

DERMATOLOGISCHE PROBLEMEN EN DE HUID RONDOM WONDEN (3)



Sleutelwoorden: kwetsbare huid; huid rondom de wond; wondomgeving; veneuze beenzweren; drukzweren; diabetische voetzweren; veneus eczeem; contacteczeem; allergenen.

Kernpunten

1. Alle huid rondom een wond kan kwetsbaar worden en vereist zorgvuldige beoordeling en behandeling.
2. Bepaalde wondsoorten veroorzaken dermatologische problemen in de omringende huid en vereisen specifieke zorg, bijv. veneuze beenzweren, drukzweren en diabetische voetzweren.
3. Allergische reacties op stoffen die bij wondbehandeling en huidverzorging worden gebruikt, zoals cosmetica en zeep, kunnen huidproblemen rondom de wond verergeren.

SAMENVATTING

Dit korte artikel is het derde in een serie van drie artikelen waarin de verzorging van de huid rondom wonden wordt behandeld. De eerste twee artikelen behandelden de pathofysiologie van kwetsbare huid en de beoordeling en behandeling die nodig zijn bij de verzorging van patiënten met wonden. De focus van dit derde artikel ligt op de dermatologische aandoeningen die direct aan specifieke wondsoorten zijn gerelateerd zijn.

Inleiding

Zoals besproken in het eerste en tweede artikel van deze serie, is de verzorging van de huid rondom wonden, inclusief bescherming tegen mechanisch letsel (zoals weefseltrauma veroorzaakt door de verwijdering van pleisters en verband) en chemisch letsel (veroorzaakt door producten die op de huid worden gebruikt, lichaamsvocht en wondexsudaat), een essentiële vereiste voor personen die wondzorg en dermatologische zorg verlenen ^[1] ^[2].

Dit artikel behandelt dermatologische problemen die met specifieke wondsoorten worden geassocieerd, zoals veneuze beenzweren, drukzweren en diabetische voetzweren. In bepaalde gevallen, vooral bij de behandeling van

beenzweren, kan de kwetsbare huid rondom de wond het meest uitdagende aspect van de zorg vormen en veel meer problemen voor de patiënt en de zorgverlener met zich meebrengen dan de wond zelf. Beoordeling van de huid betekent het opmaken van een gedetailleerde dermatologische geschiedenis door vragen te stellen aan de patiënt, de huid nauwgezet te bekijken en gedetailleerde aantekeningen te maken. Dit kan aanwijzingen opleveren voor de diagnose, behandeling en verpleging van bestaande of potentiële problemen ^[2] ^[3].

Veneuze beenzweren en veneus eczeem

Verzorging van de wondomgeving vormt bij patiënten met veneuze beenzweren misschien wel de grootste uitdaging.

Wetenschappelijke bijdrage door Mölnlycke Healthcare

Auteur (s)

Arne Langøen
RN (verpleegkundige)
Hoofddocent, Høgskool Stord/Haugesund, Noorwegen
E-mail: arne.langoen@hsh.no

Sandra Lawton
RN, OND, RN Dip (Child), ENB 393, MSc, QN
Verpleegkundig consultant dermatologie, Queen's Medical Centre,
Nottingham University Hospitals NHS Trust, VK
E-mail: sandra.lawton@nuh.nhs.uk

Een aantal fysiologische veranderingen in de huid wordt veroorzaakt door veranderingen in de veneuze circulatie bij dergelijke patiënten. Veneuze hypertensie leidt tot micro-oedeem, waarbij rode bloedcellen en andere macromoleculen in de extravasculaire ruimte lekken. Er vindt afgifte van ijzerpigment uit hemoglobine plaats, wat leidt tot bruine verkleuring van de huid (hemosiderine).

Patiënten met chronische beenzweren hebben vaak lipodermatosclerose, atrophie blanche, hyperpigmentatie, droge, schilferige en atrofische huid en veneuze stasis dermatitis. Deze aandoeningen worden vaak in verband gebracht met kwetsbare huid rondom de wond, die dun is en makkelijk wordt beschadigd, bijv. door kleefstoffen. Deze huidaandoening kan verder worden gecompliceerd door allergische of irritatiereacties (zie Tabel 1) [4] [5].

De sleutel tot succesvolle behandeling ligt in het behandelen van de chronische veneuze hypertensie, hetzij chirurgisch, hetzij met compressie-therapie. Zonder dit zal plaatselijke behandeling niet effectief zijn.

Veneus eczeem kan gebaat zijn bij behandeling met topische corticosteroiden, hoewel deze met behoedzaamheid moeten worden gebruikt, aangezien ze bij onjuist gebruik de dunne en kwetsbare huid

kunnen beschadigen en de aandoening zelfs kunnen verergeren. Als het eczeem nat is, heeft een topische corticosteroidencrème de voorkeur; als het eczeem droog is, moet een zalf worden gebruikt. In ernstige gevallen kunnen problemen worden behandeld met kaliumpermanganaat 0,01-0,03%, één of twee maal per week aangebracht gedurende ca. twee weken, bij voorkeur in combinatie met corticosteroiden-therapie [6]. Dit zal het aantal bacteriën verlagen en de afscheiding van zowel de wond als het eczeem verminderen. Topische corticosteroiden worden gewoonlijk één of twee maal per dag gedurende korte perioden van één of twee weken gebruikt, en daarna wordt ermee gestopt. In geval van gravitatie-eczeem of allergisch contact-eczeem rondom een beenzweer wordt de zweer gewoonlijk behandeld met compressie-therapie en verbandwissels laten deze frequentie niet toe. Occlusie versterkt de kracht van corticosteroiden doordat het de absorptie bevordert. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de keuze van een preparaat [7]. Bijwerkingen van het gebruik van topische corticosteroiden kunnen zijn: topische effecten (dunner worden van de huid, onomkeerbaar verlies van elasticiteit, striae, verergering van huidinfecties of acne) en systemische effecten (suppressie van de hypofyse en bijnier, en het syndroom van Cushing) en zijn gerelateerd aan de sterkte. Hoewel het belangrijk is om waar

mogelijk het minst sterke topische corticosteroïde te gebruiken, moet de behandeling wel effectief zijn en het gebruik van een sterker preparaat bij aanvang kan ertoe leiden dat er op de lange termijn minder topische corticosteroïde wordt gebruikt [7]. Bij gebruik van topische corticosteroiden moet het gebruik en het therapeutisch effect worden gemonitord en geëvalueerd. Als er geen goede respons op de behandeling is, moet de huid opnieuw worden beoordeeld en moeten differentiële diagnoses worden overwogen zoals een infectie (bacterieel of schimmel-), of allergisch contact-eczeem (mogelijk veroorzaakt door een product dat op de wond of de huid werd gebruikt, zie Tabel 1). Uit recent onderzoek is gebleken dat 82,5% van de patiënten met chronische beenzweren minstens één positieve reactie vertoonde op de pleistertest [8].

Patiënten met veneuze beenzweren lopen risico op bacteriële infecties in de huid rondom de wond, een aandoening die vaak cellulitis wordt genoemd. Het kan lastig zijn om cellulitis en veneus eczeem van elkaar te onderscheiden, aangezien beide aandoeningen tot oedeem en erytheem leiden. Ze kunnen ook tegelijkertijd optreden [9]. Cellulitis wordt vaak geassocieerd met scherp begrensd erytheem, warmte, pijn en gevoeligheid, terwijl dermatitis minder scherpe randen heeft en drogere en schilferende huid.

Algemeen verzorgingsadvies

Om het risico van allergische reacties te verminderen suggereren Romanelli en Romanelli (2007) het profylactische gebruik van een zalf die 50% zachte witte paraffine bevat en 50% vloeibare paraffine [10]. Het is belangrijk om te beseffen dat het gebruik van zalf tot folliculitis kan leiden ten gevolge van verstopping van de haarzakjes. Daarom moeten alle verzachtende crèmes in een gladstrijkende beweging in de richting van de haargroei worden aangebracht [11].

Een laag met acrylaat kan worden gebruikt ter bescherming tegen

Tabel 1 | Gangbare allergenen bij beenzweren

Allergeen	Mogelijke bronnen van allergeen
Rubber	Handschoenen, zwachtels, kousen
Topische antibiotica	Crèmes, zalven en zalfverbanden
Emulgatoaren	Verstijvend middel in crèmes
Parfums	Crèmes en badtoevoegingen
Conserveringsmiddelen	Crèmes en gels
Kleefstoffen	Verbanden en pleisters

wondvocht en vocht van eczeem ^{[11][12]}. De laag beschermt gedurende 72 uur en moet niet worden gebruikt in combinatie met plaatselijke corticosteroïden-behandeling, aangezien de laag het effect hiervan zal belemmeren. Zinkoxide kan worden gebruikt ter bescherming van de huid rondom de wond; de zouten in zink verhinderen echter de werking van zilver in de wond, dus zinkoxide moet niet in combinatie met zilververbanden worden gebruikt ^[11].

Douchen en baden moet waar mogelijk worden gestimuleerd; dit kan zowel voor de wond als voor de huidproblemen rondom de wond gunstig zijn. Het gebruik van conventionele zeep-producten die surfactanten bevatten kan een uitdrogend effect op de huid hebben en kan direct na het wassen tot strakke, droge, rode, geïrriteerde, jeukende huid leiden en de huidbarrière beschadigen ^{[13][14]}. Daarom moeten verzachtende wasproducten worden gebruikt.

Bij de keuze van een zwachtel of verband voor een patiënt met veneus eczeem moet met verschillende factoren rekening worden gehouden, inclusief het risico van allergische en toxische reacties, de ernst van het eczeem en de hoeveelheid vocht die door zowel de wond als het eczeem wordt geproduceerd. Een verband met hoog absorptievermogen, geen kleefrand en een binnenlaag met een laag risico op toxische en allergische reacties verdient de voorkeur, evenals verbanden met een binnenlaag van zachte siliconen ^[15].

Drukzweren en huidbeschadiging

In veel gevallen van oppervlakkige drukbeschadiging zoals fase 1 en 2 drukzweren, is de schade opgetreden omdat de perifere circulatie is aangetast. Wanneer de druk op het gebied wordt verlicht, vindt reperfusie plaats naar het gebied. De combinatie van belemmering of vermindering van de circulatie gevolgd door reperfusie, leidt tot grotere hoeveelheden reactieve zuurstofsoorten, die

ontsteking in het weefsel veroorzaken ^{[16][17]}. De ontsteking, samen met de verminderde circulatie, maakt de huid rondom de wond kwetsbaarder.

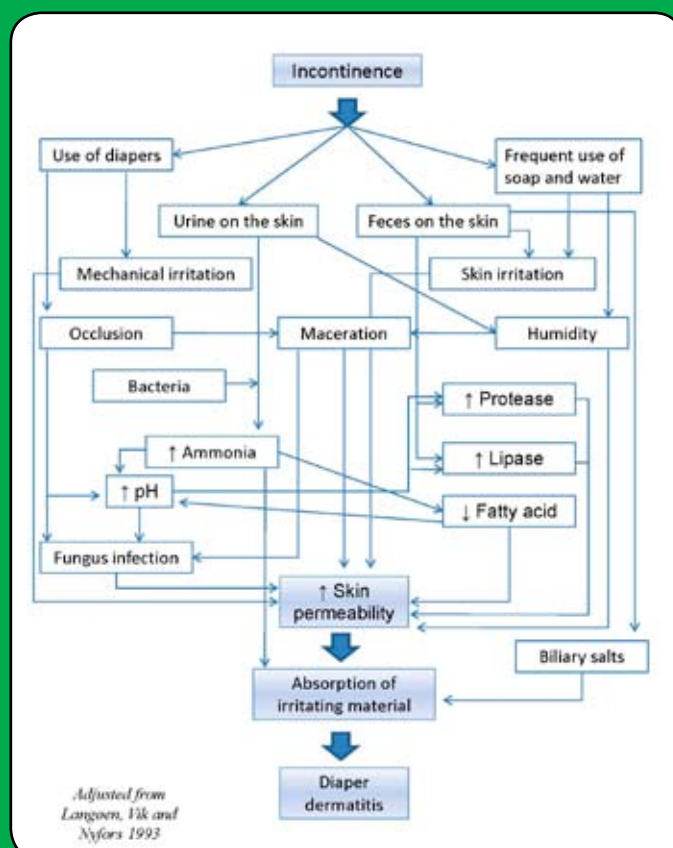
Bij fase 1 en 2 drukzweren kan de huid, naast verplichte maatregelen als drukverlichting, worden beschermd met een zalf die 50% zachte witte paraffine bevat en 50% vloeibare paraffine of een acrylaat-bevattende laag om het risico van huidafbraak te verkleinen. Deze wonden bevinden zich vaak op plaatsen waar besmetting met urine en fecaliën aanneemelijk is, wat contact-eczeem kan veroorzaken (zie **afbeelding 1**) ^[18]. Daarom kan een barrièrecreme of -zalf helpen om de huid te beschermen.

Beschadiging door fase 3 en 4 drukzweren betreft diepere lagen van de huid en structuren onder de huid. In sommige gevallen zijn er ondermijnde gebieden met diepe holten en fistels. Daarom loopt de wondomgeving risico op exoriatie door wondexsudaat of

afscheiding uit de fistels. Wanneer barrièrezalf behoedzaam op het aangetaste gebied wordt aangebracht, kan dit de huid rondom de wond tegen de gevolgen van vocht, zweet, protease- en lipaseproductie uit de wond, urine en fecaliën en wrijving van het beddengoed beschermen ^[19]. In gevallen waarin de huid groter risico loopt, is het een goed alternatief om de huid rondom de wond met een hydrocolloïde of een polyurethaanlaag te beschermen. Frequente verwijdering van de hydrocolloïdepasta of verbanden met polyurethaanlaag kan echter leiden tot beschadiging van de huid rondom de wond, omdat de huid wordt losgetrokken. De keuze van een geschikt verband dat een effectieve regulatie van exsudaat mogelijk maakt zal helpen om de omringende huid tegen beschadiging te beschermen. Het is belangrijk dat deze maatregelen gelijktijdig met de verwijdering van causatieve factoren en de instigatie van effectieve drukverlichting worden genomen.



➔ **Afbeelding 1** | Oorzaken van dermatitis in het sacrale gebied – een complicatie van drukzweren ^[18]



Aangepast uit: Langøen A, Vik H, Nyfors A. Diaper dermatitis. Classification, occurrence, causes, prevention and treatment. Tidsskr Nor Laegeforen 1993; 113(14): 1712-5 met toestemming van de uitgever.

Diabetische hyperkeratose

Diabetische neuropathie veroorzaakt zowel droge en schilferige huid als een hogere productie van callus in het gebied rondom de wond. Diabetespatiënten kunnen ook ischemie hebben ten gevolge van microangiopathie, wat leidt tot droge, atrofische, koude huid waarop geen haar groeit [20].

De droge huid van de diabetische voet moet met verzachtende producten worden behandeld. Verzachtende producten zijn een belangrijke groep middelen die een integraal onderdeel van de behandeling en onderhoudstherapie vormen van alle droge, schilferige huidaandoeningen. Verzachtende producten zijn er in allerlei samenstellingen en worden gebruikt voor wassen, baden en vocht inbrengen.

Om hyperkeratose te behandelen moeten plekken met callus regelmatig door een chiropodist worden verwijderd. Zorgverleners zouden patiënten moeten stimuleren om deze behandeling de prioriteit te geven. Bij patiënten met hyperkeratose

kunnen zowel zelfklevende als niet-zelfklevende verbanden worden gebruikt, maar er wordt algemeen aangenomen dat verbanden met beperkt absorptievermogen, zoals hydrocolloïden, moeten worden vermeden.

CONCLUSIE

Dit artikel beschrijft de gangbare dermatologische problemen die worden geassocieerd met de huid rondom specifieke wondsoorten. De sleutel tot een goede behandeling is in alle gevallen een juiste diagnose, een goed begrip van de oorzaak van het probleem, en het inzicht wanneer er een verwijzing naar een specialist noodzakelijk is. Het is belangrijk dat klinici de impact erkennen die dermatologische aandoeningen hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt en op de genezingsduur van de wond. Zelfs gangbare huidaandoeningen worden gemakkelijk verkeerd gediagnosticeerd en een ongeschikte behandeling is vaak de oorzaak van verergering van de aandoening en van groot ongemak voor de patiënt.

Dankwoord

Dit artikel werd gesponsord door een zgn. 'unrestricted educational grant' van Mölnlycke Health Care.

Referenties

1. Flour M. Pathophysiology of vulnerable skin. *World Wide Wounds* 2009; available from URL: <http://www.worldwidewounds.com/2009/September/Flour/vulnerable-skin-1.html>.
2. Lawton S, Langøen A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. *World Wide Wounds* 2009; available from URL: <http://www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html>.
3. Lawton S. Assessing the patient with a skin condition. *Practice Nurse* 2005; 30(5): 43-8.
4. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Br J Dermatol* 2009; 160(5): 946-54.
5. Lawton S, Gill M. Contact dermatitis: types, triggers and treatment strategies. *Nurs Standard* 23(34): 40-6.
6. Dealey. *The Care of Wounds: A guide for nurses*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.
7. Radley K, Shaw E. Topical corticosteroids and their use in venous leg ulcers. *Dermatological Nurs* 2007; 6(2): 10-15.
8. Barbaud A, Collet E, Le Coz CJ, Meaume S, Gillois P. Contact allergy in chronic leg ulcers: results of a multicentre study carried out in 423 patients and proposal for an updated series of patch tests. *Contact Dermatitis* 2009; 60(5): 279-87.
9. Fowler E, Carson S. Understanding peripheral edema and managing the edematous lower leg. In: Krasner DL, Rodehaver GT, Sibbald RG, editors. *Chronic Wound Care: A clinical source book for healthcare professionals*. Fourth edition. Malvern: HMP Communication, 2007.
10. Romanelli M, Romanelli P. Dermatological aspects of leg ulcers. In: Morison MJ, Moffatt CJ, Franks PJ, editors. *Leg Ulcers. A problem-based learning approach*. London: Mosby Elsevier, 2007.
11. Sibbald RG, Cameron J, Alavi A. Dermatological aspects of wound care. In: Krasner DL, Rodehaver GT, Sibbald RG, editors. *Chronic Wound Care: A clinical source book for healthcare professionals*. Fourth edition. Malvern: HMP Communication, 2007.
12. Hampton S, Stephen-Haynes J. Skin maceration: assessment, prevention and treatment. In: White R, editor. *Skin Care in Wound Management: Assessment, prevention and treatment*. Aberdeen: Wounds UK, 2008.
13. Ananthapadmanabhan KP, Moore DJ, Subramanyan K, Misra M, Meyer F. Cleansing without compromise: the impact of cleansers on the skin barrier and the technology of mild cleansing. *Dermatol Ther* 2004; 17(Suppl 1): 16-25.
14. Subramanyan K. Role of mild cleansing in the management of patient skin. *Dermatol Ther* 2004; 17(Suppl 1): 26-34.
15. Thomas S. The role of dressings in the treatment of moisture-related skin damage. *World Wide Wounds* 2008; available from URL: <http://www.worldwidewounds.com/2008/march/Thomas/Maceration-and-the-role-of-dressings.html>.
16. Collier M, Moore Z. Etiology and risk factors. In: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T, editors. *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: European Pressure Ulcer Advisory Panel/Springer, 2006.
17. Coleridge Smith PD. Oxygen-free radicals and reperfusion injury. In: Krasner DL, Rodehaver GT, Sibbald RG, editors. *Chronic Wound Care: A clinical source book for healthcare professionals*. Fourth edition. Malvern: HMP Communication, 2007.
18. Langøen A, Vik H, Nyfors A. [Diaper dermatitis. Classification, occurrence, causes, prevention and treatment]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993; 113(14): 1712-5.
19. Bale S, Cameron J, Meaume S. Skin care. In: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T, editors. *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: European Pressure Ulcer Advisory Panel/Springer, 2006.
20. McIntosh C, Newton V. Superficial diabetic foot ulcers. In: White R, editor. *Skin Care in Wound Management: Assessment, prevention and treatment*. Aberdeen: Wounds UK, 2008.