zijn omgeving:
    - informeren over mogelijke beschermingsmaatregelen
    - informeren over de behandelingsmethode
    - informeren over het te verwachten genezingspatroon
    - bijscholing van het verzorgings-team in verband met preventie
    - bijscholing van het verzorgings-team in verband met het standaard verzorgingsplan
    - het belang van een volwaardige voeding benadrukken.

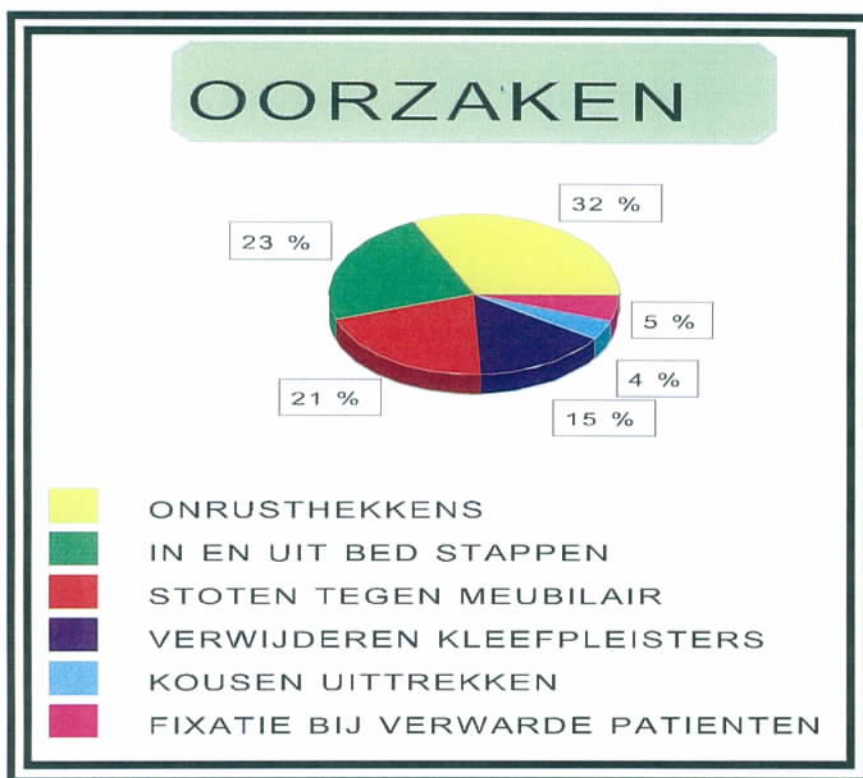


Fig 15. Oorzaken van skin tears

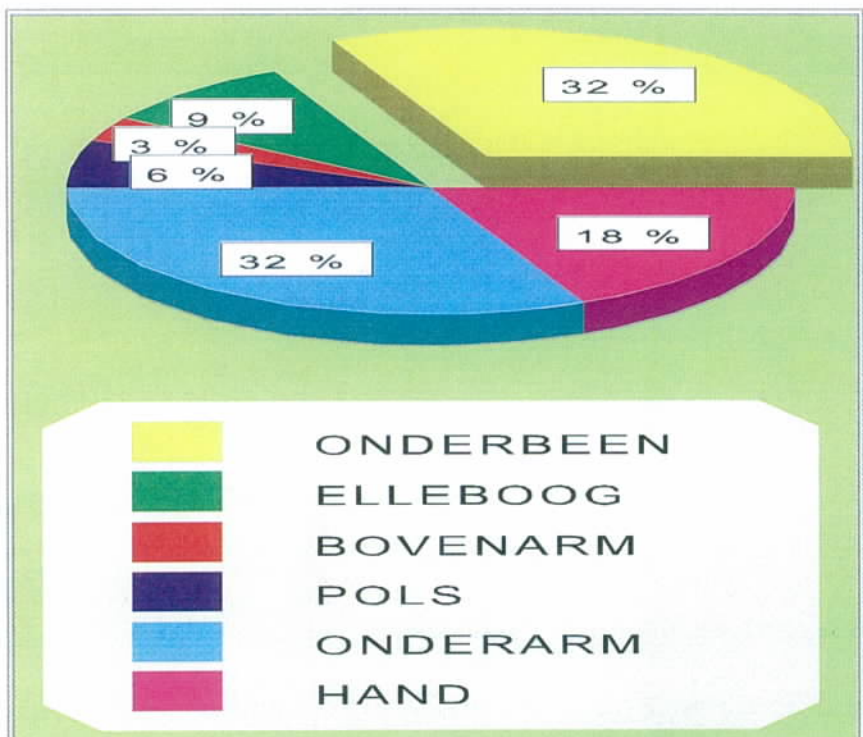


Fig 16. Lokalisatie van skin tears

### BESLUIT

Samenvattend kunnen we enkele aandachtspunten benadrukken. Skin tears treden bij voorkeur op bij hoog bejaarden. Skin tears kunnen reeds bij zestigers voorkomen wanneer zij cortisone gebruiken. Een bijzondere risicopopulatie vormen patiënten met cardiale-, pulmonaire-, en vaatstoornissen. Wanneer deze patholo-

gie gecombineerd plaats vindt met dementie, evenwicht- en gezichtsstoornissen, wordt het risico tot optreden van skin tears sterk verhoogd<sup>15,20</sup>. Skin tears worden meestal veroorzaakt door stoten tegen meubilair en tijdens verzorgingsactiviteiten. Bij risicopatiënten moeten deze contacten en activiteiten zo voorzichtig mogelijk gebeuren.

Uit het eindresultaat blijkt dat het genezingspercentage bij de voorgestelde wondzorgprocedure met het gebruik van een soft silicone-coated net verband zeer hoog ligt. Het is van groot belang de skin tear zo vlug mogelijk na het optreden ervan te behandelen. Alle skin tears die pas 6 of meer uren na het trauma verzorgd werden, zijn niet genezen volgens de voorgestelde procedure. Het risico op infectie en daarmee samen gaand het necroseren van het huidflapje neemt evenredig toe met de tijd tussen de verwonding en het herpositioneren van het huidflapje. Het is noodzakelijk de skin tear goed te inspecteren. Vaak wordt een skin tear ten onrechte gecatalogeerd onder een type II of III. Onze studie toonde aan dat 76% van alle skin tears onder categorie I vallen, en dus kunnen genezen binnen 8 dagen. Voor het vlot ingroeien van het huidflapje is voldoende vascularisatie nodig. Wanneer het fibrineus wondvocht (bij skin tears categorie II) indroogt, ontstaat korstvorming waardoor de kans op een snelle wondheling vermindert. Om deze korstvorming te voorkomen, kunnen we een hydrogel op de wond aanbrengen zonder het verband te manipuleren. We respecteren hierdoor de principes van vochtige wondheling, zonder enig risico te lopen om schade te berokkenen aan de ingroeierende huidflap. Gezien we slechts één Mepitel verband gebruiken tot de volledige wondheling, hebben we tevens een economisch verantwoorde verbandkeuze gemaakt. Tot slot, doch even belangrijk, benadrukken we het positieve comfortaspect. In vergelijking met paraffine gaasverbanden verhoogt het soft silicone-coated netverband het comfort tijdens de verbandwisseling<sup>29</sup>.

Hoewel we zeer bewust zijn van de kleinschaligheid van het onderzoek dat we in ons ziekenhuis konden verrichten, zijn we overtuigd geraakt dat door het onderzoek van de voorgestelde procedure, op zijn minst een bewustwording gewekt werd bij onze collega verpleegkundigen.

Dit artikel verscheen als: 'Using a soft silicone-coated net dressing to manage skin

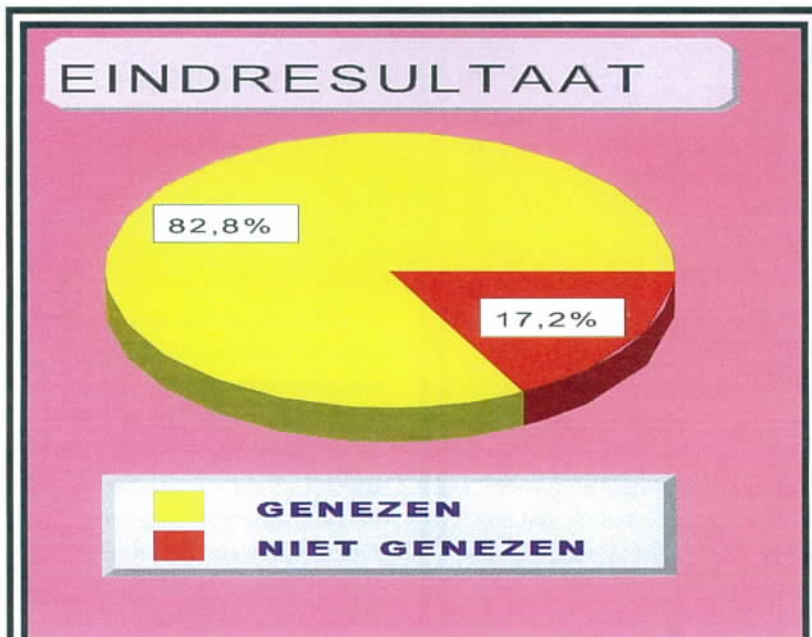


Fig 17. Resultaten

tears' in: *Journal of Wound Care*, VOL 11, NO 10, November 2002' en werd bekroond met de *Journal of Wound Care Award 2002* als beste artikel in de categorie: 'Clinical innovation / case study'. Met dank aan de uitgever van de *Journal of Wound Care* voor toelating tot vertaalde publicatie in WCS - Nieuws.

\* **Frans Meuleneire, R.N. AZ St-Elisabeth Zottegem - België**  
Email: [frans.meuleneire@skynet.be](mailto:frans.meuleneire@skynet.be)

## REFERENTIES

- Gurwitz H., Sanchez-Cross M.T., Eckler M.A., et al.: 'The epidemiology of adverse and unexpected events in the long-term care setting' in: *The Journal of the American Geriatrics Society*, 42(1), p 33-38, 1994
- Thomas DR, Goode PS, LaMaster K, Tennyson T, Parnell LK: 'A comparison of an opaque foam dressing versus a transparent film dressing in the management of skin tears in institutionalized subjects' in: *Ostomy Wound Manage* 1999 Jun 45:6 22-4, 27-8
- Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J: 'The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly' in: *Ostomy Wound Manage* 1998 Mar 44:3 Supple 14S-24S
- Fenske N.A., Conard C.B.: 'Aging skin' in: *American Family Physician*, feb. 219 - 230 (1988)
- Payne RI, Martin ML: 'The epidemiology and management of skin tears in older adults' in *Wound Manage* 1990 Jan-Feb 26:26-37
- White MW, Karam S, Cowell B: 'Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention' in: *Geriatr Nurs* 1994 Mar-Apr 15:2 95-9
- Branchet M.C., Boissic S., Frances C., Robert A.M.: 'Skin thickness changes in normal aging skin. *Gerontology*, 36, p 28 - 35, 1990.
- Edwards H, Gaskill D & Nash R: 'Treating skin tears in nursing home residents: a pilot study comparing four types of dressings' in: *International Journal of Nursing Practice* 1998; 4:25-32.
- Baranoski S: 'Skin tears: staying on guard against the enemy of frail skin' in: *Nursing* 2000 Sep 30:9 41-6
- Davis M., Dunkley P., Harden R.M. et al. in: 'The Wound Management Programm. Dundee Centre for Medical Education' p. 188; 1992
- Asmussen P.D., Söllner B.: 'Wound Care, Principles of Wound Healing' 1993
- Payne RL, Martin ML: 'Defining and classifying skin tears: need for a common language' in: *Ostomy Wound Manage* 1993 jun 93:3 16-20, 22-4, 26
- Camp Sorell D: 'Skin tears: what can you do?' in: *Oncology Nurs Forum* 1991 Jan-feb 18:1 135
- Norman L, Gottlieb, MD, Neal S Penneys,MD,PhD: 'Spontaneous skin tearing during systemic corticosteroid treatment' in: *Jama*, March 28, 1980-vol 243 - 12
- Degreef H, Banuelos J, Davis M: 'Wound management and quality of life in the elderly. Guidelines for healthcare profes-
- sionals involved in wound management' in: *Ostomy/Wound management*, 40(3) 96-107, 1994
- Hoffman J. : 'The management of Skin Tears. Not Just Skin Deep. 3M Health Care Publication 1988;9:57-58
- Mason SR: 'Type of soap and the incidence of skin tears among residents of a long term care facility' in: *Ostomy/Wound Management* 1997;43(8):26-30
- Faucher N., Meaume S., Salvatore R., et al.: 'Statut nutritionnel et infection, les facteurs de retard de la cicatrisation' in: *Soins n°642*, p 5-8; jan 2000
- Smith L.: 'Histopathologic characteristics and ultrastructure of aging skin' in: *Cutis*, 43. p. 414 - 424, 1989
- O'Regan A. : 'Skin Tears: a review of the literature' in: *World Council of Enterostomal Therapists Journal* vol 22 nr 2 p. 26 - 31 (april/june 2002)
- Gilmann T., Penn J., Bronks A. et al.: 'Closure of wounds and incisions with adhesive tape' in: *Lancet*, 269; 2-4. 1955
- Sutton R., Pritty P.: 'Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pre-tibial lacerations' in: *BMJ* 1985; 1:290
- Cuzell JZ. Clues: bruised torn skin. *American Journal of Nursing* 1990. 18:16-18
- Everett & Powell T. : 'Skin tears - the underestimated wounds' in: *Primary Intention* 1994; 2(1): 28-31
- Krasner D: 'An approach to treating skin tears' in: *Ostomy Wound Manage* 1991 Jan-Feb 32:56-8
- Meuleneire Frans: 'Een nieuwe wondzorgprocedure, bevestigd door een praktijk onderzoek' in: *Ligament*, 29; 4 sept-okt 1998
- Vloemans J, Bankras JH: 'Fixation of split thickness skin grafts with Mepitel. An open non-comparative study in twenty children. Presented at the European Burns Congress, Barcelona' 1991
- Bradley L.: 'Pretibial lacerations in older patients: the treatment options' in: *Journal of Wound Care* Jan, vol 10, no 1, 2001
- Platt A.J., Phipps A., Judkins K.: 'A comparative study of silicone net dressing and paraffin gauze dressing in skin-grafted sites' in: *Burns* Vol.22, No 7, p 543-545, 1996
- Roovers E.: 'Skin tears: opstellen en invoeren van een behandelingsprotocol en preventiemogelijkheden': not published study, 2002