

# Decubitus of dermatitis?

R.H. Houwing, E.S.M. Koopman\*

Dit artikel is eerder verschenen in NTVG september 2014 en met toestemming van auteurs en redactie overgenomen.

**Bedlegerige patiënten met incontinentie kunnen te maken krijgen met dermatitis rond het zitvlak. Dit kan enerzijds komen door een verminderde gezondheidstoestand en anderzijds door de vochtige huid. Daarnaast hebben deze patiënten een grotere kans op het ontstaan van decubitus in ditzelfde gebied. Het is daarom belangrijk om preventieve maatregelen te nemen en de eventuele decubitus in een vroeg stadium te ontdekken en te behandelen. In dit artikel laten wij dit zien aan de hand van twee patiënten.**

## Casus

Patiënt A, een 80-jarige dementerende man, woonde in een verzorgingstehuis en werd door ons gezien vanwege een ernstige aantasting van de huid rondom de billen. Patiënt was regelmatig incontinent voor urine en ontlasting. De laatste weken was hij in toenemende mate bedlegerig en sindsdien verergerde de huidafwijking. Bij inspectie van het wondgebied zagen wij een livide verkleuring van de huid met een lineair verlopende vergroving van het huidreliëf (lichenificatie) en enkele oppervlakkige open wonden, beide kenmerkend voor decubitus (foto 1). Behandeling van de incontinentie bleek niet mogelijk en een huidbarrièrecreme gaf geen verbetering. Wij adviseerden het verzorgingsteam om regelmatig een ruime hoeveelheid zinkoxidesmeersel aan te brengen, frequent het incontinentiemateriaal te verwisselen, wisselligging toe te passen en patiënt te verplegen in semi-Fowlerse ligging. Bij deze laatstgenoemde houding ligt de patiënt op zijn

rug, met het matras bij het voeteneinde en bij het hoofd-einde in een hoek van 30 graden ten opzichte van de rest van het matras.

Binnen zes weken genas de decubitus en ook de lichenificatie verminderde langzaam in ernst.

Patiënt B, een 50-jarige ernstig zieke man, werd opgenomen op de IC met levercirrose en een hepatorenaal syndroom op basis van alcoholmisbruik. Wij werden in consult gevraagd, omdat deze patiënt tijdens de opname een fulminante diarree kreeg die in enkele dagen de huid aantastte (foto 2). Het advies was om de huid te behandelen door frequent een ruime hoeveelheid zinkoxidesmeersel aan te brengen. Overtollige zalfresten konden zo nodig voorzichtig worden verwijderd met zoete olie. Patiënt werd op een hoogwaardig antidecubitusluchtmatras gelegd en iedere 2-3 uur werd een wisselligging toegepast. Ook werd een tampon in de anus gebracht om contact tussen de



Foto 1. Patiënt A met livide verkleuring van de huid, lineair verlopende lichenificatie en twee oppervlakkige wonden.



Foto 2. Patiënt B met uitgebreide dermatitis en meerdere oppervlakkige open wondjes op de linker- en rechterbil.

## Leerpunten

Het is lastig om een onderscheid te maken tussen incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) en decubitus.

Een huid met IAD is extra gevoelig voor mechanische belasting, vooral voor schuifkrachten.

Bescherm de huid van patiënten met IAD tegen vocht van urine en feces en behandel hen met zinkoxydesmeersel.

Neem maatregelen ter preventie van decubitus, zoals gebruik van een antidecubitusmatras, toepassen van wisselgigging en verpleging in semi-fowlerse houding. Inspecteer de huid met IAD regelmatig en wees alert op het ontstaan van decubitus.

huid en ontlasting zoveel mogelijk te vermijden. Hierop genas de dermatitis binnen enkele dagen en de oppervlakkige open wonden genazen binnen vier weken.

## Beschouwing

Decubitus en incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) komen vaak samen voor bij bedlegerige en weinig ambulante patiënten. Hoe groter de zorgafhankelijkheid, hoe meer kans op beide aandoeningen (1,2). Datzelfde geldt voor een slechte gezondheid (1,2). Decubitus is een beschadiging van de huid en het onderliggende weefsel en wordt uitgelokt door druk- en schuifkrachten. Het klinisch beeld is divers, variërend van een lokale livide verkleuring van de huid tot diepe wonden, soms zelfs tot op het bot (3,4). In sommige gevallen is er sprake van ernstige decubitus met een diep infiltraat, terwijl de huid intact is. Bij IAD zijn roodheid, blaasjes en schilfering in de perineale en vulvaire regio te zien. Langdurige inwerking van urine of feces tast de barrièrefunctie van de huid aan, waardoor inflammatie ontstaat. Bij frequente dunne ontlasting kunnen destructieve enzymen, zoals lipase en protease, zelfs huiderosie veroorzaken (5-7).

Uit bovengenoemde casussen blijkt dat bij een door incontinentie aangetaste huid gemakkelijk oppervlakkige decubituslaesies kunnen ontstaan (foto 1 en 2). Een incontinentie patiënt heeft vaak een slechtere conditie en ouderen hebben een atrofische, kwetsbare huid, waardoor het risico op het krijgen van decubitus vergroot is (8,9). Een vochtige huid is bovendien stroever, waardoor de kans op weefselschade door schuifkrachten toeneemt, met name in halfzittende houding. Lang aanhoudende schuif- of frictiekrachten geven een verdikking en vergroving van de huid, zoals bij patiënt A goed te zien was. Maar dit kan ook verlies van de huid veroorzaken, in de vorm van decubitus. Het blijkt vaak lastig deze oppervlakkige

decubitus te herkennen, door de aanwezigheid van roodheid en schilfering. Bij patiënt B bleek pas na genezing van de dermatitis dat er tevens decubitus was opgetreden. Decubituswonden ontstaan over het algemeen boven benige uitsteeksels. Dat dit bij patiënt B niet het geval was, wijst erop dat niet zozeer de druk-, maar de schuifkrachten de wonden hadden veroorzaakt (4). Deze oppervlakkige decubituswonden zijn vaak pijnlijk en kunnen leiden tot ernstigere decubitus als men alleen huidbeschermende maatregelen geeft en druk- en schuifontlastende maatregelen achterwege laat. Het voorkómen van de schuifkrachten, bijvoorbeeld door verpleging in Fowlerligging, is hier belangrijker dan het inzetten van dure drukverlagende matrassystemen. Een wisselhouding middels een 30ffl laterale zijligging vermindert de druk- en schuifkrachten en heeft daarnaast als voordeel dat de huid minder aangetast wordt door urine of feces en dat frequente inspectie van het wondgebied eenvoudiger is (10,11).

## Tot slot

Wij beschreven twee patiënten bij wie decubitus was ontstaan door druk- en schuifkrachten op een door incontinentie aangetaste huid. Een door incontinentie beschadigde huid moet beschermd worden met een barrièrecreme of zinkoxydesmeersel. Zo mogelijk dient de incontinentie behandeld te worden en anders is het advies om het incontinentiemateriaal frequent te verschonen. Decubitus is een veelvoorkomend probleem bij bedlegerige, incontinentie patiënten. Zij zijn vaak in slechte conditie en minder mobiel. Het afschuiven van de huid treedt sneller op bij een vochtige en kwetsbare huid, waardoor decubitus ontstaat. De ontstaanswijze van incontinentie-geassocieerde dermatitis is anders dan die van decubitus, maar het onderscheid tussen deze twee aandoeningen blijkt in de praktijk lastig. Decubitus zal echter niet genezen zonder de druk- en schuifkrachten te verminderen. Wij adviseren daarom bij patiënten met IAD, al dan niet in combinatie met een evidente decubitus, maatregelen te nemen ter preventie of behandeling van decubitus.

## Literatuur

1. **Landelijke multidisciplinaire richtlijn decubitus preventie en behandeling.** Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); 2011.
2. Halfens RJGE, Meesterberends JMM, Meijers MFMT, Du Moulin NC, van Nie JCL, Neyens JCL, et al. **Landelijke prevalentie meting zorgproblemen: rapportage resultaten 2012.** Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI; 2012.
3. Stekelenburg A, Gawlitta D, Bader DL, Oomens CW. **Deep tissue injury: How deep is our understanding?** Arch Phys Med Rehabil, 2008;89:1410-3.
4. Houwing RH, Arends JW, Canninga-van Dijk MR, Koopman E, Haalboom JRE. **Is the distinction between superficial pressure ulcers and moisture lesions justifiable? A clinical-**

- pathological study.** Skinmed, 2007;6:113-7.
5. Seyfarth F, Schliemann S, Antonov D, Elsner P. **Dry skin, barrier function, and irritant contact dermatitis in the elderly.** Clin Dermatol. 2011;29:31-6.
  6. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. **Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences.** Contact Dermatitis, 2007;75:211-7.
  7. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. **Incontinence-associated dermatitis: a consensus.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007;34:45-54.
  8. Nicolopoulos CS, Giannoudis PV, Glaros KD, Barbenel JC. **In vitro study of the failure of skin surface after influence of hydration and preconditioning.** Arch Dermatol Res, 1998;290:638-40.
  9. Braverman IM, Fonferko E. **Studies in Cutaneous Aging: I. The Elastic Fiber Network.** J Invest Dermatol, 1982;78:434-43.
  10. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heynenman A, Defloor T. **Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review.** J Adv Nurs, 2009;65:1141-54.
  11. Defloor T. **The effect of position and mattress on interface pressure.** Appl Nurs Research, 2000;13:2-11.

\* *Ronald.H. Houwing, dermatoloog, Deventer Ziekenhuis, Deventer*  
*Eddy S.M. Koopman, wondconsulent, Deventer Ziekenhuis, Deventer.*

## Contact

r.houwing@dz.nl