

UPDATE DECUBITUS CLASSIFICATIESYSTEEM DOOR HET NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP)

Inleiding

Het NPUAP is de nationale, adviserende decubituscommissie in Amerika. Het instituut is vergelijkbaar met de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en voorheen het CBO afdeling richtlijn ontwikkeling decubitus. De laatste jaren is er op het gebied van richtlijnontwikkeling een steeds meer intensieve samenwerking zo ook tussen NPUAP en EPUAP. Het ligt momenteel niet in de lijn der verwachting dat er op initiatief van Nederlandse professionals met ondersteuning van het CBO een nieuwe Nederlandse update komt van de richtlijn uit 2002. Deze Amerikaanse richtlijn zal sterk overeenkomen met de binnenkort te verwachten EPUAP richtlijn, dus is zeker het lezen waard.

Auteurs: Joyce Black, PhD, RN, CWCN, CPSN; Mona Baharestani, PhD, ANP, CWCN, CWS, FAPWCA, FCCWS; Janet Cuddigan, PhD, RN, CWCN, CCCN; Becky Dorner, RD, LD; Laura Edsberg, PhD; Diane Langemo, PhD, RN, FAAN; Mary Ellen Posthauer, RD, CD, LD; Catherine Ratliff, PhD, APRN-BC, CWCN; George Taler, MD

*Gepubliceerd in: Dermatology nursing 2007, Volume 19, nr 4
Vertaling: Annemieke Quax en Trees Bots
Inleiding: Martin van Leen*

SAMENVATTING

De NPUAP (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL) HEEFT DE DEFINITIE VAN DECUBITUS EN DE VERSCHILLENDE STADIA VAN HET DRUKULCUS HERZIEN, GEBASEERD OP RECENT ONDERZOEK EN OP VERZOEK VAN HONDERDEN KLINISCH SPECIALISTEN, OPLEIDERS EN ONDERZOEKERS UIT HEEL AMERIKA. HET BEPALEN VAN DE HOEVEELHEID ANATOMISCH WEEFSELVERLIES DIE PER STADIUM BESCHREVEN WORDT, IS NIET VERANDERD. DE NIEUWE DEFINITIE'S WERDEN OPGESTELD OM REDENEN VAN NAUWKEURIGHEID, DUIDELIJKHEID, BONDIGHEID, KLINISCHE BRUIKBAARHEID EN OM ONDERSCHIED TE KUNNEN MAKEN TUSSEN EN MET DE DEFINITIE'S VAN ANDERE GENEZINGSSTADIA VAN DECUBITUS- EN ANDERE WONDEN. AAN DIT HERZIENE SYSTEEM WERD OOK DE DEEP TISSUE INJURY DECUBITUS TOEGEVOEGD, DAT ONTSTAAT IN DE DIEPTE EN PAS LATER ZICHTBAAR WORDT AAN DE HUID (BOTTUM UP THEORIE), EVENALS DIEPE WEEFSELVERWONDINGEN ALS EEN APARTE KLASSE VAN HET DRUKULCUS.

INTRODUCTIE

Sinds 1989 is het decubitus graderingsysteem van het Nationaal Decubitus Adviesorgaan een wijd-verspreid classificatiesysteem (Maklebust & Margolis, 1995). Het graderingsysteem werd aanvankelijk ontwikkeld om de diepte van weefselvernietiging dat optreedt bij drukulcera klinisch te kunnen beschrijven. In dit artikel zullen de methodes behandeld worden die als leidraad dienden voor de herziening van het graderingsysteem en van de definitie van het drukulcus.

Door de jaren heen heeft het graderingsysteem zich steeds verder ontwikkeld. Door klinisch, ultrasonografisch, tomografisch en digitaal onderzoek, ontstaat er een beter begrip van de veelvoudige oorzaak en ontwikkeling van de ulcera. Zo werden in 1997 de definities van Graad I decubitus ulcera opgenomen voor

patiënten met een donkere huid. Na vijf jaar van onderzoek, discussie en overleg om tot een algemene opvatting te komen, werd in 2007 het NPUAP decubitus graderingsysteem gherdefinieerd.

Een drukulcus is een "locale verwonding van de huid en/of van het onderliggende weefsel, meestal ter hoogte van het botoppervlak, als gevolg van druk, of druk in combinatie met schuifkrachten en/of frictie" (NPUAP, 1989). Andere bijkomende factoren kunnen ook in verband gebracht worden met decubituswonden; de betekenis van deze factoren moet echter nog vastgesteld worden. Decubituswonden komen al voor sinds de vroegste op schriftgestelde geschiedenis van de mensheid. De oudste vermelding is door Hippocrates en dateert uit 400 voor Christus. Paget vermeldde in 1873, in zijn klinische verhandeling over doorligwonden, dat

decubituswonden soms van onder intacte huid naar buiten kwamen. Zelfs vandaag de dag beïnvloeden drukulcera nog steeds de kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn ze behalve een belangrijk klinisch probleem, ook een economisch, juridisch en organisatorisch probleem voor zowel de zorgaanbieders als de patiënten.

GESCHIEDENIS VAN HET DRUKULCUS-GRADERINGSYSTEEM

Er zijn verschillende classificatiesystemen voor de gradering van decubituswonden ontwikkeld. Het oudste systeem dat in de literatuur genoemd wordt is dat van Guttman uit 1955. In 1975 ontwikkelde Shea de eerste goedgegedocumenteerde graderingmethode. Deze bestond uit een numeriek classificatiesysteem, dat werd gebaseerd op de pathologie. Shea definieerde elke Graad aan de hand van de schade aan de zachte weefsels. Shea's systeem bestond uit vier graden, namelijk I-IV, en een gesloten decubituswond, te vergelijken met de huidige definitie van vermoedelijke schade aan de diepere weefsels. Shea's Graad I werd gedefinieerd als een acute ontstekingsreactie, terwijl Fase IV als het binnendringen en ondermijning van het bindweefsel werd gedefinieerd. Andere classificatiesystemen werden ontwikkeld door Campbell in 1959, door Barton in 1976 en door Daniel, Priest and Wheatley in 1981 en 1985. In de Verenigde Staten

werd echter tot ver in de jaren 80 van de vorige eeuw voornamelijk het Shea-systeem toegepast.

De International Association of Enterostomal Therapists (IAET), tegenwoordig bekend als de Wound, Ostomy, Continence Nurses' Society (WOCN), ontwikkelde in 1988 een veelgebruikt graderingsysteem, bestaande uit vier graden. Het systeem, ontwikkeld door de IAET, beschrijft Graad I van het systeem als "erytheem dat niet verdwijnt binnen 30 minuten na het opheffen van de druk op de huid. De dermis/huid blijft intact." Fase IV van het IAET systeem wordt gekenmerkt door "diepe weefselverwonding die zich uitbreidt door het subcutane bindweefsel heen, tot op de onderliggende fascie, soms ook tot op de spierlagen, gewrichten en/of botweefsel. Een wond in Fase IV ziet er uit als een diepe krater. Het zenuwweefsel kan aangedaan zijn, er kan sprake zijn van algehele verzwakking van de patiënt, van fistelvorming, de vorming van exsudaat en/of het ontstaan van infecties. Het wondbed is doorgaans niet pijnlijk."

Tijdens de eerste Consensus Conferentie van de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) in 1989, werd er een 4-gradensysteem ontwikkeld, vergelijkbaar met eerder ontwikkelde systemen. Het NPUAP graderingsysteem wordt al 18 jaar wijd en zijd toegepast. Het NPUAP systeem uit 1989 beschreef een decubituswond in Graad I als niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid, de voorloper van een huidulcer". Een Graad 4 werd gedefinieerd als "volledig verlies van de huidlagen met vergaande weefselafbraak, weefselnecrose of schade aan spier-, bot- of steunweefsels (zoals spierpezen, gewrichten en kapsels). Algehele verzwakking en de vorming van fistelkanalen kunnen ook hier in verband gebracht worden met Fase IV van het systeem".

De definitie van Graad I van een decubitus wond werd in 1997 door de

NPUAP herzien, om het opsporen van decubitus bij een donkere huid mogelijk te maken en werd voortaan beschreven als "een zichtbare drukgerelateerde verandering van de intacte huid, waarbij de volgende indicatoren, bij vergelijking met andere delen van het lichaam, behoren: de temperatuur van de huid (warmte of koude), verharding van weefsel (stevig of verweekt) en/of gevoel (pijn, jeuk). Het ulcer ziet er uit als een gebied van de huid dat rood is in lichtgekleurde blanke huid en rood tot blauwpaarse kleurschakeringen in donkerder huidtypen".

In 1999 heeft het European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ook een 4-gradensysteem voor decubituswonden ontwikkeld. Hier werd een decubituswond in Graad I beschreven als "een niet wegdrukbaar rode verkleuring van de intacte huid. Verder komen verkleuring van de huid, warmte, oedeem en induratie of verharding voor, met name bij de donker gekleurde huid." Fase IV kenmerkte zich door "vergevoerde beschadiging van de huid, weefselnecrose of schade aan spier-, bot- of steunweefsels, met of zonder volledig verlies van de huidlagen."

PROBLEMEN MET GRADERINGSSYSTEMEN

Inherent aan het nauwkeurig faseren van de decubituswond is:

- 1 Kennis van de anatomie van de huid en diepere weefsellagen, en de kennis om deze te herkennen en van elkaar te onderscheiden;
- 2 beoordelings-, differentiatie- en diagnostische vaardigheden;
- 3 de vaardigheden om de validiteit (nauwkeurigheid) en betrouwbaarheid (consistentie van de resultaten) van het graderingssysteem te beoordelen.

Illustratief was een inter-rater betrouwbaarheidsonderzoek uit 2007, dat de fasering van decubituswonden onder stafverpleegkundigen en gecertificeerde wond-, stoma- en incontinentieverpleegkundigen vergelijkt met twee National Database of Nursing Quality

Indicators (NDNQI) prevalentiestudies, gebaseerd op het NPUAP graderingssysteem. Deze studies geven aan, dat er een overeenkomst is van 65% tussen de Kappa-raters = 0.514 bij alle graden van het decubitusgraderingssysteem. (Nickoley, Helvig, Ritter & Heinsler, 2007) Van de 235 "als potentiële decubitus gediagnosticeerde ulcera", werd 16.6 % uit het onderzoek verwijderd, omdat deze een andere etiologie hadden dan de decubituswonden (zoals candidiasis, maceratie en huiddefecten)(Nickoley et al., 2007).

Ter vergelijking werd aan 44 decubitusdeskundigen gevraagd om aan de hand van 56 foto's verschillende vormen van letsel te beoordelen, waaronder normale huid, wegdrukbaar roodheid en decubitus, waarbij ze gebruik maakten van het EPUAP 4-gradensysteem, of incontinentieletsels (Defloor & Schoonhoven, 2004). Het percentage van overeenstemming was 94.5% en de multi-rater Kappa was 0.80. Letsel dat veroorzaakt werd door incontinentie werd meest verkeerd gediagnosticeerd als Graad II (blaren) of Graad III van het decubitusgraderingssysteem (Defloor & Schoonhoven, 2004).

Stafverpleegkundigen tonen zich vaak onzeker als ze nauwkeurig onderscheid moeten maken tussen Graad II, Graad III en letsel als gevolg van vochtigheid en/of frictie (Doughty et al., 2006; Defloor et al., 2005; Pieper & Mattern, 1997; Zulkowski & Ratcliff, 2006). Door de anatomische locatie worden herpes, schimmel en vochtlaesies onterecht gekwalificeerd als drukulcera (Defloor et al., 2005). Neuropatische voetulcera, beschadiging van de opperhuid door het verwijderen van fixatiemateriaal, reactieve hyperemie, kneuzingen en blauwe plekken, stralingsnecrose, operatieve wonden en ulcera die het gevolg zijn van veneuze of arteriële insufficiëntie, worden eveneens onjuist gekwalificeerd bij het gebruik van het NPUAP-systeem. Diagnostieke inaccuratesse heeft niet alleen onjuiste preventie en behandeling tot gevolg, maar ook onrechtmatig gebruik van



gezondheidszorggelden, hetgeen weer mogelijke strafrechterlijke consequenties heeft.

“DEEP TISSUE INJURY” (VERWONDING BESCHADIGING VAN DE DIEPERE HUIDLAGEN) ALS ETIOLOGIE VAN HET DECUBITUS ULCER

In 2001 stelde de NPUAP de mogelijkheid van een andere etiologie van het drukulcer ter discussie. Van deze ulcera was bekend dat ze er “paarsig” uitzagen of “als blauwe plekken” en vele hadden de tendens om zich snel tot grote Graad IV-ulcera te ontwikkelen (Black & Black, 2003). De term “deep tissue injury” (DTI) werd gekozen omdat aangenomen werd dat de oorzaak van dit soort ulcera een (te) hoge druk op de weefsellagen tussen het bot- en spierweefsel was. DTI werd aanvankelijk gedefinieerd als: “een door druk ontstane verwonding/ beschadiging van de subcutane weefsels, onder intacte huid. Aanvankelijk zien deze verwondingen er uit als een diepe kneuzing of blauwe plek, die mogelijk de voorbode is van de ontwikkeling van een drukulcer in achtereenvolgens Graad III tot IV, zelfs onder optimale behandelingscondities” (NPUAP, 2001).

Er werd een werkgroep opgericht en er werd een grondige studie gedaan aan de hand van de beschikbare literatuur in de hoop om eerdere documentatie over het fenomeen DTI te vinden. Verrassend genoeg bestond die. In 1873 schreef Paget dat drukulcera door intacte huid konden breken en dat het weefsel paars of geel kon zijn door een bloeditstorting. Hij zei verder, dat de diepere weefsels, inclusief spieren en botten, afsterven, waarop het verlies van het locale huid- en vetweefsel volgt en de plek onder het huidulcer “leeg” is. Groth (1942), een Duitse wetenschapper, liet ulcers in proefdieren ontstaan door van buitenaf druk uit te oefenen en beschreef deze ulcera die in de spieren begonnen als maligne. Zelfs Shea vermeldt het “gesloten drukulcer”, in aanvulling op de verschillende fasen

van het graderingsysteem van het drukulcer. Door deze voorgaande informatie in de literatuur, was het duidelijk dat het idee van een DTI drukulcer niet nieuw was, maar in het huidige graderingsysteem over het hoofd gezien was. Een literatuurstudie onderscheidde vele variaties in terminologie om DTI te beschrijven (Ankrom et al., 2005).

HERZIENING VAN HET NPUAP GRADERINGSYSTEEM

Toen het NPUAP-graderingsysteem werd ontwikkeld had men slecht beperkte kennis van de oorzaken (pathologie) van decubituswonden. Men hield nog geen rekening met de mogelijkheid van een DTI en een gedifferentieerde diagnose “letsel als gevolg van incontinentie of frictie”, werd niet als zodanig herkend. Door het gebruik van het NPUAP graderingsysteem uit 1997, werden vermoedelijke DTI's abusievelijk gediagnosticeerd als Graad I ulcera. In navolging van de landelijke aandacht voor het probleem van de DTI-behandeling leverde verschillende internationale, nationale, regionale en plaatselijke presentaties aan wondzorgdeskundigen, het klinische bewijs dat DTI decubituswonden nog steeds een belangrijk, doch slecht begrepen, klinisch probleem vormden.

De NPUAP grijpt al sinds 1987 de verschillende consensusbijeenkomsten aan om meer informatie te geven over klinische onderwerpen waarover weinig wetenschappelijke literatuur bestaat. De NPUAP Consensus Conferentie van 2005 had DTI als belangrijkste onderwerp op de agenda staan. Men was het erover eens dat DTI een vorm van decubitus is en dat de toevoeging van DTI aan het graderingsysteem zou helpen om betere en vroegere behandeling mogelijk te maken, waardoor betere resultaten behaald zouden kunnen worden. Men was het er eveneens over eens, dat de beschikbare informatie over DTI twijfelachtig is en een complexe pathogenese heeft, waardoor er behoefte is aan juiste,

klinische indicatoren en definities om betere resultaten te kunnen behalen en de prevalentie- en incidentiecijfers in rapporten te kunnen duiden. De leden van de Consensus Conferentiegroep waren het er vervolgens over eens dat de DTI's in het bestaande graderingsysteem niet voorkwamen, hetgeen voor de NPUAP aanleiding was om het graderingsysteem te herzien. De bestaande definities van Graad I en II hadden teveel variaties en men kwam overeen dat huiddefecten door urine and faeces, maceratie door vochtigheid van de huid en verwondingen door frictie niet passen binnen deze naamsindeling. Alle resultaten van deze Consensus Conferentie werden in 2005 gepubliceerd (Black & the NPUAP 2005).

Tijdens de vele bijeenkomsten werd men het erover eens dat DTI het onderliggend lijden is van decubitus. Hoewel er weinig concreet onderzoek is gedaan naar deze vorm van decubitus, werd het bestaan weldegelijk door klinisch specialisten bevestigd. Echter, het bleef onduidelijk hoe men deze kon beschrijven met gebruikmaking van het graderingsysteem. Volgens de gangbare definitie kon DTI gezien worden als een variant van Graad I of als niet-faseerbaar. Graad I ulcera worden sindsdien gezien als ulcera die op eigen kracht kunnen genezen zonder herstel van belangrijke weefsels of littekenvorming. DTI past niet echt in Graad I van het graderingsysteem, behalve dat het in gesloten vorm een aanwijzing is voor de ontwikkeling van ernstiger ulcera.

Ook werd het aanbevolen om DTI als een niet-faseerbare vorm van decubitus te benoemen. De NPUAP adviseerde om DTI als niet-faseerbaar te definiëren met betrekking tot die documentatiesystemen waarin benoeming verplicht is (zoals MDS en gedigitaliseerde verslaglegging), omdat de werkelijke aard van de wond onbekend is. Indien van een documentatiesysteem gebruik wordt gemaakt, is het belangrijk om de objectieve beschrijving “vermoedelijke

DTI” of “DTI” te gebruiken. De oorspronkelijke beschrijving als “niet-faseerbaar” werd echter gebruikt voor wonden die bedekt waren met beslag of dood huidweefsel, waarbij de diepte van de wond niet zichtbaar was voordat debridement volledig was uitgevoerd. Men verwacht niet dat bij DTI debridement noodzakelijk is. Daarbij komt dat het als niet-faseerbaar benoemen van DTI tot gevolg heeft dat het nog langer zal duren voordat men een volledig begrip krijgt van dit fenomeen. Ook de EPUAP erkent de klinische kenmerken en heeft ervoor gekozen om DTI als Graad IV van het graderingsstelsel te benoemen vanwege de veronderstelde diepte van de wond en de ernstige mate van weefselbeschadiging. Toch ontwikkelen niet alle DTIs zich verder als “echte” ulcera. Indien deze vroegtijdig gediagnosticeerd worden, kunnen ischemische en beschadigde weefsels genezen door middel van drukverlaging en reperfusie en herstel van de bloedtoevoer, hoewel elementaire kennis en klinisch onderzoek zeker onmisbaar zijn op dit gebied.

HERNIEUWD ONDERZOEK EN HERZIENING VAN DE DEFINITIES EN FASEN

Tijdens de Consensus Conferentie in 2005 bereikte de NPUAP haar doelstelling om het inzicht in DTI te verdiepen, maar ze begreep al spoedig dat DTI niet gemakkelijk in het huidige graderingsstelsel in te passen viel. Daarom startten ze een tweejarig onderzoek om het gehele graderingsstelsel te herzien. Recent onderzoek werd geanalyseerd. Onderzoekers, klinici, onderwijsgevend en openbare beleidsmakers werden bevestigd naar hun ideeën en adviezen. NPUAP alumni (studenten) werden uitgenodigd om aan het project deel te nemen. NPUAP-leden spraken met hun EPUAP collega's over de noodzaak van een gedetailleerd decubitusgraderingsstelsel. De NPUAP stelde verschillende versies op van een decubitusgraderingsstelsel en vroegen om

op- en aanmerkingen van de deskundigen.

Er werden definities opgesteld met als doel accuratesse, duidelijkheid, bondigheid, klinische bruikbaarheid en onderscheid met en tussen de verschillende andere definities van beide stadia van decubituswonden en andere type wonden. De belangrijkste beslissende factor om efficiënt te kunnen werken was de beschikbaarheid van wetenschappelijke onderbouwing (evidence based). Bij het opstellen van de definities was bondigheid een belangrijke factor. Elke definitie bevat een “verder beschrijving” in verband met onderwijsdoelstellingen en om de klinische bruikbaarheid te vergroten.

In 2005 publiceerde de NPUAP een voorlopige versie van het graderingsstelsel op haar website en vroeg daarbij om commentaar van de lezers. Deelnemers werd gevraagd om bij ieder definitie hun mening te geven omtrent de duidelijkheid, ondubbelzinnigheid, bondigheid, accuratesse en onderscheid met andere systemen. Er was onbeperkt ruimte om aanbevelingen voor aanpassingen te doen. Tweehonderd vrijwilligers uit 45 van de 50 staten (van Amerika) deden mee aan het onderzoek. De meerderheid van de ondervraagden waren CWOCNs gecertificeerde wondverpleegkundigen of verpleegkundigen met ervaring in de wondverzorging. Ook enkele internisten, fysiotherapeuten en zorgmanagers reageerden. Met betrekking tot DTI kon 56% tot 75% van de respondenten zich vinden in de beschrijving, wat betreft de duidelijkheid, ondubbelzinnigheid, bondigheid, accuratesse en het verschil met andere systemen.

Voor Graad I ging het om 76% tot 91%, voor Graad II om 83% tot 95%, voor Graad III om 83% tot 96%, voor Graad IV om 72% tot 98% en om 73% tot 90% wat de definitie van niet-faseerbare decubitus betrof. Hoewel deze resultaten aanmoedigend waren, verzamelde de NPUAP alle reacties in een 60

pagina's tellend rapport en stelde de definities van de verschillende graden bij. Dit langdurige waarderings- en afstemmingsproces vormde het uitgangspunt voor de Consensus Conferentie van de NPUAP in 2007.

Tijdens de Consensus Conferentie in 2007 werd aan bezoekers gevraagd om de herziene definities van drukulcera te gebruiken bij het classificeren van 30 foto's van drukulcera en andere huidaandoeningen. Het percentage juiste bevindingen werd op een gemiddelde van 60% voor alle foto's berekend. De meerderheid van de onjuiste beoordelingen was te wijten aan het beoordelen van decubituswonden aan de voet of hiel bij diabetespatiënten of aan beoordelingsproblemen bij patiënten met problemen met de bloedtoevoer, als diabetische voetulcera of arteriële ulcera in plaats van drukulcera.

Het Herziene Graderingsstelsel

Het doel van de herziening was om iedere Graad van het stelsel te specificeren en het aantal incorrecte beoordelingen van ulcera en andere wonden en huidaandoeningen te verminderen. Het graderingsstelsel omhelst nu ook de aanname dat het ulcer veroorzaakt wordt door druk, wat niet alleen betekent dat andere oorzaken van wonden ontbreken als drukulcera worden beoordeeld, maar ook dat inzicht in het ontstaan van drukulcera van cruciaal belang is bij het kiezen en voorschrijven van een behandeling.

DEEP TISSUE INJURY (DTI)

DTI is de nieuwste vorm van het drukulcer in het herziene graderingsstelsel. De definitie van DTI werd afgeleid van multi-klinische casuïstiek en wordt beschreven als een “paarse of (kastanje)bruine, begrensde plek op de verkleurde, intacte huid of een met bloed gevulde blaas, veroorzaakt door schade aan het onderliggende, zachte



weefsel, door druk en/of schuifkrachten.” De plek op de huid kan voorafgegaan worden door pijnlijk, stevig of vochtig verweekt weefsel, dat warmer of juist kouder is dan het omringende weefsel. Tegenwoordig kunnen veel gevallen van DTI hieraan worden herkend en het woord “vermoedelijk” kan aan de klinische diagnose worden toegevoegd. Ook bloedblaren zijn aan deze definitie toegevoegd. De NPUAP gaat ervan uit dat bloedblaren een ernstiger verwonding zijn dan slechts een met serum gevulde blaar, maar de werkelijke mate van weefselschade is niet bekend. De NPUAP erkent dat DTI soms moeilijk te diagnosticeren is bij mensen met een donkere huidskleur en heeft daarom de beschrijving hiervan in de definitie van DTI opgenomen. Door het opnieuw bestuderen van de beschikbare informatie is het ook algemeen bekend geworden dat de ontwikkeling van DTI gepaard kan gaan met een kleine blaar op een donker wondbed. De wond kan zich verder ontwikkelen en bedekt raken met beslag huidweefsel. Herstel is mogelijk en genezing (of groei) kan snel optreden, waarbij nieuwe huidlagen zichtbaar zijn, zelfs bij een optimale behandeling. De wond daaronder kan genezen of meer weefsellagen kunnen zichtbaar worden, ondanks maximale behandeling.

Graad I



De NPUAP is nog steeds van mening dat een drukulcer in Graad I een teken van risico inhoudt. De herziene

definitie luidt “een niet weg te drukken rode plek op de intacte huid, doorgaans op een botachtig uitsteeksel. Een donkere gekleurde huid vertoont meestal geen zichtbare lichte verkleuring/verbleking, maar de kleur kan wel afwijken van de omringende huidskleur.” Een aanvulling op de definitie van Graad I is “De plek kan pijnlijk zijn, stevig, zacht en warmer of juist koeler vergeleken met het omringende weefsel. Fase I kan moeilijk te diagnosticeren zijn bij mensen met een donkere huidskleur. De aanwezigheid van deze kenmerken van Graad I kan een groter risico op decubitus betekenen.”

Een belangrijk onderdeel van de herziene Graad I was het schrappen van iedere mogelijke verwijzing naar DTI (zie de latere bespreking). Verder worden decubituswonden in Graad I gezien als te genezen, mits er geen onherstelbare weefselschade is. Ondanks dat pijn een indicator van Fase I is, komt ze vaak in alle fasen van decubitus voor. Ook bij de afwezigheid van weefsel, mag er niet verondersteld worden dat er geen sprake is van pijn.

Graad II

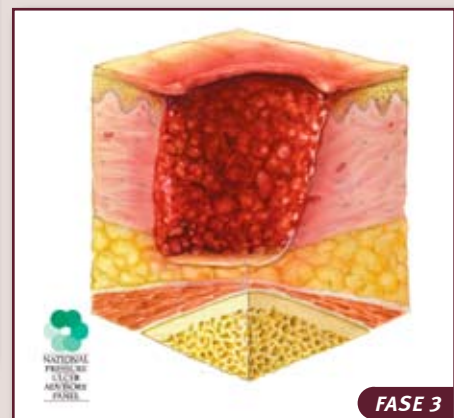


Ondanks het feit dat het graderingsysteem alleen voor decubitus was ontworpen, ontbrak er in de definitie van Graad II een duidelijke omschrijvingen van het verschil tussen een Graad II drukulcer en andere wondoorzaken, waarin de nieuwe indeling geen verbetering zou beteken.

De NPUAP veranderde de definitie van Fase II decubitus zo, dat deze alleen van toepassing zou zijn op Fase II decubituswonden. De herziene definitie is “gedeeltelijk dunner worden van de huid, hetgeen er uit ziet als een ondiepe, open ulcer met een rood of roze wondbed zonder schilfering. De wond kan er ook uit zien als een dichte of open (gebarsten), met vocht gevulde blaar.” Men veronderstelt dat bloedblaren veroorzaakt worden door schade aan de dieper gelegen, onderhuidse weefsels en deze kunnen niet als fase II drukulcera geclassificeerd worden. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van huidschilfers op het wondbed van een drukulcer en deze mag dus ook niet tot de definitie van Fase II gerekend worden.

Verdere kenmerken van Graad II zijn dat het drukulcer er glimmend of droog uitziet, zonder vervelling of kneuzing (bloeduitstorting). Bloeduitstortingen wijzen op schade aan de dieper gelegen weefsels, dus mogelijk op DTI. Graad II mag niet gebruikt worden om skin tears (traumatische huidontvellingen), wonden door verwijderen pleisters, perineale dermatitis, maceratie of ontvelling te beschrijven.

Graad III



De reden van de NPUAP om de definitie van Graad III te herzien, was om tegemoet te komen aan het feit dat er meerdere verschijningsvormen zijn van Graad III drukulcera. De herziene definitie van Graad III decubitus luidt:

“Volledig verlies van de huidlaag. Onderhuids vetweefsel kan zichtbaar zijn, maar geen botweefsel, nog pezen of spieren. Er kan sprake zijn van vervelling, maar deze verhuult niet de diepte van de wond. Ook kan er sprake zijn van verlies van stevigheid en tunneling.” De diepte van een Graad III drukulcera hangt af van de plaats van het lichaam. De neusbrug, het oor, het achterhoofd en de enkel hebben geen onderhuids bindweefsel waardoor Graad III ulcera op deze plaatsen vaak ondiep zijn. Daarentegen kunnen op plaatsen met een verhoogde vetophoping zeer diepe Graad III ulcera vertonen. Er is geen sprake van zichtbare of tastbare pezen of botweefsel.

Een ander veel voorkomend klinisch probleem is het beschrijven van het genezingsproces gedurende langere tijd. Terwijl de zichtbare aspecten worden vastgelegd door middel van het graderingsysteem, kan het niet de ziektegeschiedenis beschrijven, nog dient het gebruikt te worden om het genezingsproces te beschrijven. De genezing van drukulcera kan o.a. nauwkeuriger gedocumenteerd worden door middel van de Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) (Scotts et al., 2001). Er is een voortdurende behoefte aan informatie-uitwisseling omtrent de ziektegeschiedenis van het drukulcer, met inbegrip van de reeds doorlopen fases, om een in alle opzichten optimale patiëntenzorg te kunnen realiseren. Graad IV ulcera zien er soms uit als Graad III ulcera, maar deze behoren te worden gezien als Graad IV ulcera die reeds aan het genezen zijn. Graad IV ulcera hebben vaak een heel jaar nodig om te genezen en eenmaal genezen, blijft de plek van het ulcer een risicoplek doordat het littekenweefsel slechts 45% van de oorspronkelijke elasticiteit behoudt.

Graad IV

De definitie van een Graad IV drukulcer behoeft weinig herziening. De geactualiseerde definitie luidt: “Er is sprake van volledig verlies van weefsel

met zichtbaar bot-, pees- of spierweefsel. Er kan beslag of dood huidweefsel op het wondbed zitten. Ook is er vaak sprake van ondermijning en tunneling”. Om het onderscheiden met een Graad III drukulcer gemakkelijker te maken, werd de volgende beschrijving aan de definitie toegevoegd: “De diepte van een Graad IV wond varieert naar gelang de anatomische locatie van de wond. De rug van de neus, het oor, achterhoofd en enkel hebben geen onderliggend bindweefsel, waardoor deze wonden oppervlakkig blijven. Graad IV ulcera kunnen zich uitbreiden tot in het spierweefsel en onderliggend steunweefsel (bijvoorbeeld bindweefsel, peesweefsel of het weefsel van het gewrichtskapsel), waardoor osteo-myelitis kan ontstaan. Blootliggend bot- of peesweefsel is zichtbaar of direct aanraakbaar”. De NPUAP geeft aan dat palpatie van botweefsel buiten het behandelingsbereik van bepaalde klinische specialisten ligt.



FASE 4

Niet In Te Delen Decubitus Ulcera

Het doel van de herziening van de definitie van niet-gradeerbare drukulcera was het verminderen van de tendens om elk ulcus met necrotisch weefsel als niet gradeerbaar te classificeren wanneer men kan zien hoe diep het ulcer is. De nieuwe definitie is: “Volledig verlies van de huidlaag waarbij de ondergrond van het ulcus bedekt is met beslag (geel, geelbruin, grijs, groen of bruin) en/of dood huidweefsel (geelbruin, bruin of

zwart) in het wondbed”. Let op de beschrijving “de ondergrond van het ulcer”, die wordt gebruikt om aan te geven dat het niet mogelijk is om de diepte van het ulcer te bepalen. Als er bij voorbeeld sprake is van necrotisch weefsel aan de rand van het ulcus, maar de ondergrond is botweefsel, dan moet het ulcer als Graad IV geclassificeerd worden. Verdere beschrijvingen van Graad IV ulcera zijn: “Tot er voldoende beslag en/of dood huidweefsel is verwijderd om zodoende de ondergrond van de wond te zien, kan de werkelijke diepte, en daarmee gepaard gaand, de Graad, niet vastgesteld worden. Een stabiele (droog, stevig en intact zonder erythema of fluctuance) huidlaag op de hiel dient als “de natuurlijke (biologische) bedekking van het lichaam en mag niet verwijderd worden”.



Niet-gradeerbare drukulcera

Wonden die door wondbedekkers, beugels of gips aan het zicht onttrokken zijn, mogen niet als niet-faseerbaar gediagnosticeerd worden. Zo mag men ook niet aannemen dat de voorafgaande graad voortduurt tot het ulcus zichtbaar is. Verslaglegging moet duidelijk maken dat de wond niet aan de hand van deze criteria geclassificeerd werd. Het verdient aanbeveling om bij een ziekenhuisopname de wond zelf te onderzoeken en zich niet slechts op de verslaglegging te verlaten.

TOEKOMSTPLANNEN

Validatie van het NPUAP drukulcergraderingsysteem en evaluatie van de effectiviteit van op versterking van



inter-rater en intra-rater betrouwbaarheid van het graderingsstelsel gerichte onderwijsprogramma's, vereist verdere fundamentele kennis en klinisch onderzoek. Tijdens de Consensus Conference werden de onderwerpen overheidsbeleid, onderzoek en onderwijs met betrekking tot de herziene faseringssystemen besproken. De bezoekers van de conferentie beoordeelden deze onderwerpen. Bij het maken van plannen voor de toekomst zal de NPUAP gebruik maken van hun bevindingen. Toekomstige conferenties zullen blijvend bijdragen aan deze ontwikkeling.

CONCLUSIE

De NPUAP heeft het graderingsstelsel voor drukulcera herzien met als doel de klinische accuratesse, klinische bruikbaarheid en de mogelijkheid drukulcera van andere huidaan- doeningen te onderscheiden, te verbeteren en bevorderen. Het doel van een graderingsstelsel is om een methode te verschaffen om te kunnen communiceren over de hoeveelheid anatomisch weefselverlies in een drukulcer. Accurate fasering is van groot belang bij het overleg en het plannen van de behandeling. Terwijl fasering datgene beschrijft wat zichtbaar is, kan het niet de ziekte- geschiedenis beschrijven en dient daarom niet toegepast te worden bij het beschrijven van het genezings- proces (reversed staging). Er is een voortdurende behoefte om de achter- grond, inclusief de reeds doorlopen graden van het drukulcer van de wond, te bespreken teneinde de patiënten- zorg in al haar hoedanigheden te bevorderen.

CE DISCLAIMER

De geschreven versie van dit artikel werd in eerste beginsel geschreven voor onderwijsdoeleinden (Continuing Education). Neem voor verdere informatie over accreditatie a.u.b contact op met de uitgever, Anthony J. Jannetti, Inc., East Holly Avenue Box 56, Pitman, New Jersey 08071-0056.

Als dit artikel iets duidelijk maakt, dan is het wel dat decubitus, de behandeling ervan en daaraan voorafgaand de classificatie, nog steeds veel aandacht verdient. U heeft in uw dagelijkse praktijk ongetwijfeld ook met regelmaat te maken met wonden en huidproblemen en moet deze dan beoordelen. Wij zouden het goed vinden om hierover door te praten op basis van uw reacties en ervaringen. Hoe denkt u over de volgende zaken:

1. Bestaat incontinentieletsel en moet dat apart geclassificeerd worden?
2. Moet in de EPUAP richtlijn ook DTI worden toegepast?
3. Als je denk aan DTI hoe behandel je dan?

Wij zijn benieuwd naar uw ervaringen en inzichten en zien graag uw reactie op info@ntvw.nl

► Redactie NTVW

1. Ankrom, M., Bennett, R., Sprigle, S., Langemo, D., Black, J., Berlowitz, D., et al. (2005). Pressure-related deep tissue injury under intact skin and the current pressure ulcer staging systems. *Advances in Skin and Wound Care* 18(1), 35-42.
2. Barton, A.A. (1976). The pathogenesis of skin wounds due to pressure. In R.M. Kenedi, J.M. Cowden, & J.T. Scales (Eds.). *Bed sore biomechanics* (pp. 55-62). London: Macmillan Press.
3. Black, J., & the National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2005). Moving toward consensus on deep tissue injury and pressure ulcer staging. *Advances in Skin and Wound Care*, 18(8), 415-421.
4. Black, J., & Black, S. (2003). Deep tissue injury. *Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice*, 16(11), 380.
5. Campbell, R.M. (1959). The surgical management of pressure sores. *Surgical Clinics of North America*, 39, 509-513.
6. Daniel, R.K., Priest, D., & Wheatley, D. (1981). Etiologic factors in pressure sores: An experimental model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62, 492-498.
7. Daniel, R.K., Wheatley, D., & Priest, D. (1985). Pressure sores and paraplegia: An experimental model. *Annals of Plastic Surgery*, 15(1), 41-47.
8. Defloor, T., & Schoonhoven, L. (2004). Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 952-959.
9. Defloor, T., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Heyman, H., Lubbers, M., et al., (2005). Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel – Pressure ulcer classification. *Journal of WOCN*, 32(5), 302-306.
10. Dougherty, D., Ramundo, J., Bonham, P., Beitz, J., Erwin-Toth, P., Anderson, R., et al., (2006). Issues and challenges in staging of pressure ulcers. *Journal of the WOCN*, 33(2), 126-132.
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (1999). Guidelines on treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review*, 2, 31-33.
12. Groth, K.E. (1942). Clinical observations and experimental studies of the pathogenesis of decubitus ulcers. *Acta Chir Scand*, 76(Suppl.), 1-209.
13. Guttman, L. (1955). The problem of treatment of pressure sores in spinal paraplegics. *British Journal of Plastic Surgery*, 8, 196.
14. International Association of Enterostomal Therapists. (1988). Dermal wounds: Pressure sores: Philosophy of the IAET. *Journal of Enterostomal Therapy*, 15, 4-17.
15. Maklebust, J., & Margolis, D. (1995). Pressure ulcers: Definition and assessment parameters. *Advances in Wound Care*, 8(4, Suppl.), 6-7.
16. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (1989). Pressure ulcer prevalence, cost, and risk assessment. Consensus Development Conference Statement. *Decubitus*, 2, 24-28.
17. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (1997). 1997 NPUAP Consensus Development Conference Definition. Washington, DC: Author.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2001). Deep tissue injury taskforce. Washington, DC: Author.
19. Nickoley, S., Helvig, E., Ritter, M., & Heinsler, C. (2007). Inter-rater reliability of pressure ulcer staging between staff nurse and CWOCN surveyors in two NDNQI pressure ulcer prevalence surveys. Poster presented at the 10th National NPUAP Biennial Conference, February 9-10, 2007, San Antonio, Texas.
20. Nix, D. (2006). Patient assessment and evaluation of healing. In R.A. Bryant & D.P. Nix (Eds.), *Acute & chronic wounds: Current management concepts* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
21. Paget, J. (1873, May 10). In the wards. Clinical lectures on bed-sores. *The Student's Journal and Hospital Gazette*, 144-146.
22. Pieper, B., & Mattern, J.C. (1997). Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. *Ostomy and Wound Management*, 43(2) 22-6, 28, 30-31.
23. Shea, J.D. (1975). Pressure sores classification and management. *Clinical Orthopaedics*, 112, 89-100.
24. Stotts, N.A., Rodeheaver, G.T., Thomas, D.R., Frantz, R.A., Bartolucci, A.A., Sussman, C., et al. (2001). An instrument to measure healing in pressure ulcers: The development and validation of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). *The Journal of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Sciences*, 56(12), M795-799.
25. Zulkowski, K., & Ratliff, C. (2006). Perineal dermatitis or pressure ulcer: How can you tell? *Nursing* 2006, 36(12), 22-23.