

**Behandlungsstandard:
Inkontinenz Assoziierte
Dermatitis (IAD)**

WZ-BS-012 V02
Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)

gültig bis: 08.11.2019


Wundzentrum
Hamburg
überregionales Wundnetz

Seite 1 von 4

Ziele

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
- Klare Abgrenzung zu Dekubitalulzera
- Vermeiden von Komplikationen
- Förderung der Lebensqualität

Definition

Die Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine irritativ toxische Kontaktdermatitis. Der beständige Kontakt mit Stuhl und/oder Urin schädigt die Hautbarriere und irritiert die Haut. Dies kann wiederum Entzündungsreaktionen auslösen, welche als Rötung, als Mazeration sowie als Ekzem in Erscheinung treten und sich bis hin zur IAD ausbilden können. Es liegt eine oberflächliche Entzündung der betroffenen Areale vor, die mit Erosionen einhergehen kann. Eine IAD ist klar von einem Dekubitalulkus abzugrenzen, wenn auch beide Krankheitsbilder zugleich vorliegen können. Es gibt Hinweise darauf, dass eine IAD eventuell die Entstehung eines Dekubitus begünstigt. Nicht alle inkontinenten Patienten entwickeln eine IAD.

Risikofaktoren

- Stuhlinkontinenz oder Stuhl- und Urininkontinenz
- Starke Hautfeuchtigkeit, z. B. komplette Urininkontinenz
- Flüssiger Stuhl mit einer hohen Entleerungsfrequenz
- Verwendung okklusiver Inkontinenzprodukte
- Höheres Lebensalter
- Mobilitätseinschränkungen
- Pflegebedürftigkeit
- Sensorische Einschränkungen
- Arzneimittel, z. B. Antibiotika, Immunsuppressiva
- Einschränkungen in der eigenen Körperhygiene
- Schlechter Hautzustand, z. B. Cortisonhaut, durch Diabets mellitus, höheres Lebensalter
- Schlechter Ernährungs-/Flüssigkeitszustand

Ursachen

Dauerhafte Feuchtigkeit auf der Haut führt zum Aufquellen der oberen Hautschicht (Stratum corneum) und kann so eine Störung der Hautbarriere bewirken. Insbesondere durch Stuhlinkontinenz, alleine oder in Kombination mit Urininkontinenz, wird die Entstehung der IAD begünstigt. Der Einfluss der Urininkontinenz ist abhängig von ihrer Ausprägung.

Stuhlinkontinenz:

Durch Aktivität der Stuhlenzyme werden Eiweiß und Fette gespalten, das Stratum corneum angegriffen, und der pH-Wert der Haut erhöht sich. Zudem kommt die Haut vermehrt mit Bakterien und Mikroben in Kontakt und ist durch die gestörte Hautbarriere angreifbarer.

Urininkontinenz:

Der Urin schädigt durch Ammoniak die Schutzbarriere der Haut und erhöht so ebenfalls den pH-Wert. Urin interagiert zudem mit Stuhl und aktiviert die Stuhlenzyme.

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 12.10.2017	Datum: 09.11.2017	Datum: 09.11.2017

Erscheinungsbild und Symptome

Lokalisation: Hautfalten, feuchte Kontaktflächen (typisch: perineal)

Entzündliche Hautveränderung mit:

- Ekzembild (Rötung, Schuppung, Schwellung, Überwärmung, z. T. Bläschenbildung, Krusten) bis Mazeration
- Häufig Ammoniakgeruch
- Schädigung bis Zerstörung der Oberflächenhaut (Epidermis) = Verlust der Barrierefunktion der Haut
- Oberflächliche, nässende Wunden
- Je nach Ausmaß treten lokale Blutungen bis ausgedehnte Erosionen auf
- Schmerzen, z. T. Juckreiz
- Zum Teil lokale Infektion, z. B. mit *Candida albicans*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, Streptokokken

Schweregrad	Erscheinungsbild
Risikogefährdet (noch keine IAD vorhanden)	<ul style="list-style-type: none">• Intakte Haut, keine Rötung; Haut ist nicht wärmer als die umliegende Haut• Narben/Verfärbungen von früheren IAD-Episoden oder abgeheilten Dekubitus können vorliegen• Harn- und/oder Stuhlinkontinenz; Stuhlinkontinenz von flüssigem Stuhl mind. 3x/Tag• Betroffener kann sich nicht adäquat äußern bzw. für sich sorgen
Kategorie I (milde IAD)	<ul style="list-style-type: none">• Intakte Haut, Rötung• +/- Ödem• Durch Palpation kann eine Temperaturerhöhung im Vergleich zur nicht betroffenen Haut festgestellt werden• Betroffene mit intaktem Empfinden klagen ggf. über brennende, stechende Schmerzen
Kategorie II (mäßige IAD)	<ul style="list-style-type: none">• Haut ist gerötet mit Läsionen, feucht und glänzt• Nässende oder punktförmig blutende Areale; ggf. kleine Blasen• Schmerzhaft
Kategorie II (schwere IAD)	<ul style="list-style-type: none">• Haut ist gerötet mit Läsionen/Hauterosionen bzw. Substanzverlusten, nässt/blutet• +/- Bläschen/• Sehr Schmerzhaft• +/- Hautinfektion

Abgrenzung der IAD gegenüber Dekubitalulzera oder Hautschädigungen durch Pflaster/Verbände

Diagnose	Dekubitus	Inkontinenz Assoziierte Dermatitis	Hautschädigungen durch Pflaster/Verbände
Ursache	Druck und/oder Scherkräfte	Feuchtigkeit, z. B. Diarrhoe, Harninkontinenz	Pflaster und Verbände
Lokalisation	Wunde über Knochenvorsprung	Kann über Knochenvorsprung sein; Feuchtigkeit muss vorliegen; Druck und/oder Scherkräfte ausschließen	Überall, wo Pflaster und Verbände sind
Ausprägung	Rötung/Wunde/Läsion ist lokal begrenzt	Diffuse, oberflächliche Hautveränderungen	Haben meist die Form des Pflasters/Verbandes; können als Hautverfärbung, Kontaktdermatitis oder in Form von verletzter oder abgezogener Haut in Erscheinung treten
Nekrose	Nekrose möglich	Keine Nekrose	Keine Nekrose, Blutkrusten möglich
Ränder	Ausgeprägte Ränder	Diffuse, ungleiche Ränder	Abgegrenzt auf Pflaster-/Verbandform
Farbe	Nicht wegdrückbare Rötung = Dekubitus Kategorie I nach EPUAP	Wegdrückbare, häufig inhomogene Rötung. An den Rändern oft Mazeration	Hautverfärbung möglich

Quelle: EPUAP (2005), Defloor et al. (2005), WUWHS Dekubitusprophylaxe: Prävalenz und Inzidenz im Kontext (2009)

Einflussfaktoren

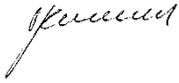
- Hautreinigungsprodukte
- Reibung und Scherkräfte innerhalb der Epidermis
- Kontakt mit und Reizung durch aufsaugende/-n Inkontinenzprodukte/-n
- Keimbesiedlung und -wachstum

Maßnahmen /Therapie

- Regelmäßige Hautinspektion auf farbliche Veränderungen
- Schmerzen erfragen
- Ausscheidungen sofort entfernen und Haut sofort trocknen
- Fernhaltung von Stuhl und Urin
- Starke Reibung und grobes bzw. unsanftes Abtrocknen der Haut vermeiden, weiche Materialien verwenden
- Schonende Hautreinigung: keine alkalischen Seifen oder Produkte mit anionischen Tensiden nutzen; Einsatz von pH-hautneutralen Produkten, die die Festigkeit und Regeneration der Epidermis unterstützen
- Wasser sparsam verwenden; ggf. Einsatz von Feucht- oder Reinigungstüchern, die, neben waschaktiven Substanzen, rückfettende und hautschützende Stoffe enthalten
- Einsatz von Hautschutzpräparaten und Barriere-Cremes, wie transparenten Hautschutzfilmen, -tüchern, -sprays, die z. B. Silikone, Acrylat Terpolymere, Wachse enthalten
- Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. Fäkalkollektoren, Urinalkondomen, Analtampons, Stuhldrainagesystemen
- Einsatz von körpernahen aufsaugenden (z. B. Inkontinenzprodukte mit superabsorbierenden Polymeren) und atmungsaktiven Hilfsmitteln. Diese sollten der Inkontinenzform, d. h. der Ausscheidungsfrequenz, dem -volumen, der Flussrate der Inkontinenz, dem Geschlecht, der Größe, dem Level der Absorptionsfähigkeit und den körperlichen und mentalen Fähigkeiten der betroffenen Person angepasst sein und individuell gewechselt werden
- Einsatz von körperfernen, aufsaugenden und atmungsaktiven Hilfsmitteln, z. B. Nutzung von Bettelagen, Matratzen, Überzügen
- Bei Bettlägerigkeit: Seiten-/Bauchlagerung
- Ausschluss von Superinfektion (Bakterien, Pilze)
- Nach ärztlicher Diagnostik weiterführende Therapie, z. B. Keimbehandlung; bei starker Entzündung antientzündliche Therapie mit Kortison, z. B. als Milch

Hinweise

EPUAP Statement: Pressure Ulcer Classification Differentiation Between Pressure Ulcers And Moisture Lesions, Volume 6, Number 3, 2005 and Defloor et al. (2005), J WOCN
 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):260-269..
 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 Jun; 37(3):204-218.
 Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. Int J Nurs Stud. 2014 Oct; 51(10):1373-1380.
 Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015.
 Inkontinenz-assozierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D) Englische Originalfassung: Junkin 2008, Deutsche Originalfassung (modifiziert): Steininger, Jukic-Puntigam 2015, Stand: Mai 2015 (Internet: http://www.facultas.at/zinfo/9783708913919/IADIT-D_final.pdf)

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
12.10.2017	09.11.2017	09.11.2017	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung