Herken de verschillen

Decubitus en IAD

Is het decubitus of IAD? Het valt niet altijd mee de verschillen te zien. Lees daarom snel verder.

TEKST: FEMKE VAN DEN BERG

Sinds een herseninfarct vorig jaar woont mevrouw Vermaas (83) in een verpleeghuis. Ze heeft aan de beroerte een halfzijdige verlamming overgehouden, maar ook vergeetachtigheid en minder controle over blaas en darmen. Nu heeft ze ineens een wond bij haar stuitje. Maar wat voor wond? Is het decubitus? Of misschien toch incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD)?

Het is lastig om het onderscheid te maken, weet wond- en compressiespecialist Jacobine Melis 'Decubitus en IAD lijken op elkaar. Ze komen vooral voor bij oudere, verminderd mobiele mensen. Zowel bij IAD als decubitus kan sprake zijn van roodheid, pijn en ontvelling. Uit Europees onderzoek bleek dat maar 22 procent van de verpleegkundigen in staat is huidletsel juist te classificeren. Voor verzorgenden zal dit niet anders zijn. Toch is het belangrijk de juiste diagnose te stellen, want de behandeling van de letsels is wél verschillend. Zonder correcte diagnose is er geen goede behandeling en juiste preventie.'

Melis adviseert verzorgenden eerst na te gaan wat de oorzaak is van de huidbeschadiging. 'Decubitus is het gevolg van druk óf druk in combinatie met schuifkrachten. Druk ontstaat bijvoorbeeld als je lang in dezelfde houding ligt, zegt ze. Het lichaam wordt dan steeds op dezelfde punten belast. Als de *drukkracht* groot is, worden bloedvaten en weefsels samengedrukt. De huid en het weefsel eronder krijgen dan onvoldoende zuurstof en voedingsstoffen. Dit kan ertoe leiden dat de huid stukgaat. Melis: 'Van *schuifkrachten* is bijvoorbeeld sprake als mensen steeds in een stoel onderuitzakken en weer overeind worden gehesen. Het weefsel raakt dan ook van binnenuit beschadigd.'

'Ga eerst de oorzaak van de huidbeschadiging na'

IAD wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van vocht, urine en/of ontlasting. 'Deze hebben een negatief effect op de pH-waarde van de huid. De huid kan gaan verweken en wordt rood. Bovendien is deze vochtige huid vatbaarder voor schimmels en infecties', legt Melis uit. 'Trouwens, als er een schimmel is moet je deze altijd eerst behandelen.'

De kans op decubitus is het grootst waar het bot dicht onder de huid ligt. Bijvoorbeeld bij hielen, enkels, ellebogen, heupen, zitbeentjes, achterhoofd en stuitje. 'Als de wond in de buurt zit van uitstekende botdelen, is het waarschijnlijk decubitus',

Decubitus categorie 2: herkenbaar aan blaarvorming, locatie en het ontbreken van incontinentie.

JUISTE BEHANDELING

Zowel decubitus als IAD wordt ingedeeld in vier categorieën. Jacobine Melis: 'Als je weet welk type letsel het is en in welke categorie het valt, kun je aan de hand van de richtlijn of tool de juiste behandeling inzetten.'

Decubitus

I: niet-wegdrukbare roodheid
II: verlies van een deel van de huidlaag of blaar
III: verlies van een volledige huidlaag
IV: verlies van een volledige weefsellaag
Bron: zorgvoorbeter.nl /huidletsel/doorligwonden

IAD

1A: aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie
1B: aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie
2A: ontvelling (huidloslating) zonder klinische tekenen van infectie
2B: ontvelling met klinische tekenen van infectie.
Bron: nursing.nl /vier-iad-categorieen-in-nieuwe-classificatie/

Bij IAD is alleen de bovenste laag van de huid kapot.

stelt Melis. Ook als het letsel slechts voorkomt op één plek, gaat het meestal om decubitus. IAD komt vooral voor op plaatsen waar de huid contact heeft met urine en ontlasting. Denk aan bilnaad, billen, scrotum en stuitje. 'Een wond op de hielen kan nooit IAD zijn', zegt Melis. 'En volledig rode billen is geen decubitus. Maar een huidbeschadiging op het stuitje kan beide zijn. Of een combinatie.'

Vorm en diepte

Terug naar mevrouw Vermaas. Heeft ze nou IAD of decubitus? Melis: 'Er zijn meer verschillen die je kunnen helpen. Kijk bijvoorbeeld naar de vorm van de wond.' Vastomlijnde, regelmatige vormen duiden meestal op decubitus. Continentieletsel is vaak verspreid; je ziet verschillende plekjes bij elkaar. 'Ook kan er kopieletsel zijn', vertelt Melis. 'Dat betekent: twee gelijkvormige plekken vlak bij elkaar.'
Het is verder belangrijk de diepte van de wond te bekijken. 'IAD is oppervlakkig, alleen de bovenste laag van de huid is kapot', vertelt Melis. 'Decubitus is doorgaans dieper. Is er erg diepe weefselschade, zelfs tot op het bot? Dan is het sowieso decubitus. Bij een wat minder diepe wond is het verschil met IAD lastiger te zien.' Melis adviseert daarom ook goed te kijken naar de wondranden. Duidelijke, scherpomlijnde randen duiden meestal op decubitus. 'Bij IAD zijn de wondranden diffuser, grilliger van vorm', zegt ze.
Bij een eerste categorie decubitus (zie kader) hebben mensen met een witte huidskleur vooral verkleuring naar één egale kleur rood. Als je op de wond drukt, wordt de huid niet wit, maar blijft deze rood. Bij cliënten met een donkere huidskleur gaat het om blauw of paars. In het geval van IAD kunnen er verschillende (vurige) tinten rood naast elkaar zijn. En een roze of witte huid rond het letsel wijst op verweking en/of een schimmel, als gevolg van IAD.
Bij categorie 3 en 4 van decubitus (zie kader) kan necrose voorkomen. Bij IAD is dit nooit het geval.

'Vooral het onderscheid tussen decubitus categorie 1 of 2 en IAD blijkt voor veel zorgprofessionals lastig', aldus Melis.

Diagnose per wond

Een cliënt kan ook tegelijk IAD en decubitus hebben. Melis: 'Mensen die incontinent zijn en IAD ontwikkelen, hebben zelfs 30% meer kans om ook decubitus te krijgen.' Factoren die daarbij een rol spelen: bedlegerigheid, immobiliteit, inactiviteit en druk- en schuifkrachten. Het is belangrijk per wond een diagnose te stellen. 'Iemand met IAD bij z'n bilnaad kan bijvoorbeeld decubitus hebben bij de zitbotjes.'
Melis vindt het belangrijk dat verzorgenden tijdens de ADL alert zijn op huidbeschadigingen. 'Deze kunnen veel pijn doen en invloed hebben op de kwaliteit van leven. Wees er dus op tijd bij. Stel de juiste diagnose. Schakel eventueel hulp in van bijvoorbeeld een wondverpleegkundige, continentieverpleegkundige of huisarts.'
Begin daarna snel met behandelen. 'Bij IAD betekent dit: reinig de huid met pH-neutrale middelen. Hydrateer met transparante barrièrecrème, zodat je kunt zien hoe de huid geneest. Plak een "open" wond af of gebruik een applicator met acryl tetrapolymeer.' Bij decubitus geldt: behandel volgens de geldende richtlijn. 'En neem preventieve maatregelen! Zorg voor het juiste incontinentiemateriaal, adequate huidbescherming en een goede voedingsconditie. Pas wisselligging toe en maak zo nodig gebruik van specifieke matrassen en zitkussens.' Deze maatregelen zijn relevant voor zowel IAD als decubitus. 'Als je ze toepast, voorkom je veel leed.' ←

Meer info: Jacobine Melis, info@ontplooi.nl