

Incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) voorkomen, herkennen en behandelen op de IC

E. Westerbrink, J. van Dijk*

Incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) is een relatief nieuwe term; lange tijd werd IAD herkend als bijvoorbeeld decubitus of smetten en bestond er geen eenduidige benaming voor (1). De reden om het IAD te gaan noemen was om onderscheid te kunnen maken tussen IAD en decubitus en om IAD te kunnen graderen. Op deze manier kan IAD (h)erkend worden en ook voorkomen en behandeld worden. Dat zal zorgen voor vermindering van complicaties, ligduur, discomfort en kosten.

IAD valt onder de huidaandoeningen met vochtassociatie als oorzaak (2,3). IAD ontstaat door herhaaldelijk contact tussen de huid en urine en/of feces; het is een contactdermatitis. Het uit zich dan ook door inflammatie van de huid, met of zonder blaasjes. Langdurige blootstelling aan urine en/of feces kan leiden tot het verlies van de barrièrefunctie van de huid en maceratie van de huid veroorzaken. Daardoor geeft IAD een verhoogde kans op infecties, maar ook op decubitus (2-4). IAD kenmerkt zich door roodheid en oedeemvorming van de perianale en/of genitale huid. De belangrijkste oorzaak van IAD is verweking van de huid ten gevolge van overmatige blootstelling aan vocht. De huidbarrière wordt hierdoor aangetast wat de doorlaatbaarheid van de huid verergert (5,6). IC-patiënten hebben een grote kans op het krijgen van IAD door fecale incontinentie ten gevolge van het ernstig ziek zijn en de benodigde medicatie en enterale voeding (1). Bij IC-patiënten zal er minder sprake zijn van urine-incontinentie omdat

vrijwel iedere patiënt een urinekatheter heeft. IAD kan veel pijn veroorzaken en kan omschreven worden als een jeukend, stekend of brandend gevoel (1,3).

IAD wordt op de IC slecht (h)erkend en geregistreerd (2,3). Bij patiënten op de IC wordt vaak geen gebruik gemaakt van een stappenplan voor het behandelen van IAD. Verpleegkundigen op de IC gebruiken naar eigen inschatting verbandmaterialen of huidbeschermende producten.

Epidemiologie en behandeling

IAD ten gevolge van diarree of fecale incontinentie komt voor bij 7 - 50% van de IC-patiënten (4,6). De oorzaken van diarree bij ernstig zieke patiënten zijn enterale voeding, medicatie, zoals laxantia ter voorkoming van obstipatie, vezeltekort door verminderde en/of veranderde intake, ernstig ziek zijn en verandering in het gastro-enterale systeem door medicatie, bijvoorbeeld antibiotica. Al deze

Tabel 1. Verschil decubitus en IAD (9)

	Decubitus	IAD
Oorzaak	Druk- en/of schuifkracht	Contact tussen huid en urine en/of feces
Locatie	Plekken waar de huid onder druk staat: waar bot vlak onder de huid ligt, maar ook bijvoorbeeld waar een katheter op de huid drukt	Plekken waar de huid in contact komt met urine en/of feces, zoals de bilnaad, stuit, labia, scrotum
Vorm	Niet wegdrukbaar roodheid, egale kleur, vastomlijnde plekken	Aanhoudende roodheid. Diffuse vorm, soms gekarteld
Diepte	Van oppervlakkig tot diep, afhankelijk van de categorie	Altijd oppervlakkig: alleen de bovenste huidlaag is beschadigd
Necrose	Een zwarte necrotische korst op een benig uitsteeksel is een decubitus categorie 3 of 4. Geen of beperkte spiermassa onder de necrose: decubitus categorie 4	Nooit
Wondranden	Duidelijk afgetekende wondranden	Vaag en/of grillig
Kleur	Eén type roodheid, egaal van kleur	Verschillende kleuren, van roze tot rood. Nooit egaal

factoren kunnen leiden tot fecale incontinentie en tot IAD (1,5,7).

Het is belangrijk om IAD te voorkomen. Dat kan door het plaatsen van een fecaal managementsysteem (FMS) bij ernstige fecale incontinentie (3,6). Beeckman et al. (2015) adviseren dat het gebruik van incontinentiematerialen beperkt moet worden, indien mogelijk. Deze materialen houden het vocht vast dicht op de huid wat verweking kan veroorzaken. Zij benoemen ook dat er steeds betere incontinentiematerialen op de markt zijn wat vocht-op-huidcontact helpt voorkomen (5). Daarnaast wordt het gebruik van celstofmatjes bij patiënten met IAD ook afgeraden, omdat dit de verweking bevordert, net als incontinentiemateriaal (1).

Daarnaast moet de huid van iedere IC-patiënt dagelijks gecontroleerd worden op tekenen van IAD, omdat IC-patiënten een hoog risico lopen IAD te ontwikkelen (8). Uit onderzoek blijkt dat de kans op IAD groter is indien er risico is op of sprake is van decubitus; deze twee aandoeningen versterken elkaar (3,5,7). IAD en decubitus worden vaak door elkaar gehaald en daardoor verkeerd geregistreerd (tabel 1). Indien een patiënt niet incontinent is kan er geen sprake zijn van IAD. Het is van belang dat de diagnose IAD vastgesteld wordt omdat de patiënt dan ook de juiste behandeling kan krijgen, deze is namelijk anders dan die van decubitus. Daarnaast kunnen registratiecijfers van bijvoorbeeld decubitus ook anders uitvallen indien IAD correct herkend en geregistreerd wordt (5).

Door aantasting van de huidlaag kan IAD bij patiënten met een lichte huidskleur herkend worden als rood tot roze erytheem. Bij patiënten met een donkere huidskleur kan de huid donkerder zijn dan voorheen. Naast verkleuring kan er ook sprake zijn van verweking van de huid, infecties of wonden. Door de onderliggende inflammatie van de huid kan de aangedane huid daar ook warmer aanvoelen dan de omliggende huid (1,5).

De locatie van de aangedane huid kan verschillend zijn, maar bevindt zich meestal rondom het perineum. Het is afhankelijk van de locatie van de incontinentie en de soort incontinentie. Bij urine-incontinentie zal met name de huid aan de voorzijde van het lichaam aangedaan zijn: de labia of het scrotum en de liezen. Indien er sprake is van fecale incontinentie zal eerder de huid aan de rugzijde aangedaan zijn, zoals de billen, de bilspleet en het perineum (5).

De GLOBIAD (Ghent Global IAD Categorisation Tool) classificeert de ernst van IAD op basis van hoe het huidletsel eruit ziet: als aanhoudende roodheid of ontvelling, met of zonder klinische tekenen van infectie. Dat levert vier categorieën op (figuur 1):

Het Interventional Skin integrity Protocol in a high Risk Environment (InSPiRE) protocol

Het InSPiRE protocol is in pre-post onderzoeken onderzocht bij de preventie van IAD (1) en decubitus (12). Het bestaat uit de volgende onderdelen:

Assessment van huidconditie

- Binnen vier uur na opname op de IC wordt de gehele huid gecontroleerd op kleur, vocht, textuur, oedeem en turgor. Afwijkingen worden vastgelegd in het dossier, onder vermelding van locatie, omvang, beschrijving van de erosie en hoeveelheid en type exsudaat. IAD wordt gemeld bij de teamleider en er worden foto's genomen en opgeslagen in het dossier.
- Iedere twaalf uur controle volgens bovenstaande manier.

Strategieën om IAD te voorkomen

- Hygiëne: patiënten worden iedere dag gewassen (tenzij klinisch anders geïndiceerd), met een pH-neutrale voorverpakte washand met 2% chloorhexidine en 1% dimethicone.
- Na het wassen wordt barrièrefilm spray (acrylaat terpolymeer) op het perianale gebied aangebracht.
- Behandelen van droge, schilferige huid met een vochtinbrengende crème.
- Verwijderen van urine/feces met water en zachte washand. Afdrogen door voorzichtig deppen.
- Behouden van een stabiele huidtemperatuur: contact met plastic oppervlakken wordt voorkomen.

- 1A – Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie
- 1B – Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie
- 2A – Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie
- 2B – Ontvelling met klinische tekenen van infectie.

Het is belangrijk een gestructureerde huidverzorging af te spreken bij hoogrisicopatiënten, zoals patiënten op de IC (2,6-8). Een huidverzorgings-protocol moet huidvriendelijke producten bevatten, zoals washandjes en een 'leave-on' product om de huidbarrière te waarborgen. Het gebruik van lotions of foams bij het reinigen van de huid wordt geadviseerd omdat deze vaak ingrediënten bevatten die de huid helpen beschermen tegen invloeden van buitenaf (5). Na het reinigen van de huid kan er gebruik gemaakt worden van een barrièreproduct. Dit product

GLOBIAD

Ghent Global IAD Categorisation Tool

Categorie 1: Aanhoudende roodheid

Categorie 2: Ontvelling

1A - Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie



Essentiële criterium

- Aanhoudende roodheid
- Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.

Bijkomende criteria

- Afgeleide zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glanzende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Brandigheid, tintelingen, prik of pijn

1A

2A - Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie



Essentiële criterium

- Ontvelling
- Ontvelling kan zich manifesteren als eritie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), desquatie en frictieletsel. De huidskleur heeft een diffuus patroon.

Bijkomende criteria

- Aanhoudende roodheid
- Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.
- Afgeleide zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glanzende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Brandigheid, tintelingen, prik of pijn

2A

1B - Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie



Essentiële criteria

- Aanhoudende roodheid
- Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.
- Tekenen van infectie
- Zoals een witte schilfering van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of suttelief letsel (puslet rondom het letsel, kan wijzen op een *Candida albicans* schimmelinfectie)

Bijkomende criteria

- Afgeleide zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glanzende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Brandigheid, tintelingen, prik of pijn

1B

2B - Ontvelling met klinische tekenen van infectie



Essentiële criteria

- Ontvelling
- Ontvelling kan zich manifesteren als eritie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), desquatie en frictieletsel. De huidskleur heeft een diffuus patroon.
- Tekenen van infectie
- Zoals een witte schilfering van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of suttelief letsel (puslet rondom het letsel, kan wijzen op een *Candida albicans* schimmelinfectie), beslag aanwezig in het wondbed (met/blauw/grijs), groene verkleuring in het wondbed (kan wijzen op een bacteriële infectie met *Pseudomonas aeruginosa*), overmatig exsudaat, etterige afschotting (pus) of een glanzend aspect van het wondbed.

Bijkomende criteria

- Aanhoudende roodheid
- Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.
- Afgeleide zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glanzende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Brandigheid, tintelingen, prik of pijn

2B



Benedict D, Van den Broek X, Alves R, Beale H, Grand G, Coyer T, de Groot T, De Meyer D, Dunk AM, Foorie A, Garcia-Molina J, Gray M, Hasi A, James R, Jharoon E, Karadzic A, Lilliani K, Kis Dardas Z, Long MA, Meaume S, Pokorna A, Ramazzini M, Ruppert S, Schoonhoven L, Smart S, Smith L, Steinger A, Stockmar M, Van Damme R, Vogels D, Van Herck A, Verhaeghe S, Woo X & Klotzer J, The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) - Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017.



University Centre for Nursing and Midwifery



Figuur 1. De GLOBIAD (10).

beschermt de huid tegen urine en/of ontlasting. Er bestaan verschillende barrièreproducten, zoals crèmes, pasta's, lotions en filmlagen. Er zijn geen aanbevelingen gevonden voor een specifiek huidverzorgingsproduct bij gebrek aan onderzoek en bewijs (11).

In het onderzoek van Coyer et al. (1) is een bundel van beschikbare evidence onderzocht op het voorkomen van IAD. De patiënten op een IC werden ingedeeld in een interventie- en een controlegroep. In de controlegroep (n=66) werd de huid van patiënten binnen 24 uur beoordeeld en de huid verzorgd met water en pH-neutrale zeep zonder toevoeging van huidverzorgingsproducten. In de interventiegroep (n=80) werd de huid van de patiënten binnen vier uur beoordeeld en de observaties gedocumenteerd op basis van kleur, oedeem en eventueel wonden.

De patiënten werden gewassen met pH-neutrale washandjes en er werd een barrièrelaag op de huid aangebracht. IAD kwam minder voor in de interventiegroep dan in de controlegroep (15% vs. 32%, p=0,016)

Er zijn veel verschillende producten die ingezet kunnen worden bij de preventie van IAD met verschillende ingrediënten en werkwijzen. Bij de keuze van een bepaald product is het van belang dat het product:

- dichtbij de pH-waarde van de huid blijft,
- klinisch bewezen werking heeft bij voorkomen/ behandelen van IAD,
- een laag irriterende werking heeft en niet prikt bij het aanbrengen,
- transparant is en eenvoudig verwijderd kan worden voor huidinspectie,

- comfortabel is voor de patiënt bij aanbrengen en het reinigen van de huid,
- samen kan met eventuele wondmaterialen,
- kosten- en tijdbesparend is (5,7).

Als er ten gevolge van IAD huiddefecten ontstaan, kan er gebruik gemaakt worden van wondverbandmaterialen als de locatie het toelaat (5).

Om te voorkomen dat er decubitus of huidinfecties ontstaan is het van belang dat:

- de huid regelmatig geïnspecteerd kan worden,
- het materiaal niet dubbelvouwt,
- er geen urine of feces achter het materiaal terecht komt.

Zoals bij iedere open wond is er bij IAD grote kans op een huidinfectie. Patiënten met IAD krijgen vaak te maken met een schimmelinfectie van de aangedane huid. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 30% van de patiënten met IAD hiermee te maken krijgt. Het kan herkend worden als vele rode ronde bultjes rondom de aangedane huid (5). Deze kan het beste behandeld worden met een antischimmel-middel in combinatie met een product met een barrière-functie. Indien er sprake is van een bacteriële infectie is het van belang deze te behandelen met antibacteriële middelen. De meest voorkomende infectie bij IAD is de *Candida* en de *Staphylococcus aureus* (7). Eventueel kan voor de start van een behandeling een huidkweek en een bloedkweek afgenomen (4) worden. Uit onderzoek blijkt dat indien er sprake is van een infectie bij IAD het herstel van de huid langer duurt (7).

Conclusie

IAD valt onder de huidaandoeningen met vochtassociatie als oorzaak en ontstaat door herhaaldelijk contact tussen de huid en urine en/of feces. Er zijn verschillende risicofactoren waardoor IAD eerder ontstaat, zoals verminderde mobiliteit, verslechterde of veranderde voedingsintake of ernstig ziek zijn. De belangrijkste manier om IAD te voorkomen, is het voorkomen van huidcontact met urine en/of feces. Daarnaast is goede huidverzorging met inzet van een barrièrecreme van belang. Met de GLOBIAD kan IAD eenduidig gegradeerd en gedocumenteerd worden. Er is meer onderzoek nodig om specifieke producten of ingrediënten te kunnen aanbevelen bij de preventie en behandeling van IAD.

Literatuur

1. Coyer F, Gardner A, Doubrovsky A. **An interventional skin care protocol (InSPIRE) to reduce incontinence-associated dermatitis in critically ill patients in the intensive care unit: A before and after study.** *Intensive and Critical Care Nursing*, 2017;40:1-10.
2. Pather P, Dip G, Cert G, et al. **Best practice nursing for ICU**

patients with incontinence-associated dermatitis and skin complications resulting from faecal incontinence and diarrhoea. *International Journal of Evidence-Based Health-care*, 2016;14:15-23.3.

3. Coyer F, Campbell J. **Incontinence-associated dermatitis in the critically ill patient: an intensive care perspective.** *British association of Critical Care Nurses*, 2018;23(4):198-206.
4. Beele H, Smet S, Van Damme N, et al. **Incontinence-associated dermatitis: Pathogenesis, contributing factors, prevention and management options.** *Drugs Aging*, 2018;35(1):1-10.
5. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, et al. **Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forwards. Best practice principles.** *Wounds International*. 2015
6. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, et al. **Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults.** *Cochrane database syst rev*, 2016;11:1-79.
7. Rippon M, Colegrave M, Ousey K. **Incontinence-associated dermatitis: reducing adverse events.** *British Journal of Nursing*, 2016;25(18):1016-21.
8. Van Damme N, Clays E, Verhaeghe S, et al. **Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: A cross-sectional observational study in 48 ICU units.** *International Journal of Nursing Studies*, 2018;81:30-39.
9. Jonkers A. **Onderscheid wondletsels. Decubitus of incontinentie geassocieerde dermatitis?** *Nursing*, september 2014.
10. Van den Bussche K, Beeckman D. **De Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Een nieuw internationaal classificatie-instrument voor incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD).** *WCS Nieuws*, 2018;34(1):4-8.
11. Pather P, Hines S, Kynoch K, et al. **Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review.** *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, The Joanna Briggs Institute, 2017:1473-96.
12. Coyer F, Gardner A, Doubrovsky A, et al. (2015). **Reducing Pressure Injuries in Critically Ill Patients by Using a Patient Skin Integrity Care Bundle (Inspire).** *American Journal of Critical Care*, 2015 24(3), 199-209.

* Emily Westerbrink, IC- en wondverpleegkundige, Diakonessenhuis, Utrecht

Jacqueline van Dijk, verpleegkundige pijnpolikliniek, UMC Utrecht en docent opleiding wondverpleegkundige, U-Consultancy, Nieuwegein