

Depth unknown: verdieping van onbekende diepte

V. Aberkrom, D. Broos, M. Derhaag, A. Duerink, V. Rameckers*

De nieuwe categorie decubitus ‘depth unknown’ wordt opgesplitst in ‘suspected deep tissue injury’ en ‘unstageable’. Deze categorie is van toegevoegde waarde omdat het verloop afwijkt van de andere categorieën decubitus. Daarentegen zijn de interventies en inzet van preventieve maatregelen er ook op gericht om diepere weefselschade te voorkomen. Het toevoegen van deze categorie in de nieuwe internationale richtlijn uit 2014 is de aanleiding geweest om een artikel te schrijven ter verdieping van de nieuwe categorie decubitus: ‘depth unknown’. De verdieping van onbekende diepte.

In 2014 is er een nieuwe internationale richtlijn voor decubitus⁽¹⁾ gepubliceerd door de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), in samenwerking met de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) en Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). In deze richtlijn wordt een nieuwe categorie voor het stageren van decubitus benoemd, te weten ‘depth unknown’, die wordt onderverdeeld in ‘suspected deep tissue injury’ en ‘unstageable’⁽¹⁾.





In de huidige Nederlandse richtlijnen zijn vier categorieën beschreven (figuur 1)^(2,3). De Nederlandse vertaling van ‘depth unknown’ wordt nog geformuleerd, maar het is vrijwel zeker dat deze nieuwe categorie ook in de Nederlandse richtlijn worden opgenomen^(4,5). Dit is de aanleiding geweest om een artikel te schrijven ter verdieping van de nieuwe categorie decubitus.

Geschiedenis

In 1955 werd het eerste classificatiesysteem voor decubitus ontwikkeld door Guttman⁽⁶⁾, in 1975 heeft Shea het stageringssysteem voor decubitus omschreven dat als basis werd gebruikt voor de staging van decubitus in Amerika door de NPUAP⁽⁷⁾. In december 1996 is de EPUAP in Londen opgericht⁽⁸⁾, die in 1998 de eerste EPUAP-richtlijn over decubituspreventie publiceerde, die snel werd gevolgd door de EPUAP richtlijn over de behandeling van decubitus in 1999^(9,10). In beide richtlijnen wordt decubitus geclassificeerd in graad I tot en met IV⁽⁹⁾, gebaseerd op de NPUAP-classificatie uit 1989 met kleine tekstuele aanpassingen⁽¹³⁾.

Deep tissue injury werd al in 1873 door Paget omschreven. Ook Groth in 1942 en Shea in 1975 beschreven al een ‘closed pressure ulcer’⁽⁶⁾. Vanaf 2001 is de categorie depth unknown: suspected deep tissue injury door de NPUAP geïdentificeerd en in februari 2007 voor het eerst gedefinieerd in de richtlijnen van de NPUAP⁽¹¹⁾. De EPUAP volgde deze aanpassing in het classificatiesysteem niet.

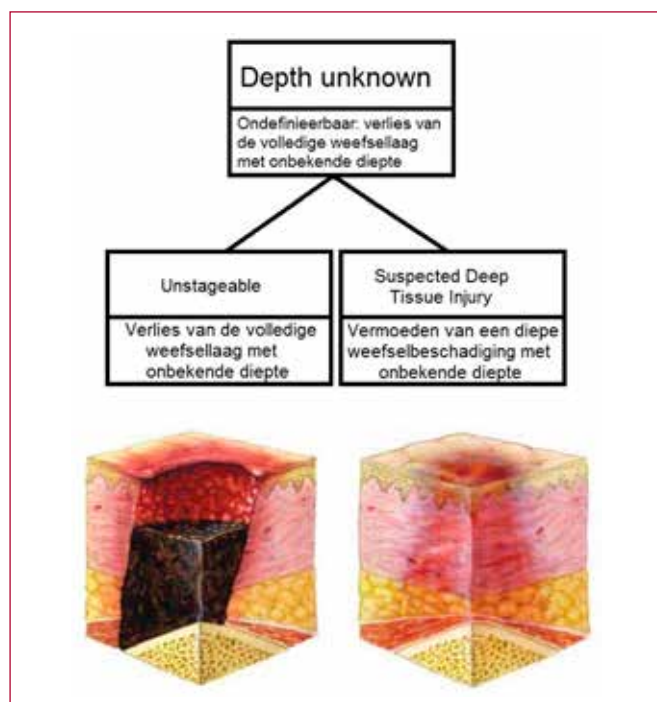
In 2009 heeft de World Health Organization (WHO) gevraagd om eenduidigheid van de classificatie van decubitus⁽¹²⁾. Daarom werd in 2009 in samenwerking tussen de NPUAP en de EPUAP de vijfde categorie besproken, maar niet opgenomen in de richtlijn^(14,15,16). Ook in de Nederlandse richtlijn uit 2011 wordt decubitus ingedeeld in vier categorieën, de onbekende diepe weefselschade valt hierbij onder categorie IV^(15,17).

	Niet wegdrukbare roodheid bij intacte huid	Categorie I
	Huidletsel dat zich beperkt tot de opperhuid en aanwezigheid van en/of blaarvorming, en/of ontzetting	Categorie II
	Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstreken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie)	Categorie III
	Uitgebreide weefselschade of weefselsterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels.	Categorie IV

Figuur 1. Huidige classificatie: decubitus categorie I t/m IV

Nederlandse vertaling

In de Nederlandse richtlijn zal de vertaling van 'depth unknown' waarschijnlijk worden omschreven als 'ondefinieerbaar: verlies van de volledige weefsellaag met onbekende diepte' ⁽¹⁸⁾. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'suspected deep tissue injury', dat waarschijnlijk wordt vertaald als 'vermoeden van een diepe weefselbeschadiging met onbekende diepte', en 'unstageable', dat waarschijnlijk wordt vertaald als 'verlies van de volledige weefsellaag met onbekende diepte' ^(1,18). Ter verduidelijking hebben de auteurs een schematische weergave gemaakt van de termen met afbeeldingen uit de internationale richtlijn ⁽¹⁾ (figuur 2).



Figuur 2. Schematische weergave nieuwe categorie met vertaling

Depth unknown: unstageable en suspected deep tissue injury

Vanuit de internationale richtlijn ⁽¹⁾ wordt de categorie 'depth unknown: unstageable' als volgt omschreven: een decubituswond waarbij er sprake is van een volledig huiddikte defect, bedekt met beslag of necrose, waardoor de diepte van de wond niet met het oog te bepalen is. Indien het beslag of de necrose verwijderd wordt, zou de wond geïdentificeerd kunnen worden als categorie III of IV. Een droge, harde necrotische korst kan gezien worden als 'natuurlijke bescherming' en hoeft niet (altijd) verwijderd te worden ⁽¹⁾ (vrij vertaald door auteurs).

De categorie 'depth unknown: suspected deep tissue injury' is een donkerrood, paarse of bruine verkleuring van de huid, met of zonder blaas, veroorzaakt door schade van het onderliggende weefsel door druk- of schuifkrachten ⁽¹⁾.

Depth unknown: suspected deep tissue injury is, net als categorie I decubitus, bij patiënten met een donkere huidskleur moeilijk waar te nemen ⁽¹⁾. De wond kan zich verder ontwikkelen als een dunne blaas over een donker wondbed, hetgeen kan resulteren in een dunne laag necrose. Doordat er schade is aan het dieper gelegen weefsel, kan er snel verslechtering van de wond optreden. De dieper gelegen weefselbeschadiging kan al aanwezig zijn, voordat de verkleuring zichtbaar wordt ⁽¹⁾ (vrij vertaald door auteurs).

Van een depth unknown: suspected deep tissue injury kan snelle verslechtering verwacht worden, waarschijnlijk door een combinatie van directe schade door ischemie bij compressie van het weefsel (druk), en indirect door reperfusie bij drukontlasting ⁽¹⁹⁾. Bij ischemie ontstaan in de cellen vrije zuurstofradicalen, die bij reperfusie in contact komen met zuurstof, hetgeen een heftige, toxische reactie veroorzaakt. Dit kan leiden tot ernstige schade aan het weefsel ⁽²⁰⁾.

In tegenstelling tot decubitus in het algemeen, dat het meest voorkomt op het sacrum, komt een depth unknown: suspected deep tissue injury het meest voor op de hielen (41%) in vergelijking met het sacrum (19%), zoals beschreven staat in het prevalentieonderzoek van Van Gilder et al ^(21,22).

Interventies

De algemene preventiemaatregelen die worden aangeraden in de landelijke richtlijn uit 2011 ⁽¹⁷⁾ blijven ook van kracht op de nieuwe categorie decubitus, waaronder het geven van wisselposities, het vrijleggen van hielen, inzet van anti-decubitusmiddelen en verbeteren van de voedingstoestand. De interventies zijn erop gericht om diepere weefselbeschadiging te voorkomen en de totale genezingsduur te verkorten ⁽¹⁷⁾.

Bij de nieuwe categorie is het uitvoeren van een huidinspectie op risicoplakken van groot belang om de eerste tekenen of symptomen van decubitus te identificeren ⁽²³⁾. Hierbij gaat het om erytheem, lokale warmte, oedeem en induratie ⁽²³⁾. Risico-inschatting is belangrijk bij zowel preventie als behandeling van decubitus. Bij elke verandering in de toestand van de patiënt dient een risicoscore te worden afgenomen ⁽¹⁾.

Bij de categorie depth unknown: unstageable dient een debridement te worden uitgevoerd om de diepte te bepalen. Het doel hierbij is het creëren van een vitale wondbodem. Bij een droge, intacte, vastzittende korst zonder erytheem of onderliggend abces op de hielen, dient het dode weefsel als een 'natuurlijke bescherming' en moet deze niet worden verwijderd. Necrose aan de hielen mag

daarnaast alleen worden gedebrideerd indien de vaatstatus suffiënt is ⁽¹⁾. Overweeg bij een depth unknown: suspected deep tissue injury het toepassen van een polyurethaan-foam bij botuitsteeksels (hielen, heup), waarbij regelmatig huidinspectie kan plaatsvinden. Indien er een bloedblaar aanwezig is dient deze te worden beschermd met een niet-verklevend different gaas met een absorberend verband ⁽¹⁾.

Snel handelen kan diepere weefselschade voorkomen en beperken en daarnaast kan het risico op complicaties worden verminderd ^(1,19,24). Een casestudy van Zortman en Malec ⁽²⁴⁾ omschrijft dat twee nieuwe technologieën, namelijk infraroodbeeld en contactloos ultrageluid met lage frequentie, effectief kunnen zijn voor de diagnostiek en behandeling bij vermoeden van diepe weefselschade waarvan de diepte onbekend is. Echter zijn hier volgens de laatste internationale richtlijn nog onvoldoende bewijzen voor ⁽¹⁾.

Voor meer informatie over de verschillen tussen de interventies uit de landelijke en nieuwe internationale richtlijn wordt verwezen naar het artikel 'Nieuwe internationale richtlijn decubitus 2014 versus landelijke richtlijn decubitus V&VN 2011' uit WCS Nieuws december 2015 ⁽²⁵⁾ en de aankomende vertaling van de nieuwe richtlijn.

Meerwaarde van depth unknown

Het toevoegen van de nieuwe categorie is zinvol, omdat depth unknown een andere prognose heeft door de te verwachten achteruitgang. Het verschil met de andere categorieën is dat bij opheffen van de oorzaak, de decubitus niet binnen een paar dagen tot weken genezen is, vanwege beschadiging van het onderliggende weefsel ⁽¹⁹⁾.

Een donkere verkleuring van de huid, waarvan het vermoeden bestaat dat het onderliggende weefsel beschadigd is, zou ook als categorie I kunnen worden geclassificeerd. Het gevaar hiervan is dat het als relatief onschuldig wordt gezien. Bij een categorie I of II decubitus is de verwachting dat deze binnen enkele dagen tot weken zal genezen, mits er drukontlasting wordt toegepast en er geen comorbiditeit aanwezig is. In het geval van een decubitus depth unknown die als categorie II wordt geclassificeerd, zou pas bij overplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling of instelling de ernst van het letsel naar voren kunnen komen. Ook zou het kunnen voorkomen, dat een thuis ontstane decubitus depth unknown, zich pas bij ziekenhuisopname van de patiënt openbaart. Het ontbreken van de nieuwe categorie decubitus kan leiden tot verwijten op het gebied van kwaliteit van zorg, terwijl het ontstaan van de weefselschade elders ligt. Met name in Amerika, maar ook toenemend in andere landen, zou dit tot onterechte malpractice claims kunnen leiden. Daarnaast kunnen door

het gebruik van verschillende categorieën internationaal verschillen ontstaan in interpretatie en zijn data tussen landen niet vergelijkbaar ⁽¹⁷⁾.

Concluderend geeft het toevoegen van een nieuwe categorie decubitus voor de toekomst een goede motivatie om meer onderzoek te doen, bijvoorbeeld rondom vroege diagnostiek, maar ook de behandeling van decubitus.

Literatuur

1. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline** Cambridge Media: Perth, Australia: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Emily Haesler (ed.); 2014.
2. Decubitus Nederland. **Decubitus classificatie**. via <https://www.decubitus-nederland.nl/main/nl/page/decubitus-classificatie> geraadpleegd 07-07-2016.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Pressure Injury Staging Illustrations**. via NPUAP: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/> geraadpleegd 07-07-2016.
4. **Algemene ledenvergadering en symposium V&VN Wondexpertise 24-03-2016** in Almere, voorzitter P. Quataert.
5. Mailcontact met P. Quataert, deelnemer Richtlijn vertalingscommissie samen met M. Renierkens, H. Brull.
6. Black J, Baharestani M, Cuddigan J et al. **National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system**. *Dermatology Nursing*, 2007;19:343-9.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **NPUAP Pressure Ulcer Stages/Categories**. januari 2012 via NPUAP: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/NPUAP-Pressure-Ulcer-Stages-Categories.pdf> geraadpleegd 06-05-2016.
8. European Pressure Ulcer Advisory Panel. **What is the EPUAP**. via <http://www.epuap.org/about/> geraadpleegd 02-07-2016.
9. **EPUAP Review 2003**, http://www.epuap.org/archived_reviews/EPUAP_Rev5.1.pdf geraadpleegd 03-07-2016.
10. **EPUAP Review 2001**, http://www.epuap.org/archived_reviews/EPUAP_Rev3.3.pdf geraadpleegd 03-07-2016.
11. **Position Statement: Pressure Ulcer Staging**. Wound Ostomy and Continence Nurses Society Mount Laurel New Jersey: WOCN National Office; 2011.
12. Stausberg J, Kiefer E. **Classification of pressure ulcers: a systematic literature review**. *Studies in health technology and informatics*, 2009;146:511-5.
13. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, et al. **EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study**. *Journal of Advanced Nursing*, 2007;60:682-91.
14. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. **International Guideline Pressure Ulcer Treatment Technical Report**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
15. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
16. Cuddigan J. **The Story of Pressure Ulcer Guidelines**. 2015

- powerpointpresentatie. <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2015/02/1.-Opening-Keynote-J-Cuddigan.pdf>
geraadpleegd 06-05-2016.
17. **Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubituspreventie en -behandeling** Utrecht: V&VN, LEVV, EPUAP, NPUAP; 2011.
 18. Redactie Nursing. **3 veranderingen in de nieuwe richtlijn decubitus**. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; september 2015; via <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Achtergrond/2015/9/3-veranderingen-in-de-nieuwe-richtlijn-decubitus-2694714W/#comments> geraadpleegd 08-03-2016.
 19. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Deep Tissue Injury**. White paper Washington DC; 2012 via <http://www.npuap.org/resources/white-papers/> geraadpleegd 10-04-2016.
 20. Poot E, Mintjes-de Groot J. et al, red. **Decubitus te lijf, Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen**. Hoofdstuk 2. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008:55-62.
 21. Van Gilder C, MacFarlane GD, Harrison P et al. **The demographics of suspected deep tissue injury in the United States: an analysis of the International Pressure Ulcer Prevalence Survey 2006-2009**. *Advances in Skin & Wound Care*, 2010;23:254-61.
 22. Salcido R, Lee A, Ahn C. **Heel pressure ulcers: purple heel and deep tissue injury**. *Advances in Skin & Wound Care*, 2011;24:374-80.
 23. Black JM, Brindle CT, Honaker JS. **Differential diagnosis of suspected deep tissue injury**. *International Wound Journal*, 2015.
 24. Zortman T, Malec J. **Case study: Early detection and treatment quickly resolves a deep tissue injury**. *Wound Care Advisor*, 2015;4:20-2.
 25. Knip-Hoeksema T, Westra A, Halff-Butter K. **Nieuwe internationale richtlijn decubitus 2014 versus landelijke richtlijn decubitus V&VN 2011**. *WCS Nieuws*, 2015;31:16-20.

**Vera Aberkrom, wond- en decubitusconsulent, Q Care Medical Services, Oisterwijk*
Dayenne Broos-Broeders, wondconsulent, Expertisecentrum Wondzorg, Oosterhout / De Riethorst Stroomland, bestuurslid V&VN Wondexpertise
Marjo Derhaag-Ruber, wondconsulent, Mitralis Expertise Centrum Wondzorg, Heerlen
Annemarie Duerink-Goedegebuure, wond- en decubitusconsulent, Bravis Ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom
Veronique Rameckers, wondconsulent, Mitralis Expertise Centrum Wondzorg, Heerlen

Contact

vera.aberkrom@ziggo.nl