

# Preventie en behandeling van incontinentie geassocieerde dermatitis (IAD)

---

Praktische richtlijn (2023)





# Preventie en behandeling van incontinentie geassocieerde dermatitis (IAD) Praktische richtlijn

---

## **Annelies de Graaf**

RN, MSc  
Verpleegkundig specialist  
wondzorg, UZ Leuven  
Werkgroeplid WCS België

## **Kristel Schols**

RN  
Domeincoördinator  
wondzorg, WGK Limburg  
Voorzitter WCS België

## **Adinda Toppets**

RN, MSc  
Lector Wondzorg, PXL  
Bestuurslid WCS België

## **Carine Vrebos**

RN  
Domeincoördinator  
wondzorg, WGK Vlaams-  
Brabant

---

© WCS België 2023

Eerste versie 2019  
Tweede versie 2023

Deze tekst werd opgesteld door de werkgroep drukletsels van WCS België. Het doel van deze tekst is om een praktische richtlijn te schrijven i.v.m. de preventie en behandeling van IAD-Letsels.

Referentie: de Graaf A., Schols K., Vrebos C. & Toppets A. Werkgroep drukletsels WCS België. Praktische richtlijn: Preventie en behandeling van incontinentie geassocieerde dermatitis (IAD). 2023. Beschikbaar op [www.wcs-belgie.be](http://www.wcs-belgie.be)

[www.wcs-belgie.be](http://www.wcs-belgie.be)

---



# Inhoud

Inhoud .....	4
Inleiding.....	5
Klinisch beeld .....	5
Pathofysiologie.....	7
Samenstelling en functie van de huid .....	7
Ontstaansmechanisme van IAD.....	7
Classificatie van IAD.....	9
Differentiaaldiagnose met drukletsel .....	10
Ontstaansmechanisme drukletsels en IAD.....	10
Kenmerken drukletsels en IAD.....	11
Belang onderscheid drukletsels en IAD .....	12
Basisprincipes IAD-preventie .....	13
1. Dagelijkse huidobservatie en evaluatie van het risico op ontstaan van IAD-letsel.....	13
2. Aangepast incontinentiebeleid.....	13
3. Protocol voor huidbescherming.....	13
A. Cleanse (Reinigen) .....	14
B. Protect (beschermen) .....	14
C. Restore (hydrateren) .....	16
Basisprincipes IAD-behandeling .....	17
Reinigen.....	17
Ontsmetten .....	17
Productkeuze.....	17
Bedekkend verband .....	18
Af te raden producten in preventie en behandeling .....	19
Bibliografie .....	20



# Inleiding

Incontinentie voor urine en stoelgang is een vaak voorkomend probleem bij volwassen patiënten. In een ziekenhuissetting komt dit voor bij ongeveer 20% van de gehospitaliseerde patiënten (Ostaszkievicz et al., 2008; Junkin et al., 2007; Campbell et al., 2016). In rust- en verzorgingstehuizen komt incontinentie voor bij de helft of meer van de bewoners (Roe et al., 2013; Saga et al., 2015; Bliss et al., 2013). Door langdurige blootstelling van de huid in de perianale regio aan urine en stoelgang kan er incontinentiegeassocieerde dermatitis (IAD) ontstaan (Holroyd et al., 2015).

IAD behoort onder de bredere koepel van vochtletsels genaamd vocht geassocieerde huid beschadigingen (Engels: MASD: Moisture Associated Skin Damage). Andere benamingen voor IAD zijn vochtletsels, luierdermatitis of luieruitslag.

IAD kan fysiek ongemak, financieel, sociaal en psychisch lijden veroorzaken voor de patiënt en is bovendien een risicofactor voor het ontstaan van drukletsels (Gray et al., 2012; Beeckman et al. 2014).

Het aantal patiënten waarbij IAD voorkomt varieert tussen de 5,6 en 50%, afhankelijk van de setting en de studiepopulatie (Irwin et al., 2011; Bliss et al., 2017; Hahnel et al., 2017; VanDamme et al., 2017). Het aantal patiënten dat IAD ontwikkelt, is rond de 6,1% van de gehospitaliseerde patiënten (Kottner et al., 2014).

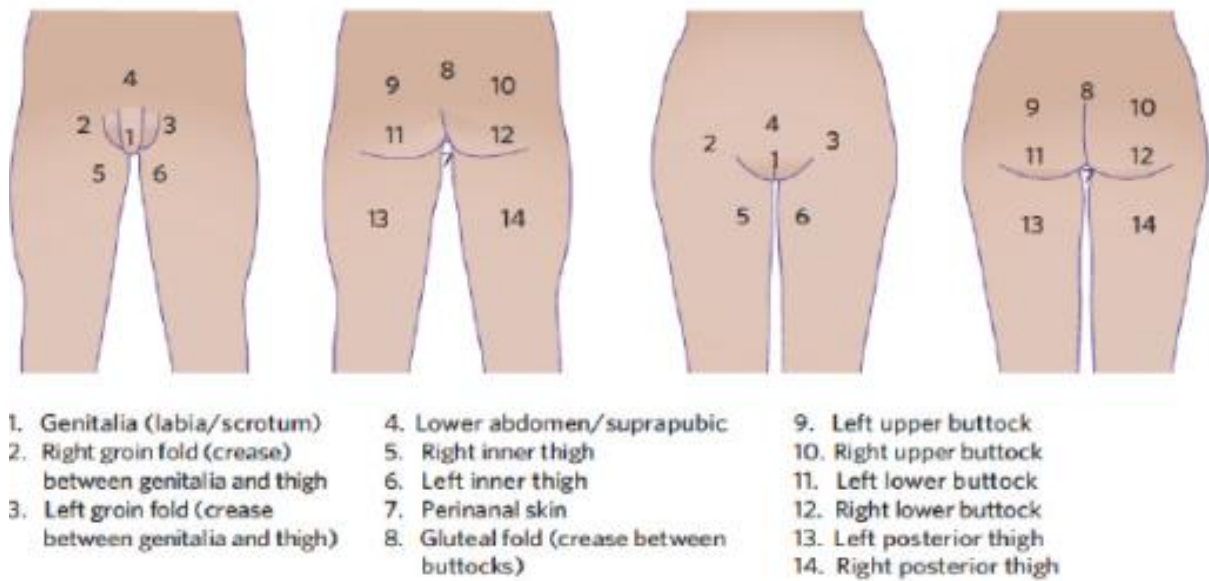
## Klinisch beeld

Klinisch is IAD een ontstekingsreactie van de huid door verlengde blootstelling aan urine en stoelgang. Hierbij kan er erytheem waargenomen worden in de perianale, gluteale zone (zie Figuur 1). Dit kan bij blanke huid variëren van roze tot rood/roodpaars. Bij donkere huid kan dit bleker, donkerder, paars, donkerrood of geel zijn (Beeckman et al, 2015). Een typische eigenschap is een mix van verschillende kleuren rood. Door de ontstekingsreactie kan de huid warmer aanvoelen ter hoogte van het letsel.

De huid kan erosies van verschillende huidlagen vertonen en daardoor zwelling en blaarvorming ontwikkelen. Patiënten kunnen een pijnlijk, brandend, jeukend of tintelend gevoel waarnemen en een enorme negatieve invloed op hun kwaliteit van dagelijks leven ervaren (Van Damme et al., 2015).

Indien de huid door langdurige blootstelling gekoloniseerd wordt door commensale bacteriën of andere pathogenen kan men tekenen van infectie waarnemen zoals fibrine, bloeding, geur, schilferend aspect. In het geval van een typische schimmelinfectie (bijvoorbeeld *Candida Albicans*) neemt men duidelijk satellietletsels of “eilandjes voor de kust” waar.

Het wondaspect is eerder grillig, meestal gelokaliseerd op meerdere plaatsen verspreid over de vulvaire/scrotale, perianale en gluteale zone. Vaak is er sprake van een kopiesletsel (of Kissing-ulcer) (Beele et al., 2018).



Figuur 1: Huidzones waar IAD kan optreden (Beeckman et. Al., 2015)

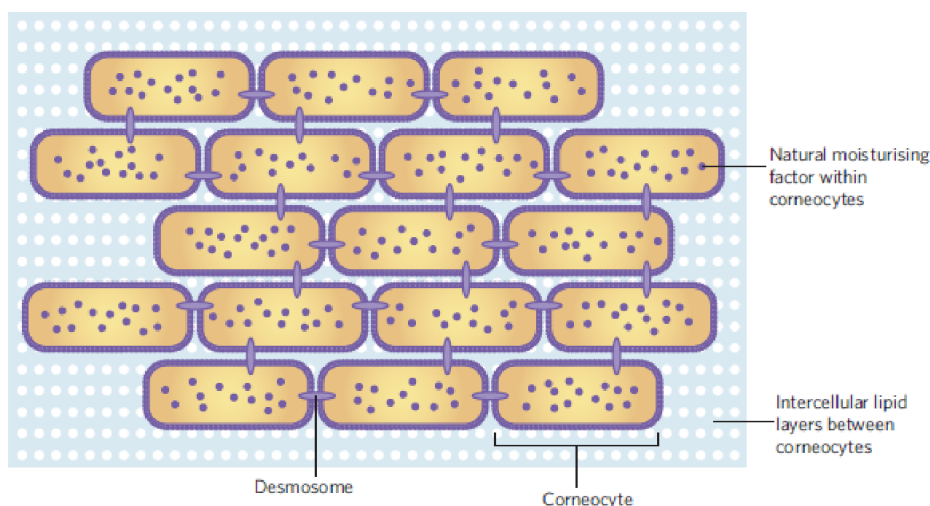
# Pathofysiologie

## Samenstelling en functie van de huid

Eén van de belangrijkste functies van de huid is de barrièrefunctie. Deze functie situeert zich in de buitenste laag van het epiderm: het stratum corneum. Afhankelijk van de plaats op het lichaam bestaat deze uit 15 tot 20 lagen corneocyten of de bouwstenen van deze huidlaag (Beeckman et al., 2015).

Tussen deze corneocyten bevindt zich een vetzuurlaag. Dit kan vergeleken worden met een cementlaag tussen de bouwstenen (Figuur 2). Deze vetzuurlaag staat in voor de vochtbalans van de huid en voorkomt zowel uitdroging als overhydratatie van de huid (Beeckman et al., 2015).

De vetzuurlaag zorgt voor een lage pH van 4 - 6. Deze zure omgeving vormt een belangrijke barrière en afweer tegen micro-organismen (Beeckman et al., 2015).

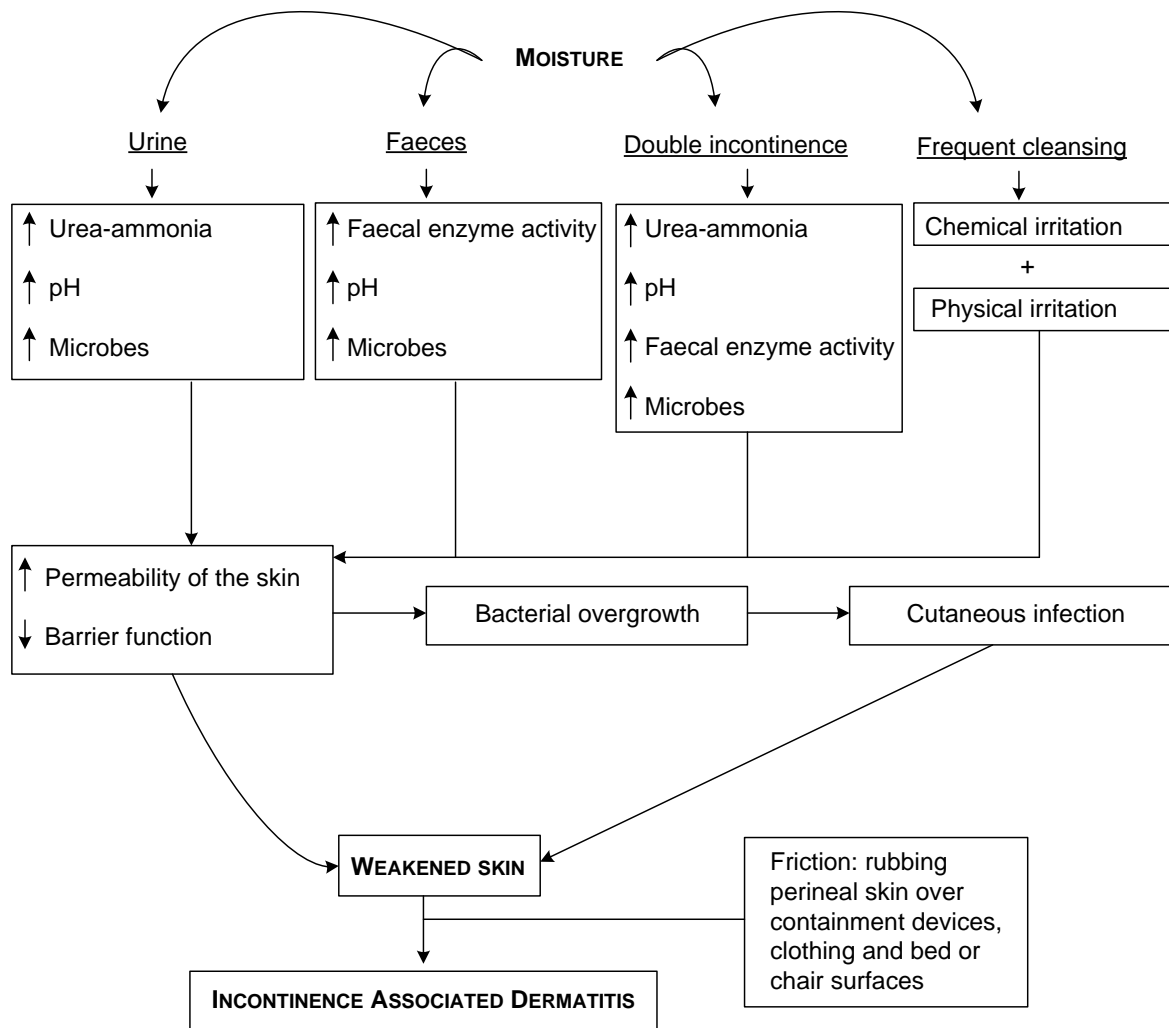


Figuur 2: Model van de structuur van het stratum corneum (Beeckman et al., 2015)

## Ontstaansmechanisme van IAD

De belangrijkste oorzaken van IAD zijn overhydratatie van de huid en een verhoogde pH (Beeckman et al., 2015). Een vochtige huid is vatbaarder voor schade door wrijving en bij langdurige blootstelling aan urine en/of feces ontstaat een ontstekingsreactie van de huid (Beeckman et al., 2015).

Onderstaande figuur en tekst verklaart het ontstaansmechanisme van IAD.



Figuur 3: Etiologie van incontinence associated dermatitis (Beeckman et al., 2009)

**Urine** bevat ureum en ammonium, deze stoffen verhogen de zuurtegraad van de huid. Het aanwezige vocht wordt vastgehouden door de corneocyten waardoor de barrièrefunctie vermindert (Beeckman et al., 2015).

**Faeces** bevat de enzymen lipase en protease (nodig voor de vertering) en bacteriën. Deze enzymen breken het stratum corneum af waardoor bacteriën gemakkelijker kunnen doordringen in de diepere huidlagen. Hierdoor verhoogt de kans op een infectie (Beeckman et al., 2015).

Bij een **combinatie van urinaire en fecale incontinentie** worden de schadelijke effecten van urine en feces gecombineerd (Beeckman et al., 2015).

Veel gebruikte **reinigingsmiddelen** hebben een hoge pH (pH 9.5-11) die de vetzuurlaag van de huid aantast waardoor er een chemische irritatie ontstaat.

Het **herhaaldelijk wrijven** tijdens het reinigen veroorzaakt een fysieke irritatie. Daarnaast veroorzaakt herhaaldelijk wassen met water overhydratatie of maceratie van de huid (Beeckman et al., 2015).



# Classificatie van IAD

Om onderzoek te kunnen doen naar goede preventie en behandelingsmethodes van IAD, is het nodig om IAD duidelijk te categoriseren, daarom werd de Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) ontwikkeld (Beeckman et al., 2017). In deze tool wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds intacte huid versus ontvelde huid en anderzijds de aanwezigheid versus de afwezigheid van klinische tekens van infectie. In onderstaande figuur staan de vier categorieën uitgelegd, met klinische criteria per categorie.



Figuur 4: GLOBIAD classificatie (Beeckman et al., 2017)

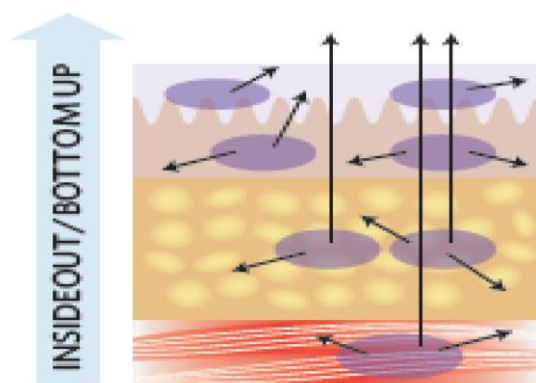
## Differentiaaldiagnose met drukletsel

Er is vaak verwarring tussen IAD-letsels en drukletsels. Het ontstaansmechanisme van beide letsels is zeer verschillend.

### Ontstaansmechanisme drukletsels en IAD

#### Drukletsel

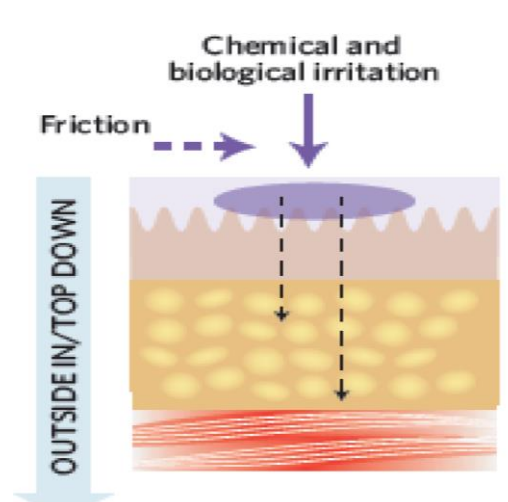
Een drukletsel wordt veroorzaakt door druk- en schuifkrachten. Deze krachten drukken de bloedvaten plat of rekken de bloedvaten uit zodat er ischemie ontstaat in de weefsels. Een drukletsel ontstaat in de diepere weefselagen zoals spieren, onderhuids vet en de huid. Een drukletsel ontstaat dus van 'binnen naar buiten' (Beeckman et al., 2015).



Figuur 5: Ontstaansmechanisme drukletsel (Beeckman et al., 2015)

#### IAD

Een IAD-letsel wordt veroorzaakt door een langdurig contact met vocht, urine en/of feces en producten om de huid te reinigen. Dit vocht tast de bovenste huidlaag aan waardoor er een ontstekingsreactie ontstaat. De oorzaak van een IAD-letsel ligt extern. Een IAD-letsel ontstaat dus van 'buiten naar binnen' (Beeckman et al., 2015).



Figuur 6: Ontstaansmechanisme IAD (Beeckman et al., 2015)

Het verschil in ontstaansmechanisme verklaart waarom drukletsels en IAD-letsels andere kenmerken hebben.



## Kenmerken drukletsels en IAD

De volgende zeven kenmerken kunnen je helpen om een onderscheid te maken tussen een drukletsel en IAD-letsel.

	Drukletsel	IAD	Aandachtspunten
<b>Oorzaak</b>	Druk- of schuifkrachten	Aanwezigheid van vocht: urine en/of feces	IAD verhoogt het risico op het ontwikkelen van decubitus
<b>Locatie</b>	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 (bijtend) vocht, zoals de bilnaad, stuit, labia, scrotum	Op de stuit en rond de bilnaad is het onderscheid extra lastig te maken. Denk ook aan de mogelijkheid van een gemengd letsel.
<b>Vorm</b>	Niet wegdrukbaar roodheid, egale kleur, vastomlijnde plekken	Wegdrukbaar of niet-wegdrukbaar roodheid. Diffuse vorm, soms gekarteld	Zeer onregelmatige plekken kunnen wijzen op een gecombineerd letsel van IAD en decubitus
<b>Diepte</b>	Van oppervlakkig tot diep, afhankelijk van de categorie	Altijd oppervlakkig: allen de bovenste huidlaag is beschadigd	Een geïnfecteerd IAD-letsel kan wél diepe letsels veroorzaken (GLOBIAD 2B)
<b>Aanwezigheid van necrose</b>	Een zwarte necrotische korst op ene benig uitsteeksel is een decubitus categorie 3 of 4. Geen of beperkte spiermassa onder de necrose: decubitus categorie 4	Nooit	Necrose verzacht na verloop van tijd en verandert dan van kleur (blauw, bruin, geel, grijs) maar is nooit oppervlakkig
<b>Wondranden</b>	Duidelijk afgetekende wondranden	Vaag en/of grillig	Bij gecombineerd letsel: gekartelde wondranden
<b>Kleur</b>	Eén type roodheid, egaal van kleur	Verschillende kleuren, van roze tot donkerrood.  Nooit egaal	Let op: een rode huid (soms in combinatie met witte vlekjes) kan wijzen op een schimmelinfectie

Tabel 1: Kenmerken drukletsel versus IAD (Beeckman et al., 2014)



## Belang onderscheid drukletsels en IAD

Beide letsels hebben een andere aanpak op het vlak van preventie en behandeling. De preventie van een drukletsel bestaat uit het opheffen van druk- en schuifkrachten door het toepassen van wisselhouding, zwevende hielen, het gebruik van een drukverlagend zitkussen en een alternating matras. Deze maatregelen zijn niet effectief ter preventie van een IAD-letsel.

Bij twijfel welk type letsel aanwezig is, wordt er aangeraden om preventie voor beide type letsels te starten. Dit is geen overbodig gebruik van middelen omdat de aanwezigheid van een IAD-letsel een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van een drukletsel (Gray et al., 2012; Beeckman et al., 2014).

Ter hoogte van de stuit kunnen ook andere type wonden voorkomen. Niet elk letsel dat je ziet t.h.v. de stuit is een drukletsel of een IAD-letsel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het normaal verouderingsproces van de huid, herpes letsels, een brandwonde, ... Als er geen verbetering optreedt na één week behandeling raadpleeg je best een verpleegkundig wondzorgexpert of arts.



# Basisprincipes IAD-preventie

*De effecten van maatregelen en producten voor de preventie van IAD zijn slechts beperkt onderzocht. Bovendien is de kwaliteit van de uitgevoerde studies beperkt (Beele et al., 2018). Onderstaande aanbevelingen ter preventie van IAD zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinion.*

Elke patiënt met een incontinentieprobleem moet als risicopatiënt beschouwd worden en een individueel preventieplan krijgen.

Dit preventieplan bestaat uit drie maatregelen:

1. Dagelijkse huidobservatie en evaluatie van het risico op ontstaan van IAD-letsels
2. Aangepast incontinentiebeleid
3. Protocol voor huidbescherming:
  - a. Cleanse (reinigen)
  - b. Protect (beschermen)
  - c. Restore (hydrateren)

## 1. Dagelijkse huidobservatie en evaluatie van het risico op ontstaan van IAD-letsel

Observeer dagelijks de huidplooien in de perianale zone door de huidplooien van elkaar te spreiden en in de diepte te observeren. Evalueer dagelijks het risico van elke individuele patiënt op het ontstaan van een IAD-letsel (Beele et al., 2018).

## 2. Aangepast incontinentiebeleid

Bij elke patiënt die te maken heeft met incontinentie is een uitgebreid assessment noodzakelijk om de oorzaken van deze incontinentie te achterhalen en aan de hand hiervan een behandelplan voor de incontinentie op te stellen (Beeckman et al., 2015; Beele et al., 2018).

Als de urinaire en/of fecale incontinentie niet kan behandeld worden, wordt geschikt incontinentiemateriaal gekozen (Beele et al., 2018). Langdurig contact van de huid met urine en/of feces moet vermeden worden (Beeckman et al., 2015).

## 3. Protocol voor huidbescherming

*Er zijn meerdere producten op de markt om de perianale huid te reinigen, beschermen of te hydrateren. De samenstelling van deze producten kan sterk variëren en de terminologie die gebruikt wordt om de producten te beschrijven is soms verwarrend (Beeckman et al., 2015). We proberen om in dit document een overzicht te geven van verschillende soorten producten en hun eigenschappen. De opsomming van deze producten geeft slechts een indicatie van het huidige Belgische marktaanbod.*



## A. Cleanse (Reinigen)

Bij patiënten die incontinent zijn voor urine wordt het incontinentiemateriaal vervangen als het verzadigd is. Bij incontinentie voor feces wordt de perianale regio best zo snel mogelijk gereinigd na elk incident. Het incontinentiemateriaal heeft niet de capaciteit om de feces volledig te absorberen waardoor er een langdurig contact ontstaat tussen de huid en de feces.

Het herhaaldelijk wassen van de perianale regio wordt best vermeden (Beele et al., 2018). Als de huid van de stuit en het perineum meerdere keren per dag wordt gewassen met water en zeep, wordt de vetzuur laag van de huid aangetast. Hierdoor zal de huid uitdrogen en verhoogt het risico op een IAD-letsel (Beeckman et al., 2015; Beel et al., 2018). Een gewone zeep is basisch (pH 9.5-11) en tast het zure milieu van de huid aan. Daarom wordt het gebruik van zeep afgeraden en kan deze best vervangen worden door olie of een pH neutraal reinigingsschuim of incontinentiedoekjes. Als er toch zeep gebruikt wordt, dan is dit best een pH neutrale zeep (pH 5.4-5.9) (Beele et al., 2018).

Het drogen van de huid moet gebeuren door zacht te deppen met een handdoek. Het droog wrijven met een handdoek wordt best vermeden omdat dit bijkomende frictie veroorzaakt (Beele et al., 2018).

Het gebruik van kant-en-klare incontinentiedoekjes is effectiever dan het wassen met water en zeep (Beele et al. 2018). Sommige van deze incontinentiedoekjes zijn bijkomstig geïmpregneerd met een barrière product waardoor het reinigen (cleanse) en het beschermen van de huid (protect) gecombineerd wordt. Belangrijke aandachtspunten zijn dat men enerzijds de droogtijd moet respecteren om intertrigo te voorkomen vooraleer men het incontinentiemateriaal aanbrengt. Anderzijds mag men geen geïmpregneerde wegwerp washandjes gebruiken die bedoeld zijn voor een volledig ochtendtoilet.

### Basisprincipes van reinigen

- Dagelijks en na elk moment van stoelgangincontinentie
- Deppend reinigen en drogen, vermijd wrijven
- Vermijd frequent wassen met water en klassieke zepen met hoge pH
- Gebruik reinigingsschuim of zachte kant-en-klare incontinentiedoekjes met een neutrale pH
- Droog de huid deppend na de reiniging

Tabel 2: Basisprincipes van reinigen (Beeckman et al., 2015)

## B. Protect (beschermen)

Na het reinigen is het noodzakelijk om de huid te beschermen tegen de inwerking van urine en feces. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een barrièreproduct. Dit product vormt letterlijk een barrière tussen het stratum corneum en het aanwezige vocht (Beeckman et al. 2015, Beele et al. 2018). De duur en effectiviteit van de beschermende werking van deze barrière is afhankelijk van de eigenschappen van het gebruikte product.



### Basisprincipes van beschermende producten

- transparant
- makkelijk aan te brengen en/of te verwijderen
- niet occlusief voor de huid
- geen interferentie met opnamecapaciteit van incontinentiemateriaal
- hecht zich aan intacte en natte, ontvelde huid
- langdurige bescherming
- aan te brengen in een dunne laag

Tabel 3: Basisprincipes van beschermende factoren (Beeckman et al., 2015)

Er zijn zes verschillende productgroepen die elk hun beschermende eigenschappen hebben (Beeckman et al., 2015).

#### Crèmes

Dit zijn emulsies op basis van vetten en/of oliën en water maar bevatten in verhouding meer water. Om een beschermende werking tegen vocht te hebben moeten ze minstens een van volgende actieve ingrediënten bevatten (petroleum, zinkoxide, dimethicone en/of ureum). Deze crèmes dienen in een zeer dunne laag aangebracht te worden, voornamelijk ter hoogte van de huidplooiën, omdat dikke lagen crème maceratie in de hand werkt (Beele et al., 2018).

Crèmes op basis van zinkoxide zijn ondoorzichtig. Om de perianale regio dagelijks te observeren is het noodzakelijk om het product minimum 1x/dag te verwijderen.

Crèmes op basis van dimethicone zijn bij aanvang ondoorzichtig, maar worden transparant nadat het is aangebracht op de huid of het letsel. Bijkomend zijn ze niet occlusief, hierdoor is er geen negatief effect op het absorberend vermogen van incontinentiemateriaal.

#### Zalven

Dit zijn emulsies op basis van vetten en/of oliën en water maar bevatten in verhouding meer vetten. Dit smeersel is op deze manier een extreem vette substantie die erg kleverig aanvoelt. Het trekt niet of nauwelijks in de huid, sluit poriën af en blijft langdurig op het huidoppervlak zitten (vb. vaseline®, uierzalf®). De occlusieve eigenschap van dit bestanddeel heeft een negatief effect op het absorberend vermogen van incontinentiemateriaal (Beele et al., 2018).

#### Pasta's

Dit zijn emulsies op basis van vetten en/of oliën en een absorberend poeder. Hierdoor ontstaat een stijf smeersel (vb zinkoxidepasta, Daktozinpasta®, ...). Dit smeersel hecht zich aan natte ontvelde huid maar laat zich moeilijk verwijderen. De occlusieve eigenschap van dit bestanddeel heeft een negatief effect op het absorberend vermogen van incontinentiemateriaal.

#### Lotions

Dit zijn dunne, vloeibare mengsels op basis van water met een actief uitdrogend ingrediënt.

#### Barrière films

Dit zijn vloeibare producten die een polymeer bevatten (op basis van acrylaat) met een oplosmiddel. Bij het aanbrengen van het product vormt het een transparante beschermende laag over de huid. Dit kan enkel aangebracht worden op een intacte huid. Deze films bevatten verder geen actief ingrediënt. Een voordeel is dat deze producten niet verwijderd dienen te worden.





## Elastomeer huid beschermers

Dit zijn vloeibare producten die een cyanoacrylaat en tetrapolymeer bevatten in een oplosmiddel (vb. Cavilon Advanced Skin Protectant®). Bij aanbrengen van het product vormt het een transparante beschermende laag over de huid. Dit hecht zich aan zowel intacte als natte, ontvelde huid. Een voordeel is dat deze producten niet verwijderd dienen te worden.

Ingrediënt	Productnaam
Crèmes	Cicalfate® crème, Aldanex®, Cavilon® crème, Proshield®, Zinkoxidecrème, BRAVA® crème, TENA® barrière crème, Cicalfate® crème, Bepanthol®, Bepanthen®, ...
Zalven	Vaseline®, Uiercrème®, ...
Pasta's	Dermocrem®, Sudocrem®, Zinkoxidepasta, ...
Lotions	Cicalfate® lotion, ...
Barrière films	Cavilon® spray, BRAVA® spray, Silesse® spray, ...
Elastomeer huid bescherming	Cavilon Advanced Skin Protectant®, ...

Tabel 4: Voorbeelden van barrièreproducten op de Belgische markt

## C. Restore (hydrateren)

De derde pijler is het hydrateren van de huid zodat de vetzuur laag en de pH van de huid kan herstellen. Hiervoor wordt een hydraterend product gebruikt zoals een crème. Een crème is een emulsie van water en olie (Beele et al., 2018). De olie vermindert het uitdrogen van de huid en draagt bij tot het herstel van de vetzuur laag (Beeckman et al., 2015).

Er zijn meerdere crèmes beschikbaar die zowel ingrediënten bevatten die een barrière vormen (protect) als hydrateren (restore).

Het gebruik van zalven en pasta's als hydraterend product is af te raden omdat deze te occlusief zijn (Beele et al., 2018). Zalven die glycerine of ureum bevatten worden best vermeden omdat deze ingrediënten water aantrekken en het stratum corneum kunnen overhydrateren (Beeckman et al., 2015).





# Basisprincipes IAD-behandeling

*De effecten van maatregelen en producten voor de preventie van IAD zijn slechts beperkt onderzocht. Bovendien is de kwaliteit van de uitgevoerde studies beperkt (Beele et al., 2018). Onderstaande aanbevelingen ter behandeling van IAD zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinion.*

Alle aandachtspunten die besproken werden bij de preventie van IAD zijn ook van toepassing op de behandeling van het IAD- letsel.

Classificeer het IAD- letsel volgens de GLOBIAD o.b.v. eerder vernoemde observaties. Op basis van de classificatie kan je een verdere behandeling makkelijk instellen.

## Reinigen

Bij een categorie 2A en 2B letsel is er een open wonde aanwezig. Hiervoor worden de klassieke producten gebruikt om een wonde te reinigen zoals NaCl 0,9 %, kraantjeswater of een wound cleanser.

## Ontsmetten

Een niet geïnfecteerd letsel (categorie 1A en categorie 2A) wordt enkel gereinigd, maar niet ontsmet. Als het letsel geïnfecteerd is (categorie 1B en 2B) is het nodig om zowel te reinigen als te ontsmetten.

Bij tekens van infectie moet de brede omgeving van de stuit en het perineum ontsmet worden. In het geval van een open wonde wordt niet enkel de wonde, maar ook de brede wondomgeving ontsmet. Omwille van het brede werkingsspectrum wordt hiervoor Isobetadine zeep® aan geraden. Een mogelijk alternatief is Hibiscrub zeep®.

## Productkeuze

Bij een **categorie 1A letsel** is het voldoende om de geïrriteerde huid te beschermen en te hydrateren. Indien men werkt met kant-en-klare reinigingsdoekjes waarin een barrièreproduct verwerkt is, zoals bv. dimethicone, is dit voldoende. Een alternatief is een barrière crème (Beele et al., 2018). De crème wordt minimum 2x/dag aangebracht. Bij aanwezigheid van fecale incontinentie kan deze frequentie verhoogd worden tot 3x/dag (Beele et al., 2018). Dit type letsel zal meestal na enkele dagen behandeling verbeteren. Indien deze behandeling faalt, gaat u over tot de producten van categorie 2A, 1B of 2B letsels of contacteert u een verpleegkundig wondzorgexpert of arts.

Een **categorie 2A letsel** kan met meerdere producten behandeld worden. De meeste vloeibare producten (zoals sprays en lotions) uit het preventieve luik kunnen gebruikt worden om categorie 2 letsels (ontveling van de huid) te behandelen (Beele et al., 2018). Nattende letsels kunnen eerst uitgedroogd worden door 2x/dag een barrière lotion (bv.



Cicalfate® lotion) aan te brengen op de open letsels (Beele et al., 2018). Een tweede optie is het gebruik van Cavilon Advanced Skin Protector®. Dit product bestaat uit twee componenten die door middel van een applicator onmiddellijk voor de toediening worden samengebracht. Het product wordt 2x/week aangebracht op het letsel. Het is belangrijk om na het aanbrengen van het product de huidplooien (billen) open te houden en volledig te laten drogen. Als de huidplooien tegen elkaar komen terwijl het product nog niet droog is, zullen deze aan elkaar 'klevend' en kan het letsel mogelijks verergeren.

Een geïnfecteerd IAD-letsel, **categorie 1B en 2B letsels**, wordt behandeld met een antiseptisch middel. De twee meest gebruikte producten zijn polyvidone jodium (bv. Isobetadine® gel of Braunol® gel) en een antimycotische crème zoals miconazole (bv. Daktozin®) of Nystatine crème (combinatie van een antimycoticum met chloorhexidine en zink). Bij een geïnfecteerd IAD-letsel kan de Cavilon Advanced Skin Protector® niet gebruikt worden. Het product legt een occlusieve laag over het wondoppervlak. Als er in de wonde een infectie aanwezig is, dan zal deze niet bestreden worden.

Categorie 1 A	Categorie 2A
Barrière spray Barrière crème Incontinentiedoekjes met Dimethicone	Elastomeer huidbeschermers Lotions
Categorie 1B	Categorie 2B
Polyvidone gel Miconazole of Nystatine preparaten	Polyvidone gel Miconazole of Nystatine preparaten

Tabel 5: Een overzicht van geschikte productgroepen ter behandeling van IAD per categorie

## Bedekkend verband

Indien men werkt met crèmes, zalven, lotions, pasta's kan men een non-woven kompres of een absorberend bedekkend verband gebruiken.

Indien men werkt met barrièrefilms of elastomeer huidbescherming is het niet noodzakelijk om een afdekkend verband te gebruiken.

## Af te raden producten in preventie en behandeling

Producten	Reden van negatief advies
Preventief gebruik van anti-mycotische crèmes of pasta's, zoals bv. Daktozin®	Het is niet nodig om met anti-mycotische producten te werken als er geen schimmelinfectie aanwezig is.
Antimycotische spray's, zoals bv. Daktarin® spray	Hier geldt dezelfde redenering als voor de antimycotische pasta's. Bijkomend argument om deze sprays niet te gebruiken zijn de afwezigheid van een effectieve barrière en de aanwezigheid van alcohol. Deze spray mag niet gebruikt worden op een niet- intacte huid.
Pasta's, zoals bv. zinkoxide pasta	Het is moeilijk om deze pasta's op een atraumatische manier te verwijderen.
Poeders, zoals bv. talkpoeder	Deze zullen samenklonteren, hebben geen absorptievermogen of vormen geen effectieve barrière tegen de inwerking van vocht. Hierdoor zijn deze producten niet effectief.

Tabel 6: Overzicht van af te raden producten in preventie en behandeling



## Bibliografie

1. Ostaszkiwicz J., O'Connell B., Millar L. Incontinence: managed or mismanaged in hospital settings? *Int J Nurs Pract*, 2008; 14(6):495-502.
2. Junkin J., Selekof J.L. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2007; 34(3):260-9.
3. Campbell J.L., Coyer, F.M. & Osborne, S.R. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int Wound J* 2016; 13(3):403-11.
4. Roe B, Flanagan L, Jack B, Shaw C, Williams K, Chung A, Barrett J. Systematic review of descriptive studies that investigated associated factors with the management of incontinence in older people in care homes. *Int J Older People Nurs* 2013;8:29-49.
5. Saga S, Vinsnes AG, Morkved S, Norton C, Seim A. What characteristics predispose to continence in nursing home residents? A population-based cross-sectional study. *Neurourol Urodyn* 2015;34:362-7.
6. Bliss DZ, Harms S, Garrard JM, Cunanan K, Savik K, Gurvich O, Mueller C, Wyman JF, Eberly LE, Virnig B. Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:451.e1-7 Holroyd S. Incontinence-associated dermatitis: identification, prevention and care. *Br J Nurs* 2015; 24(9): 37-44.
7. Gray M., Beeckman D., Bliss D.Z., Fader M., Logan S., Junkin J. et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39(1): 61-74.
8. Beeckman D., Van Lancker A., Van Hecke A., Verhaeghe S. A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Health* 2014; 37: 204-18.
9. Irwin D.E., Kopp Z.S., Agatep B., Milsom I., Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int* 2011; 108(7): 1132-1138.
10. Bliss D., Mathiason M., Savik Eberly L., Fisher J., Wiltzen K., Akermark H., Hildebrandt A., Jacobson M., Funk T., Beckman A., Larson R. Incidence and Predictors of Incontinence Associated Skin Damage in Nursing Home Residents with New Onset Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017; 44(2): 165-171. doi:10.1097/WON.0000000000000313
11. Hahnel E., Blume-Peytavi U., Trojahn C., Kottner J. Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multicenter prevalence and correlational study. *BMC Geriatrics* 2017; 17:263 DOI 10.1186/s12877-017-0655-5
12. Van Damme N., Van den Bussche K., De Meyer D., Van Hecke A., Verhaeghe S., Beeckman D. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: results from a multivariate binary regression analysis. *Int Wound J* 2017; 14:801-810
13. Kottner J., Blume-Peytavi U., Lohrmann C., et al. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *International Journal Of Nursing Studies*, 2014; 51:1373-80
14. Beeckman D. et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015. Available to download from [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)
15. Van Damme N., Vanryckeghem E., Verhaeghe S., Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis in elderly: a qualitative phenomenological study on patient experiences. Paper presented at the 18th Annual Conference of the European Pressure Ulcer Advisory Panel, Ghent, Belgium 2015.



16. Beele H., Smet S., Van Damme N., Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and Management Options. *Drugs Aging*. 2018, 35:1-10.
17. Beeckman D., Schoonhoven L., Verhaeghe S., Heyneman A., Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs*. 2009; Juni;65(6):1141-54.
18. Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de Groot T., De Meyer D., Dunk A.M., Fouri A., Garcia Molina P., Gray M., Iblasi A., Jelnes R., Johansen I., Karadag A., Leblanc K., Kis Dadara Z., Long M.A., Meaume S., Pokorna A., Romanelli M., Ruppert S., Schoonhoven L., Smet S., Steininger A., Slockmayr M., Van Damme N., Voegeli D., Van Hecke A., Verhaeghe S., Woo K. & Kottner J., 2017, The Development Ghent Global IAD Categorisation tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group-Ghent University* 2017.
19. Aarts F, Bernaerts K, Smet S, et al. IAD in vier categorieën. *Nursing*. 2018;24:17-20.
20. Beeckman D. et al. Onderscheid wondletsels: decubitus of IAD?. *Nursing*. 2014; sept
21. Bernaerts K, Bruynseels C, de Graaf A, Keyaerts I, Lescrauwaet L. Het ABC bij en vochtletsel: preventie en behandeling. *UZLeuven Muzlidoc procedure 13980*; 2017.
22. Wondzorg Support Team UZ Leuven, Het ABC van vochtletsels: implementatie van een vernieuwd protocol ter preventie en behandeling van vochtletsels, *WCS nieuws*. 2018; juni; 34(2):p45-49

