



## **Praktische richtlijn 2019**

Preventie en behandeling  
van incontinentie  
geassocieerde dermatitis  
(IAD)

Annelies de Graaf, Kristel Schols,  
Carine Vrebos, Adinda Toppets

---





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

## Auteurs:

de Graaf Annelies RN Ma

Schols Kristel RN

Toppets Adinda RN Ma

Vrebos Carine RN

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). 2019. Beschikbaar op [www.wcs-belgie.be](http://www.wcs-belgie.be)

## Inhoud

Inleiding .....	3
Pathofysiologie .....	4
Classificatie van IAD.....	6
Differentieel diagnose met drukletsels .....	8
Basisprincipes voor preventie van IAD.....	11
Basisprincipes voor behandeling van IAD .....	16
Af te raden producten in preventie en behandeling.....	18
Bibliografie .....	19

## 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 (1-3). In rust- en verzorgingstehuizen komt incontinentie voor bij de helft of meer van de bewoners (4-6). Door langdurige blootstelling van de huid in de perianale regio aan urine en stoelgang kan er incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) ontstaan (7).

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 (8,9).

Het aantal patiënten waarbij IAD voorkomt varieert tussen de 5,6 en 50%, afhankelijk van de setting en de studiepopulatie (10-13). Ongeveer bij 6,1% van de gehospitaliseerde patiënten ontwikkelt een IAD letsel (14).

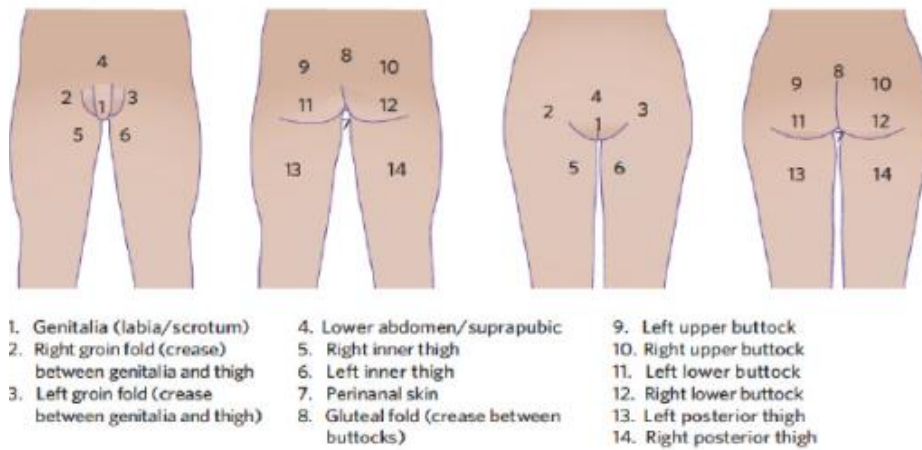
### Klinisch beeld

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, vulvaire of scrotale regio (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 (15). 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 (16).

Indien de huid door langdurige blootstelling gekoloniseerd wordt door commensale bacteriën of 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 kopieletsel (of Kissing-ulcer) (17).



Figuur 1: Huidzones waar IAD kan optreden (15)

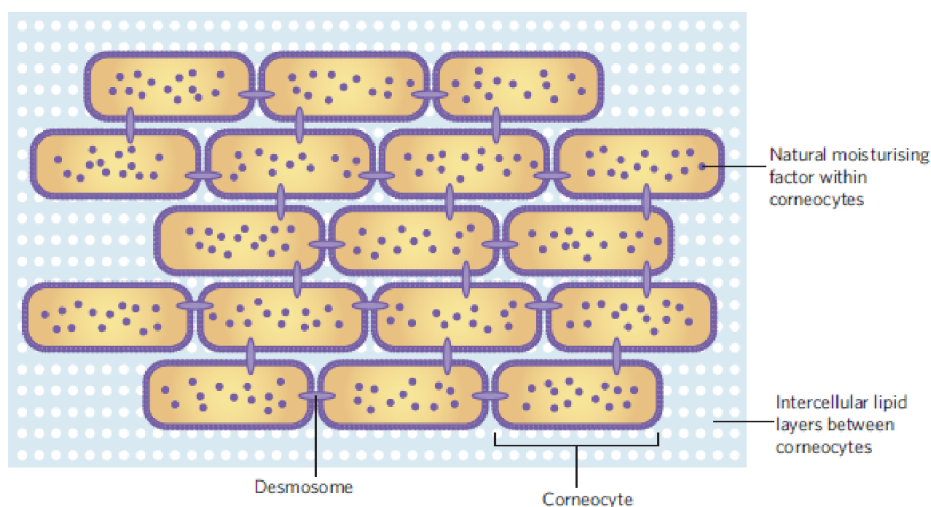
## Pathofysiologie

### 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 (15).

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 (15).

De vetzuurlaag zorgt voor een lage pH van 4 - 6. Deze zure omgeving vormt een belangrijke barrière en afweer tegen micro-organismen (15).

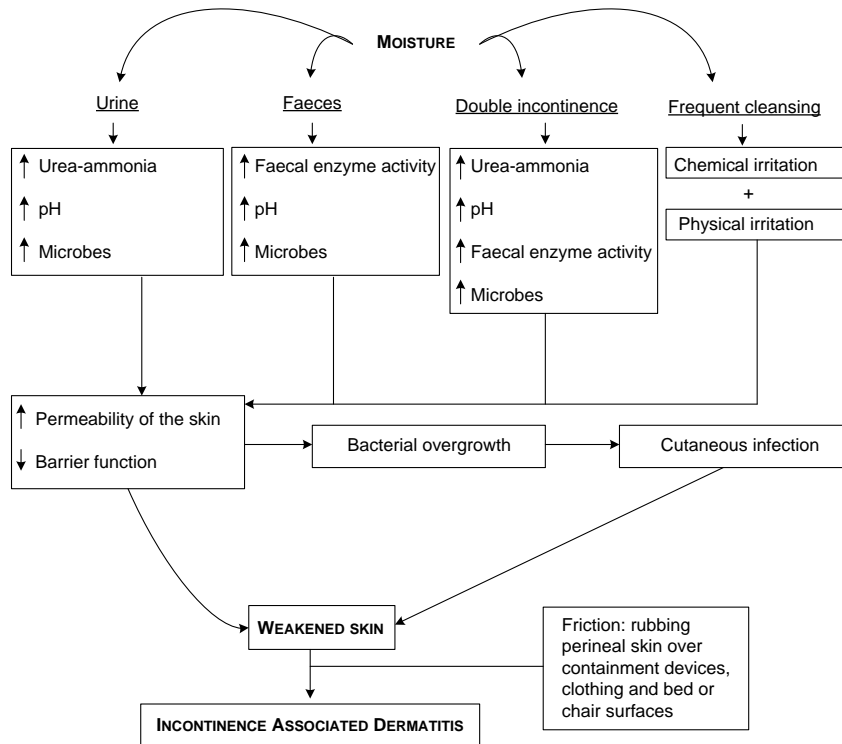


Figuur 2: Model van de structuur van het stratum corneum (15)

## Ontstaansmechanisme van IAD

De belangrijkste oorzaken van IAD zijn overhydratatie van de huid en een verhoogde pH. Daarnaast is een vochtige huid 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 (18).

**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 (15).

**Feces** 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 (15).

Bij een **combinatie van urinaire en fecale incontinentie** worden de schadelijke effecten van urine en feces gecombineerd (15).

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 fysische irritatie. Daarnaast veroorzaakt herhaaldelijk wassen met water overhydratatie of maceratie van de huid (15).

## **Classificatie van IAD**

Om enerzijds op een uniforme manier te kunnen diagnosticeren en te behandelen en anderzijds 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 (18). 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 (19). In onderstaande figuur staan de vier categorieën uitgelegd, met klinische criteria per categorie.



## — Categorie 1: Aanhoudende roodheid —

## — Categorie 2: Ontvelling —

### 1A - Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie



#### Essentieel 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

- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

# 1A

### 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.
- Teken van infectie  
Zoals een witte schijfing van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (pustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida albicans schimmelinfectie).

#### Bijkomende criteria

- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

# 1B

### 2A - Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie



#### Essentieel criterium

- Ontvelling  
Ontvelling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), denudatie en frictieletsel.  
De huidschade 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.
- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

# 2A

### 2B - Ontvelling met klinische tekenen van infectie



#### Essentiële criteria

- Ontvelling  
Ontvelling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), denudatie en frictieletsel. De huidschade heeft een diffuus patroon.
- Teken van infectie  
Zoals een witte schijfing van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (pustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida albicans schimmelinfectie), beslag aanwezig in het wondbed (geel/bruin/grijzig), groene verkleuring in het wondbed (kan wijzen op een bacteriële infectie met Pseudomonas aeruginosa), overmatig exsudaat, etterige afscheiding (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.
- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

# 2B

Figuur 4: GLOBIAD classificatie (18)



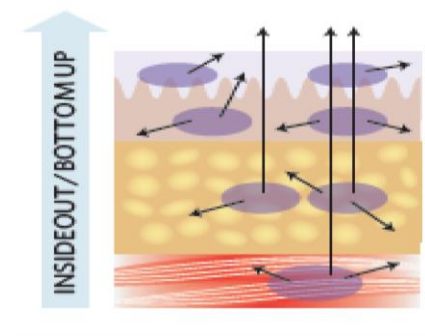
## Differentieel diagnose met drukletsels

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

### Ontstaansmechanisme drukletsels en IAD

#### Drukletsel

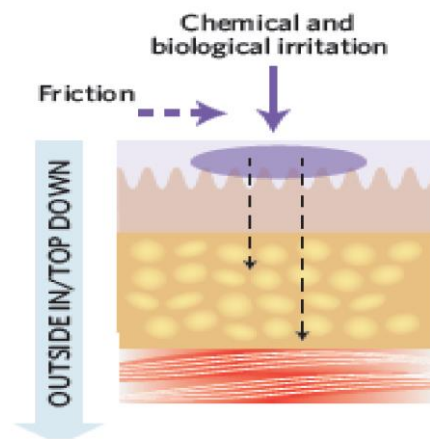
Een drukletsel wordt veroorzaakt door druk- en schuifkrachten. Deze krachten drukken de bloedvaten plat of rekken de bloedvaten uit zodat er ischemie ontstaat in de weefsels. Een drukletsel ontstaat in de diepere weefsellagen zoals spieren, onderhuids vet en de huid. Een drukletsel ontstaat dus van 'binnen naar buiten' (15).



Figuur 5: Ontstaansmechanisme drukletsel (15)

#### 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' (15).



Figuur 6: Ontstaansmechanisme IAD (15)

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.

Kenmerk	Drukletsel Decubitus	IAD Incontinentie geassocieerde dermatitis	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 wegdrubare roodheid, egale kleur, vastomlijnde plekken	Wegdrubbare of niet-wegdrubbare 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: alleen 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 een benign 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>	Bij een rood drukletsel is dit een egale roodheid	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 (20)

### **Belang onderscheid drukletsels en IAD**

Beide letsels vragen 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 druk verlagend zitkussen en/of druk verlagende matrassen zoals een extra druk spreidende matras op basis van lucht of 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 (8,9).

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 voor preventie van IAD

*De effecten van maatregelen en producten voor de preventie van IAD zijn slechts beperkt onderzocht. Bovendien is de kwaliteit van de uitgevoerde studies beperkt (17). 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-letsels**

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 (17).

### **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 (15,17).

Als de urinaire en/of fecale incontinentie niet kan behandeld worden, wordt geschikt incontinentiemateriaal gekozen (17). Langdurig contact van de huid met urine en/of feces moet vermeden worden (15).

### 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 (15). 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 (17). 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 (15,17).

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) (17,21,22).

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 (17,21,22).

Het gebruik van kant-en-klare incontinentiedoekjes is effectiever dan het wassen met water en zeep (17). 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 (15)

## 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 (15,17). De duur en effectiviteit van de beschermende werking van deze barrière is afhankelijk van de eigenschappen van het gebruikte product.

Basisprincipes van beschermende producten
<ul style="list-style-type: none"><li>- transparant</li><li>- makkelijk aan te brengen en/of te verwijderen</li><li>- niet occlusief voor de huid</li><li>- geen interferentie met opnamecapaciteit van incontinentiemateriaal</li><li>- hecht zich aan intacte en natte, ontvelde huid</li><li>- langdurige bescherming</li><li>- aan te brengen in een dunne laag</li></ul>

Tabel 3: Basisprincipes van beschermende factoren (15)

Er zijn zes verschillende productgroepen die elk hun beschermende eigenschappen hebben (15).

### 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 huidplooien, omdat dikke lagen crème maceratie in de hand werkt (17).

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 (17).

### 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. Deze producten zijn als preventief middel te overwegen als het risico op ontvelling groot is of de voorgaande therapieën falen.

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, Inotyol®, Lassardeeg,...
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 (17). De olie vermindert het uitdrogen van de huid en draagt bij tot het herstel van de vetzuur laag (15).

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 (17). Zalven die glycerine of ureum bevatten worden best vermeden omdat deze ingrediënten water aantrekken en het stratum corneum kunnen overhydrateren (15).

## Basisprincipes voor behandeling van IAD

*De effecten van maatregelen en producten voor de preventie van IAD zijn slechts beperkt onderzocht. Bovendien is de kwaliteit van de uitgevoerde studies beperkt (17). 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 geïnficeerd letsel (categorie 1A en categorie 2A) wordt enkel gereinigd, maar niet ontsmet. Als het letsel geïnficeerd 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 als eerste keuze product wassen met water en Isobetadine zeep® aan geraden (respecteer hierbij de inwerkingstijd). Een mogelijk alternatief is Hibiscrub zeep®. Indien het wassen volgens instructies als te pijnlijk ervaren wordt, kan men overwegen om na het reinigen om de wonde aan te stippen met polyvidone jodium-houdende producten (vb. Braunol®, Isobetadine Dermicum®,...) (17,21,22).

### 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 (17,21). De crème wordt minimum 2x/dag aangebracht. Bij aanwezigheid van fecale incontinentie kan deze frequentie verhoogd worden tot 3x/dag (17). 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. Vloeibare producten (zoals sprays en lotions) uit het preventieve luik kunnen gebruikt worden om categorie 2 letsels (ontvelling van de huid) te behandelen (17). Sprays hechten echter niet goed op open letsels. Nattende letsels kunnen eerst uitgedroogd worden door 2x/dag een barrière lotion (bv. Cicalfate® lotion) aan te brengen op de open letsels (17). Een tweede optie is het gebruik van een elastomeer huidbeschermer zoals 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 'kleven' en kan het letsel mogelijks verergeren. Andere beschermende producten mogen tijdens het gebruik niet gecombineerd worden.

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.

<b>Categorie 1 A</b>	<b>Categorie 2A</b>
Barrière spray Barrière crème Incontinentiedoekjes met Dimethicone	Elastomeer huidbeschermers Lotions
<b>Categorie 1B</b>	<b>Categorie 2B</b>
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 (17,21)*

### **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
<b>Preventief gebruik van anti-mycotische crèmes of pasta's, zoals bv. Daktozin®</b>	Het is niet nodig om met anti-mycotische producten te werken als er geen schimmelinfectie aanwezig is.
<b>Antimycotische spray's, zoals bv. Daktarin® spray</b>	Hier geldt dezelfde redenering als voor de anti-mycotische 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.
<b>Pasta's, zoals bv. zinkoxide pasta</b>	Het is moeilijk om deze pasta's op een atraumatische manier te verwijderen.
<b>Poeders, zoals bv. talkpoeder</b>	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. VanDamme 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