



Hautrisiko Inkontinenz

Einschätzung und Diagnostik Ständiger Kontakt mit Urin oder Stuhl reizt die Haut. Es kommt zu Rötungen, Entzündungen und Hautschäden, welche als Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) bezeichnet werden. Diese ist klar von anderen Hautschäden wie Dekubitus abzugrenzen. Die korrekte Beurteilung des Hautzustandes ist wichtig, um vorbeugen und richtig behandeln zu können.

Von PD Dr. Jan Kottner und Prof. Dr. Ulrike Blume-Peytavi

Inkontinenz ist ein weit verbreitetes Phänomen in vielen Gesundheits- und Pflegesettings, insbesondere in der Langzeitpflege und der geriatrischen Versorgung. Inkontinenz führt bei den Betroffenen zu Einschränkungen der Lebensqualität, sie geht mit erhöhten Gesundheitsrisiken einher und führt zu erhöhten Pflegebedarfen. Eine sehr häufige Komplikation ist die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD). Es handelt sich um eine irritative Kontaktdermatitis, die durch den wiederholten und länger andauernden Kontakt der Haut mit Urin- und/oder Stuhl entsteht. Häufige Hautreinigungsprozeduren und okklusive Bedingungen tragen ebenfalls zur IAD-Entwicklung bei (Kottner, Blume-Peytavi 2016).

Klinische Zeichen der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis

Eine IAD kann nur dort entstehen, wo Urin und/oder Stuhl direkt Kontakt zur Haut haben. Je nach Liege- oder Sitzposition können die Kontaktflächen variieren. In der Regel sind die Anal- und Perianalregion und das Gesäß betroffen. Bei stärkerer Ausprägung können auch die Hautfalten (inguinal) und die (Innenseiten der) Oberschenkel betroffen sein.

Die wichtigsten klinischen Merkmale der akuten IAD sind ausgeprägte Rötung, „glänzende“ Haut, Erosionen und Exkoriationen (offene Substanzdefekte der Haut), begleitet von Schmerzen (Kottner, Beeckman 2015). Die Hautrötung ist das klinisch sichtbare Merkmal der Entzündung. In der Regel ist diese gegenüber der nicht betroffenen Haut abgegrenzt, auch wenn diese Begrenzung häufig unscharf ist. Der Glanz auf der Hautoberfläche entsteht durch Schwellung der gesamten Epidermis und Dermis und durch eine zu hohe Aufnahme von Feuchtigkeit in die oberste Hautschicht (Stratum corneum). Dabei verstreicht typischerweise das Hautprofil.

Im weiteren Verlauf der IAD kann es zu Schäden der Oberhaut (Epidermis) mit Erosionen und Unterhaut (Dermis) im Sinne von Exkoriationen kommen. Häufig sind kleine Bläschen. Bei Verlust von Hautschichten zeigen sich ebenfalls ein glänzendes Aussehen und ausgeprägte Rötungen. Diese Hautschäden sind teilweise großflächig und inselartig inmitten intakter Haut. Ist die Dermis betroffen, sind Blutungen die Folge, insbesondere bei Manipulation. In jedem Fall sind diese Hautschäden sehr schmerzhaft. Bei großflächigen und ausgeprägten Gewebedefekten können vereinzelte gelbliche Beläge sichtbar sein.

Studienergebnisse legen nahe, dass in vielen Fällen eine pathologische Kolonisation mit Superinfektionen eine Rolle spielen. Am häufigsten ist die Besiedlung mit *Candida albicans*. Neben den bereits beschriebenen klinischen Zeichen können randständige Pusteln auftreten, die auch über das eigentliche IAD-Areal hinausgehen. Eine genaue Diagnose lässt sich aber nur durch einen Abstrich und kulturelle Untersuchung auf Bakterien und Pilze im Labor vornehmen.

Viele Pflegebedürftige und Patienten leiden über viele Jahre an einer IAD. Dabei kommt es immer wieder zu neuen, nicht heilenden Entzündungen. Bei der chronischen Form kommt es zur Verdickung der Haut, zu einer Vergrößerung der Hautfelderung (Lichenifikation). Ekzematöse Plaques (begrenzte entzündliche Erhabenheiten der Haut) treten auf.

Risiko sollte individuell erfasst werden

Im internationalen und deutschsprachigen Raum wurden bislang zirka zehn standardisierte Instrumente zur Einschätzung und



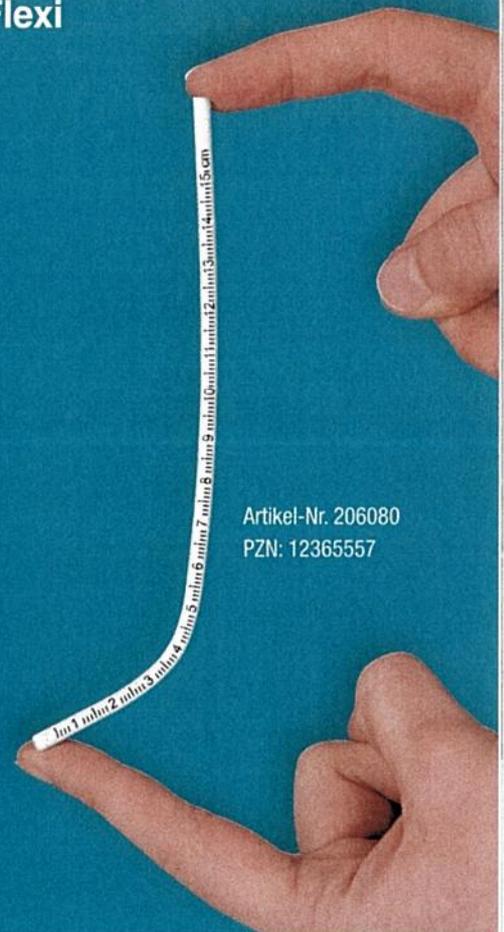
BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

MADE IN GERMANY

Höchste Qualität für Sie und Ihre Patienten

Besuchen Sie uns:
Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege
15.-17. Februar 2017 · Messe Bremen
Halle 4 · Stand L8

BMV® Wundtiefenmesser Flexi



Artikel-Nr. 206080
PZN: 12365557

BMV® Tracheostoma-Pflegecreme



Artikel-Nr. 208080
PZN: 12365215

Produzent und Großhändler für
Tracheotomie-/Laryngektomieprodukte
Telefon: +49 (0) 22 47/7 56 85 60
E-Mail: info@bmv-med.de

Klassifikation der IAD publiziert. Darin werden zum einen klinische Merkmale erhoben, zum Beispiel Ausprägung der Hautrötung, Größe des Hautdefekts, oder auch zur IAD beitragende Faktoren, zum Beispiel Dauer und Intensität der Exposition gegenüber Stuhl (Steininger et al. 2016). Je nach Instrument ist somit nicht immer klar, ob die IAD oder das Risiko einer IAD eingeschätzt werden sollen.

Für den deutschsprachigen Raum wurde unter anderem das Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D) von einer österreichischen Arbeitsgruppe aufwendig übersetzt, testtheoretisch untersucht und für den deutschsprachigen Raum angepasst (Müller, Schumacher 2016). Es besteht aus fünf Kategorien: Hochrisiko, beginnende IAD, mäßige IAD, schwere IAD und einer zusätzlichen Kategorie pilzartig erscheinender Ausschlag (Steininger et al. 2016). Neben Beschreibungen finden sich Abbildungen, die die Einschätzung in der klinischen Praxis erleichtern.

Unabhängig von diesen standardisierten Instrumenten lässt sich die IAD grundsätzlich in zwei Kategorien einteilen. Entweder die Haut ist noch intakt, oder es gibt bereits Substanzverluste der Haut. Diese vereinfachte Klassifikation wurde kürzlich von einer internationalen Arbeitsgruppe empfohlen und soll Einschätzungsfehler minimieren. Gleichzeitig riet diese Arbeitsgruppe von der Entwicklung und Verwendung von standardisierten IAD-Ri-

sikoeinschätzungen ab, um nicht die tragische Entwicklung der Dekubitus-Risikoskalen zu wiederholen (Beeckman et al. 2015). Die Einschätzung des IAD-Risikos sollte individuell unter Beurteilung intrinsischer, zum Beispiel Art und Frequenz der Inkontinenz, und extrinsischer, zum Beispiel Art der Inkontinenzversorgung, erfolgen.

Abgrenzung zu anderen Hautschäden

Es gibt zahlreiche andere Haut- und Gewebeschäden, die von der IAD abgegrenzt werden können. Besonders relevant ist die Unterscheidung zum Dekubitus. Eines der wichtigsten Kriterien ist die Ätiologie. Für eine Dekubitus-Diagnose müssen längere Zeiten von Immobilität vorausgegangen sein, für eine IAD-Diagnose ist das Vorhandensein von Inkontinenz und der Kontakt von Urin/Stuhl zur Haut entscheidend. Ein Dekubitus entsteht an Körperstellen, wo Haut und darunterliegende weiche Gewebe über längere Zeit komprimiert und geschert worden sind. Im Liegen ist das typischerweise über den zusammengewachsenen Dornfortsätzen des Sacrum (Crista sacralis mediana) der Fall. Aufgrund der punktuellen Belastung ist auch der entstehende Dekubitus in der Regel eher rund und deutlich zur umgebenen Haut abgegrenzt. Die Abgrenzung zur umgebenen Haut kann bei der IAD unschärfer sein, insbesondere bei Candida albicans-Infektionen. Die Unterscheidungsmerkmale zwischen IAD und Dekubitus wurden in einem vorherigen Beitrag in dieser Zeitschrift ausführlich dargestellt (Kottner, Burchardt 2014) und sind in Abbildung 1 nochmals kurz zusammengefasst.

Intertrigo ist ebenfalls ein Hautproblem, das in der Pflege häufig vorkommt und von der IAD abzugrenzen ist. Intertrigo ist eine Entzündung an den Stellen, wo Haut auf Haut liegt, zum Beispiel in den Achselhöhlen, unter der Brust oder in Bauchfalten. Aufgrund der Ansammlung von Feuchtigkeit durch den kontinuierlichen passiven Wasserverlust über die Haut, durch aktives Schwitzen und durch die Reibung der Haut aufeinander, mazeriert die Haut und wird anfällig für Irritationen und Infektionen.

IAD und Intertrigo weisen viele Gemeinsamkeiten auf, und bisweilen werden diese auch nicht voneinander abgegrenzt. Bei der IAD kommt die Haut mit Urin/Stuhl von „außen“ in Kontakt, das heißt, der Auslöser kommt von extern. Die übermäßige Feuchtigkeit bei Intertrigo wird von der Hautstelle selbst produziert, die Ursache kommt somit von der Hautstruktur selbst von intern. Durch die Begrenzung auf Hautfalten ist eine Intertrigo in der Regel immer länglich und geht oft mit pathologischen Kolonisationen einher.

Neben IAD, Dekubitus und Intertrigo können sich im Anogenitalbereich viele weitere Hauterkrankungen manifestieren, zum Beispiel Schuppenflechte, atopische Dermatitis, Lichen sclerosus et atrophicus, aber auch eine irritative, toxische oder allergische Kontaktdermatitis. Letztere ist von besonderer Relevanz im Alter und bei Pflegebedürftigkeit. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens steigt mit zunehmender und länger andauernder Schädigung der Hautbarriere, zum Beispiel bei IAD, und mit zu-

- 1 Inkontinenz-assoziierte Dermatitis mit Satellitenpusteln
- 2 Chronische Form der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis. Die Haut ist trocken, verdickt und zeigt eine oberflächliche Schuppung



Foto: Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Dimitri Beeckman, Belgien



Foto: Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Hilda Heyman, Belgien

Abb. 1 Inkontinenz-assoziierte Dermatitis oder Dekubitus?

	Dekubitus	IAD
Lokalisation	Über Knochenvorsprung oder unter einem medizinischen Hilfsmittel (z. B. Kanüle, Katheter, Schiene)	Perineal, perianal, Innenseiten der Oberschenkel, Gesäß
Ätiologie	Immobilität, eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit, länger andauernde Periode von Druck muss stattgefunden haben (z. B. OP, Reanimation)	Urin und/oder Stuhlinkontinenz, Urin/Stuhl müssen Kontakt zur Haut haben
Tiefe	Am Beginn Kategorie I oder Tiefe Gewebeschädigung („deep tissue injury“), zum Schluss in der Regel Kategorie III/IV	(Teil-)Verlust der Haut (Erosion), immer flach
Form	Rund, oval, klar abgrenzbare Ränder	Ungleichmäßige Form und undeutliche Ränder
Weitere Merkmale	Nekrosen und Unterminierungen können auftreten	Umgebende Haut typischerweise mazeriert

die betroffene Haut muss engmaschig auf klinische Zeichen der IAD untersucht werden.

Vergleichbar mit Dekubitus und anderen Hautschäden ist eine frühzeitige wirksame Prävention unerlässlich, um die Manifestation von Hautschäden zu vermeiden. Sofern bezüglich der Diagnose Unsicherheiten bestehen, sollte immer ein Experte, zum Beispiel Wundexperte oder Dermatologe, hinzugezogen werden.

Beeckman D. et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015

Eubel J, Diepgen TI, Weisshaar E. Allergien im Genitalbereich. *Hautarzt* 2015; 66: 45-52

Kottner J, Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015; 150 (6): 717-729

Kottner J, Blume-Peytavi U. Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD): Ätiologie, Pathogenese, Risiko und Epidemiologie. *Wund Management* 2016; 10 (5): 248-251

Kottner J, Burchardt K. Druckgeschwür oder oberflächliche Läsion? *Die Schwester Der Pfleger* 2014; 53: 860-862

Müller G, Schumacher P. Multimethodisches Analyseverfahren zur Entwicklung des deutschsprachigen Inkontinenz-assoziierten Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D): Eine Projektbeschreibung. *Wund Management* 2016; 10 (5): 262-267

Rai P, Marsman DS, Felter SP. Dermal safety evaluation: use of disposable diaper products in the elderly. In: Farage MA, Miller KW, Maibach HI, editors. *Textbook of Aging Skin*. Berlin Heidelberg: Springer 2010: 857-868

Steininger A, Braunschmidt B, Jukic-Puntigam M. Wie kann die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis eingeschätzt werden? In: Müller G, Steininger A, Schumacher P, Jukic-Puntigam M. (Hrsg.) *Inkontinenz-assoziierte Dermatitis*. Wien: facultas 2016; 68-119

nehmendem Alter. Typische Allergie auslösende Stoffe können unter anderem in Hautpflege- und Hautschutzprodukten, in Textilien oder im Material zur Inkontinenzversorgung vorkommen (Eubel et al. 2015). Insbesondere der Reflux von im Inkontinenzmaterial absorbierten Urin kann Irritantien und Allergene aus dem Material lösen und in Kontakt mit der Haut bringen (Rai et al. 2010).

Fazit: Die richtige und verlässliche Beurteilung des Hautzustandes sind wichtig, um richtige Präventions- und Behandlungsentscheidungen zu treffen und korrekt zu dokumentieren. Beim Vorhandensein von Inkontinenz ist immer von einem IAD-Risiko auszugehen und



Priv.-Doz. Dr. Jan Kottner ist wissenschaftlicher Leiter des Clinical Research Center for Hair and Skin Science (CRC) an der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Schwerpunkte seiner Arbeit sind unter anderem Evidenzbasierte Hautpflege und Dekubitusprävention.
Mail: Jan.Kottner@charite.de



Prof. Dr. Ulrike Blume-Peytavi ist Leitende Oberärztin und Leiterin des Clinical Research Center for Hair and Skin Science am Charité Centrum Innere Medizin und Dermatologie CC12, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie.
Mail: CRC-Office@charite.de

2017

DEUTSCHER ANÄSTHESIE CONGRESS

03.-05. MAI

FÜR ÄRZTE UND PFLEGENDE

PERSONALISIERTE MEDIZIN
Herausforderung und Chancen

PFLEGEKONGRESS

HAUPTSITZUNGEN + WORKSHOPS

NürnbergConvention Center NCC Ost

64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
www.dac2017.de

Veranstalter/Organisation und Information

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg
Tel.: 0911-393160
Fax: 0911-331204
E-Mail: dac@mcnag.info



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin