

Wondzorgbeleid bij Skin Tears

Frans Meuleneire RN , MSN
AZ St-Elisabeth - Zottegem (Belgium)

Inleiding

Skin tears zijn een frequent voorkomend probleem bij de oudere bevolking. Vooral in bejaardentehuizen, op de afdelingen geriatrie, inwendige en pneumologie heeft men frequent te maken met dit wondtype. Door de vergrijzing van de bevolking zal dit wondprobleem nog meer toenemen. Wondzorg bij skin tears is vaak een pijnlijk gebeuren en meestal duurt het lang vooraleer de wond gesloten is. Het ontstaan van skin tears veroorzaakt dikwijls conflicten met verwanten van de bejaarde, die vrij snel een beschuldigende vinger uitsteken naar de zorgverstrekkers.

Omdat nog maar weinig consensus bestaat rond het beleid van dit wondtype, zien we dat in de praktijk meestal een ondoeltreffende behandeling wordt toegepast. In tegenstelling met andere wondtypes als drukletsels, diabetes voetwonden en ulceraties van onderste ledematen kunnen voor skin tears nog niet steunen op een evidence based wondbeleid.

Dit artikel, gestaafd door een klinische studie, moet de aandacht scherpen rond het probleem.

In elke instelling en werkomgeving moet een adequaat beleid voor skin tears een plaats krijgen binnen in het totale zorgenpakket.

Ontstaansmechanisme

Skin tears worden veroorzaakt door wrijvingskracht of door wrijvings-en schuifkrachten samen in combinatie met een aantal intrinsieke huidveranderingen. Tijdens het fysiologisch verouderingsproces beginnen de verschillende lagen in de huid te atrofiëren. De huid krijgt als het ware een perkamentachtig aspect. De epidermis wordt steeds dunner en kwetsbaarder bij het minste trauma. Ook de dikte van de dermis neemt tot 20 % af. Het onderhuids vetweefsel zal met het ouder worden atrofiëren en hypertrofiëren. Vooral ter hoogte van de dorsale zijden van de handen en het scheenbeen kunnen we de meest uitgesproken atrofie vaststellen. Vaak merken we seniele purpura bij ouderlingen waar skin tears gemakkelijk optreden.

Een aantal systemische factoren kunnen het herstel van de skin tears in de weg staan. Vooral voedingstoestand, leeftijd, immunusstatus, zuurstofaanbreng, bloedsomloop en geriatrische pathologie kunnen het genezingsproces beïnvloeden.

Classificatie

Skin tears kunnen beschreven worden als partieel of full-thickness wonden. Door wrijving ontstaat een mechanische erosie van de huid, waardoor een oppervlakkige beschadiging van het epiderm optreedt. Dan spreken we over partial-thickness skin tears. Partiële wonden reiken door de epidermis tot in de dermis maar niet door heel de dermis.

Door wrijving en schuifkracht samen ontstaan diepe skin tears of full thickness wonden of laceraties die tot in de hypodermis reiken. Hierbij worden de kleine bloedvaatjes beschadigd.

In 1990 werd naar aanleiding van een onderzoek in verband met de epidemiologie en wondzorgbeleid van skin tears een classificatiesysteem ontworpen. Payne en Martin maakten het mogelijk om skin tears op een duidelijke wijze te classificeren, wat nodig was om een geuniformiseerd wondzorgbeleid te kunnen opstellen.

Onder categorie 1 verstaan we skin tears waarbij geen weefselverlies aanwezig is. We treffen het lineair type aan, waarbij de scheurranden niet verplaatst zijn en het flap type, waarbij de opperhuid meestal triangulair is losgerukt. Bij categorie 2 onderscheiden we opnieuw twee types. Het eerste type zijn de wonden waarbij een gering (max 25%) weefselverlies aanwezig is en wonden met matig tot groot weefselverlies, waarbij meer dan 25% maar niet de volledige flap verdwenen is tijdens het trauma. Tenslotte onderscheiden we de skin tears van categorie 3, waarbij een volledig weefselverlies werd vastgesteld. Dit weefselverlies kan zowel bij het initiële trauma als ten gevolge van het necrosieren van het huidflapje ontstaan zijn.

Risicofactoren

Langdurig gebruik van corticosteroiden geeft aanleiding tot huidatrofie. Hierdoor ontstaat een verhoogde vatbaarheid voor skin tears. Bovendien wordt de reactie op ontsteking en collageenvorming negatief beïnvloed waardoor wondheling wordt afgeremd.

Een verminderde pijnperceptie betekent eveneens een bevorderende factor bij het ontstaan van skin tears.

Vooraf verwarde en demeterende bejaarden lopen gemakkelijjk kans op het ontstaan van skin tears. Patiënten met evenwichtsstoornissen, Parkinson patiënten en ouderen met gezichtsvermindering lopen meer risico. Bovendien is bedlegerigheid en elke vorm van mobiliteitsbeperking een bijkomende risicofactor.

Bij recidiverende skin tears moet men steeds bedacht zijn op de mogelijkheid van automutulatie.

Klassieke behandelingen

Reeds voorbijgestreefd, maar helaas nog frequent toegepast is het wegnippen van het huidflapje (categorie 1 of 2) onmiddellijjk na het trauma. Hierdoor moet de wond onder categorie 3 geklasseerd worden waardoor de wondheling beduidend vertraagd wordt.

Soms worden skin tears (categorie 1 en 2) gesloten door middel van hechtingen. Omdat de omringende huid slecht doorbloed is, veroorzaken de wondhechtingen meestal bijkomend trauma. Bovendien ontstaat de eerste drie dagen na het ontstaan van de skin tear een inflammatoire reactie met erythema en oedeem. Hierdoor kan de broze huidstructuur inscheuren of necrosen ter hoogte van de hechtingen.

Minder traumatiserend is het gebruik van hechting-strips, waarbij de wondranden naar elkaar worden toe getrokken. Toch kan ook hier schade toegebracht worden door de trekkracht op de broze epidermis. Het verwijderen van de strips na 10 dagen is een zeer kritiek moment omdat de hechtingstrips met bloedresten en korstvorming als een compacte massa op de broze opperhuid kleven. Bij de minste onvoorzichtigheid wordt de opperhuid opnieuw los gescheurd.

Soms wordt de huidflap gefixeerd met een polyurethaanfolie of een hydrocolloïd verband. Gezien de skin tear gedurende de eerste dagen vrij veel exsudaat produceert, zal het verband dagelijks moeten verwisseld worden. Indien men het verband toch langer zou ter plaatse laten, is het risico groot dat het huidflapje necroseert omdat het exsudaat een stevig contact tussen dermis en epidermis verhindert. Bovendien kan men bij het verwijderen van de polyurethaanfolie nog meer opperhuid losscheuren.

Wondzorgbeleid

Doelstellingen

Skin tears zijn acute wonden en moeten daarom in een zo kort mogelijke tijd kunnen helen. Bij het verzorgen van de skin tear moet onze aandacht gaan naar het stelpen van bloeding, het voorkomen van infectie en een esthetisch verantwoord herstel van de integriteit van de huid.

We moeten de skin flap beschouwen als een vrije huidflap, waarbij een stevige fixatie een eerste vereiste is. Zeer belangrijk is een vlotte verwijdering van het wondexsudaat.

Wondzorg geeft voor patiënt en de maatschappij financiële implicaties. Daarom is het belangrijk dat een efficiënt beleid, waaronder een economisch verantwoorde verbandkeuze kan leiden naar een korte behandelingsduur.

Categorie 1

Bij skin tears van categorie 1 is het steeds de bedoeling de wond te sluiten door primaire intensie. Onder deze categorie kunnen we twee verschillende types onderscheiden. Het lineaire type vertoont een scheur waarbij de wondranden niet van elkaar gerukt zijn. Bij het flaptype zien we dat de losgerukte huidflap na het trauma samengefrommeld is, waardoor de wondranden ver van elkaar komen te staan. De losgerukte huidflap moet op zijn initiële positie terug gebracht worden, waardoor de wondheling zoals bij het lineaire type door primaire intensie kan gesloten worden.

Zoals bij elk wondtype is een degelijke wondspoeling van groot belang. We moeten eventueel vreemd materiaal, bloedklonters en beschadigde huidcellen uit de wond spoelen. In principe gebruiken we fysiologische oplossing (0,9 % NaCl). De wond droogt snel uit op korte tijd na het trauma. Door de spoeling maken we de huidflap opnieuw soepel, waardoor het mogelijk wordt deze op zijn initiële positie terug te brengen. We gebruiken hiervoor een pincet of een peilsonde. Tijdens het herpositioneren is het van belang de huidflap niet te beschadigen.

Eens de wondranden bij mekaar geplaatst zijn, brengen we een Mepitel verband op de wond. Dit verband heeft een paar zeer specifieke eigenschappen die de wondheling van skin tears in optimale omstandigheden laat verlopen. Het verband kleeft licht op de huid, waardoor de huidflap mooi gefixeerd blijft. In tegenstelling tot fixatie met huidhechtingen kan de huid niet meer doorscheuren omdat de trekkracht, die ontstaat tijdens de inflammatoire reactie nu door de Mepitel gelijkmatige verdeeld wordt. Het verband absorbeert geen exsudaat. Boven de Mepitel plaatsen we een licht adherent verband. Dit moet in staat zijn het wondvocht voldoende te absorberen en mag bovendien niet sterk verkleven met de Mepitel. Hierdoor kan het Mepitel verband ter plaatse blijven tot de skin tear volledig hersteld is. Bovendien is het verband min of meer transparant, wat ons toelaat een visuele indruk te krijgen van de wond, zonder het verband te verwijderen.

Het geheel wordt gefixeerd met een crêpewindel, waarmee een lichte druk uitgeoefend wordt. Hierdoor remmen we verdere bloeding af en persen we het exsudaat weg onder het huidflapje. Tevens beperken we de oedeemvorming die een vlotte ingroei van het huidflapje zou kunnen belemmeren. Bij patiënten met arteriële insufficiëntie letten we op om geen druk te veroorzaken door circulair omzwachtelen van de onderste ledematen.

Het secundair verband wordt dagelijks verwisselt tot we op dag 3 of dag 4 zien dat er quasi geen exsudaatvorming meer optreedt. Op dat ogenblik mag het verband volledig gesloten blijven tot dag 8. Wanneer we dan voorzichtig het Mepitel verband verwijderen kunnen we zien of het huidflapje is vastgegroeid met de dermis.

Daarna kunnen we hetzelfde Mepitelverband opnieuw op de skin tear plaatsen gedurende vier of vijf dagen. We doen dit om de pas geheelde wond te beschermen tegen mogelijke nieuwe trauma's.

Er werden enkele pogingen ondernomen om deze procedure toe te passen met behulp van vette gazen en geïmpregneerde vetverbanden. Alle pogingen waren eerder teleurstellend omdat deze producten niet in staat waren de huidflap voldoende te fixeren. Bij het wisselen van het secundair verband ontstaat steeds een groot risico tot verschuiven van de huidflap, waardoor de kans op necrosen verhoogt.

Categorie 2

Het behandelen van skin tears waarbij een beperkt weefselverlies is opgetreden is nagenoeg identiek aan de behandeling van categorie 1 wonden. De bedoeling is een maximaal gebruik te maken van de nog resterende huidflap.

Wanneer we op dag 3 of 4 merken dat er geen exsudaatproductie meer is, moeten we uitdrogen en dus korstvorming van de open wond voorkomen. Daarom is het nodig een weinig hydrogel op de Mepitel te brengen, waardoor de wond gehydrateerd wordt. Wanneer na acht dagen de huidflap is ingegroeid, kan de wond op dezelfde wijze verder verzorgd worden. Op dat ogenblik kunnen we echter ook overschakelen op een schuimverband of een ander verband, rekening houdend met de wondevolutie.

Diepe laceratiewonden

Wanneer de huid tot net boven de fascia is doorgescheurd is het belangrijk door middel van klinisch onderzoek na te gaan of geen belangrijke zenuwen, bloedvaten of pezen zijn beschadigd. We kunnen de huidranden van deze wond tegen mekaar aansluiten en behandelen zoals de skin tears van categorie 1 en 2 door fixatie met Mepitel. Toch zien we dat de meeste diepe laceratiewonden chirurgisch gesloten worden.

Categorie 3

Wanneer alle losgescheurde huid tijdens het trauma of na necrosen van het huidflapje verdwenen is, moet de wond in een matig vochtig milieu kunnen helen. We behandelen deze wond als een schaafwond. Bij de verbandkeuze moeten we de wond beschermen tegen bacteriële invasie. Bovendien moet het verband pijnreducerend en comfortverhogend zijn.

Onmiddellijk na het trauma is meestal tamelijk veel exsudaat aanwezig. We kunnen gebruik maken van foams, alginaten, hydrofiber of silicone gaasverbanden. Na 3 à 4 dagen neemt de hoeveelheid wondexsudaat af waardoor het vaak nodig wordt om de wond hydrateren met een hydrogel. Wanneer geen klinische tekenen van infectie aanwezig zijn kunnen we de wond eveneens verzorgen met een hydrocolloïd- of een vast gelverband tot een volledige epithelialisatie is opgetreden.

Als het nodig is het verband te fixeren kunnen we best gebruik maken van zwachtels in plaats van kleefpleisters. De zwachtels worden vastgemaakt door middel van kleefpleisters en niet met de soms bijgeleverde haakjes, die mogelijk nieuwe traumata kunnen doen ontstaan.

Een vlotte wondheling bij dergelijke skin tears wordt bedreigd door de structurele en functionele wijzigingen die we in een ouder wordende huid aantreffen. Een schaafwond heeft bij de seniele huid tweemaal zoveel tijd nodig om te re-epithelialiseren dan een jonge huid. Hierdoor merken we tevens een verhoogd infectierisico.

Klinisch onderzoek

Zowel in de medische als in de verpleegkundige literatuur blijkt nog maar weinig onderzoek verricht te zijn naar dit wondtype. Toen we na een paar case studies opmerkelijk positieve resultaten opmerkten bij een nieuwe behandelingsmethode, hebben we het succes willen objectiveren door binnen onze instelling een klinische studie op te starten. Hieraan hebben 8 verpleegeenheden deelgenomen en werden gedurende 6 maanden 88 skin tears geteld.

We hebben een aantal interessante gegevens verzameld, waaronder etiologie, lokalisatie, grootte van de skin-tear, enz. Onze aandacht richtte zich vooral naar het onderzoeken van de genezingskansen volgens de voorgestelde procedure.

Bij het opstarten van het onderzoek koesterden we de hoop en het vermoeden een representatieve groep te kunnen bestuderen. In totaal zijn 8 verpleegafdelingen (C, D en G-diensten) in de studie opgenomen. Ongeveer één derde van de patiënten waren opgenomen voor een heelkundige ingreep. De anderen verbleven op de afdelingen interne geneeskunde en geriatrie.

Op elke afdeling zijn 2 referentieverpleegkundigen voor wondzorg aangesteld. Voor het opstarten van het onderzoek is de procedure tijdens een vergadering voorgesteld met behulp van een casuïstiek die op scherm werd geprojecteerd. Vervolgens werden een aantal formulieren beschikbaar gesteld. Maandelijks, tijdens de vergadering voor referentieverpleegkundigen, werd aandacht geschonken aan het onderzoek, zodat eventuele problemen konden besproken worden. Tijdens het onderzoek kon men op elk ogenblik beroep doen op één van de leden van de werkgroep wondzorg.

We hebben de genezingskansen gecorreleerd aan de risicofactoren om een preventiebeleid voor deze wondproblematiek te kunnen opstellen. Tot slot was het doel van dit onderzoek, de voorgestelde procedure te toetsen aan de praktische uitvoering ervan, om eventuele aanpassingen te kunnen aanbrengen.

In totaal hebben we niet minder dan 88 skin tears geregistreerd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 81 jaar. De jongste patiënt was 63 en de oudste had een leeftijd van 93 jaar.

De pathologie van de patiënt verwees naar een aantal specifieke groepen: De grootste risicogroepen zijn deze met cardiale pathologie, longlijden en vaatstoornissen. Dementie blijkt de belangrijkste secundaire factor te zijn. Daarnaast zijn gezichts- en evenwichtsstoornissen supplementaire risico's voor het ontstaan van skin tears. Vaak treden de ziekteverschijnselen en risicofactoren bij eenzelfde patiënt gecombineerd op, waardoor de kans op skin tears kan toenemen.

Wat betreft het medikatiegebruik, hebben we gemerkt dat 36 % van de patiënten cortisonegebruikers zijn. Merkwaardig was het feit dat alle patiënten, jonger dan 70, cortisonegebruikers waren.

Minstens 45 % van de patiënten deed een recidief van skin tears. Minstens 29 % van de patiënten had voor het eerst een skin tear. Bij de overige patiënten was de anamnese betreffende skin tears niet bekend.

Hoewel de recidiverende patiënten gemiddeld voor de vijfde maal een skin tear vertoonden, nam slechts 14 % van de patiënten (31 % van alle recidivisten) een preventieve maatregel. De gebruikte middelen waren armbeschermers, windels en lange wollen kousen.

Slechts bij 30 % van de patiënten die een recidief deden was hun vroegere behandeling bekend.

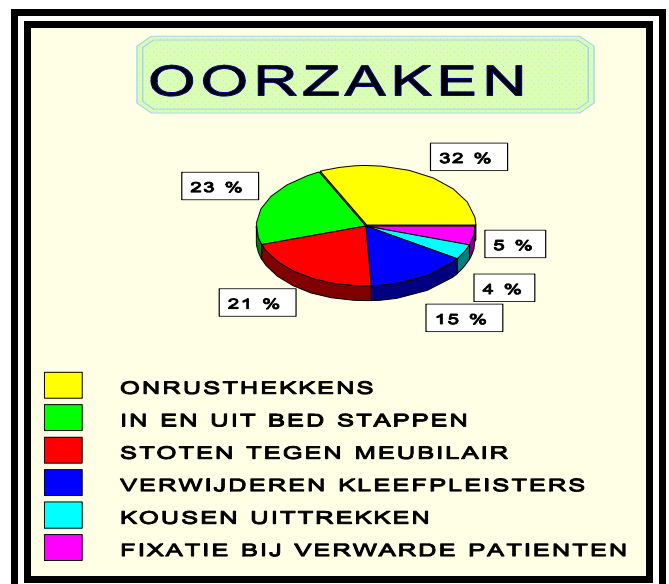
Opvallend is de grote verscheidenheid van behandelingsmethoden:

- zalven: Neo-Cutigenol , Iso-Betadine
- droog verzorgen: - vrijlaten aan de lucht en laten genezen met korst
 - of: eosine aanstippen
 - of: afdekken met gaasverband
- Tulle: vetgaas of Iso-Betadine gaasverband
- Steri-strips
- Huidflapje wegknippen
- Hydrocolloïd verband

Over de helingstijd van de klassieke behandelingswijzen waren meestal geen gegevens beschikbaar. De onderzochte groep behoort tot de hoog-bejaarden, die soms weinig adequate antwoorden geven op gestelde vragen.

Een zeer ruime verscheidenheid van oorzaken lag ten gronde van de skin tears. Toch is het duidelijk dat het stoten tegen onrusthekkens verantwoordelijk is voor 1 op 3 skin tears (32 %). 23 % van de skin tears treden op bij het in en uit bed stappen en verbedden van de patiënt. Vervolgens is het stoten tegen meubilair (stoel, zetel, nachttafel) en het vallen verantwoordelijk voor 21 % van de skin tears.

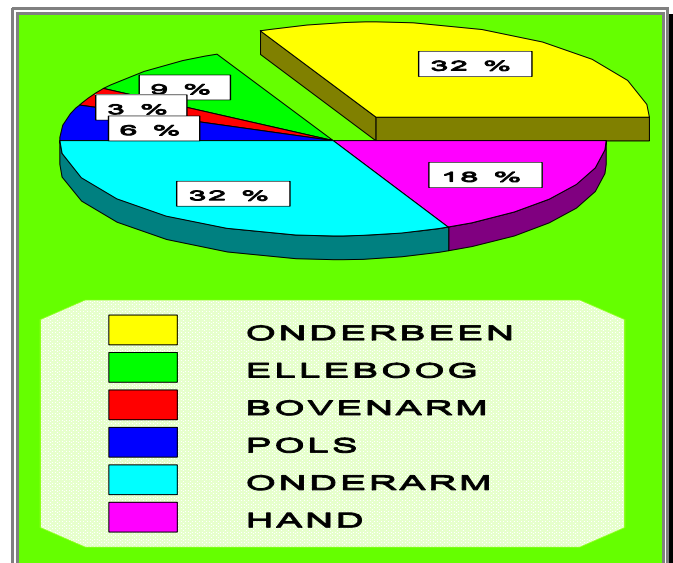
Niet onbelangrijk is het optreden van skin tears na verwijderen van kleefpleisters en tijdens bloedafname.



Deze handelingen zijn voor 15 % de oorzaak van het optreden van skin tears.

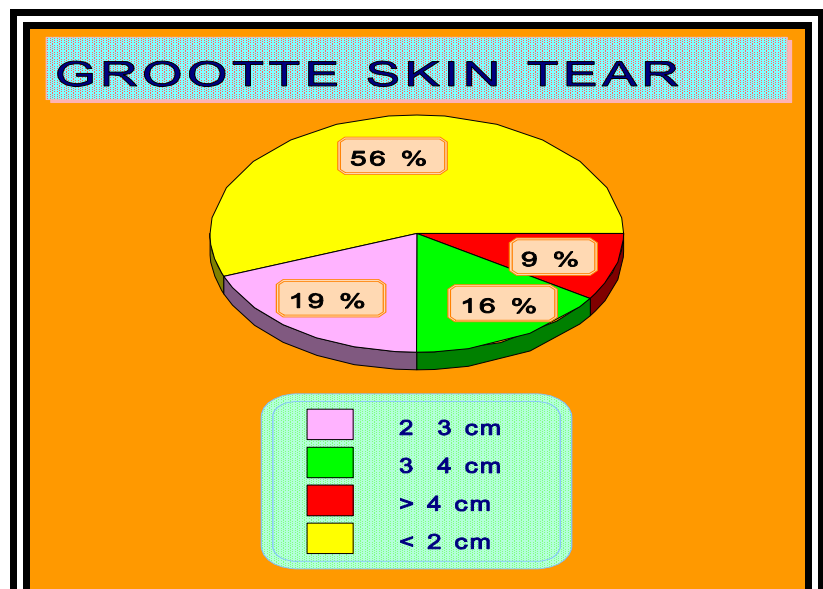
Verder veroorzaakt fixatie van verwarde patienten 5 % van alle skin tears. Het aan- en uittrekken van kousen veroorzaakt tenslotte nog 4 % van de skin tears.

Wat betreft lokalisatie hebben we vastgesteld dat 68 % van de skin tears voor komt op de bovenste ledematen. De helft daarvan ontstaat op de voorarm (32 %). Op de hand komt een vierde van de >bovenste= skin tears voor (18 %) en het overige vierde doet zich voor op elleboog (9 %), pols (6 %) en in mindere mate op de bovenarm (3 %). Op de onderste ledematen doen alle skin tears zich voor op het onderbeen. De voet, enkel, knie en bovenbeen zijn steeds gespaard gebleven. Ter hoogte van de onderste ledematen zien we 32 % van alle skin tears optreden.



Het vergelijken van de oppervlakte van skin tears is niet zo eenvoudig. Skin tears kunnen lineair zijn, doch meestal zien we een triangulaire of een ovale vorm. Daarom hebben we de skin tears ingedeeld in groepen volgens de lengte van hun langste zijde.

Bij 56 % van de skin tears beperkt de grootte van de langste zijde zich tot maximum 2 cm. Bij 1 op 5 skin tears (19 %) is de langste zijde tussen 2 en 3 cm. Bij 1 op 6 skin tears (16 %) zien we grote avulsiewonden waarvan de langste zijde tussen 3 en 4 cm bedraagt. De grootste verwondingen waarbij de langste zijde groter dan 4 cm bedraagt, komt voor bij 1 op 11 skin tears (9%).



In de studie bleek dat de grootte van de skin tear niet bepalend was voor de genezingskansen.

Bij de helft van de skin tears is een matige bloeding aanwezig. Bij 30 % van alle skin tears bloedde de wond veel en bij 20 % is geen bloeding te zien.

Bij de helft van de skin tears is na de verwonding een ecchymose in de omliggende huid opgetreden ten gevolge van het trauma.

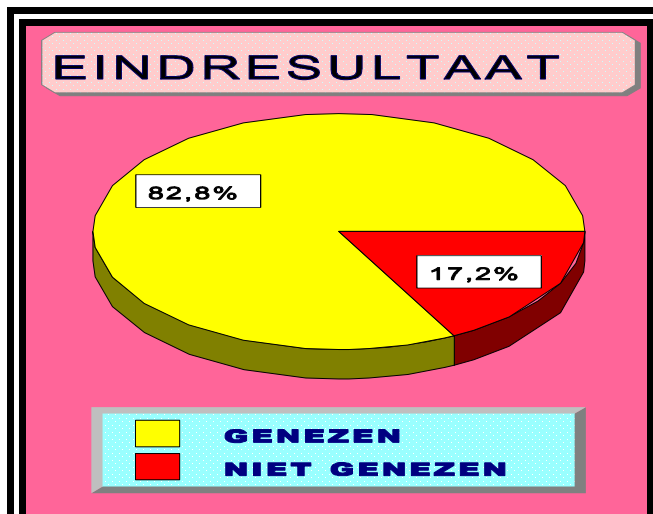
Een interessant gegeven was de tijd tussen het trauma en het tijdstip van verzorgen.

- 68 % van alle skin tears kon binnen het half uur verzorgd worden.
- 13 % werd verzorgd binnen een tijdsspanne van 2 uur tot 6 uur na de verwonding.
- 9 % van de skin tears werd tussen het 6de en het 12de uur na de verwonding verzorgd.
- 8 % van de skin tears werd tussen het 12de en het 24ste uur verzorgd volgens de voorgestelde procedure.
- Bij iets meer dan 1 % werd gepoogd om de wond te laten genezen, wanneer de verwonding ouder dan 24 uur was.

De exsudaatvorming treedt op gedurende 4 dagen na de verwonding. Uitzonderlijk blijft er langer exsudaatproductie optreden.

Na verzorging van de skin tear blijkt dat bij 76 % van alle wonden, weinig (max 2 mm) of geen huiddefect aanwezig is en dus tot skin tear categorie 1 behoren. Bij 24 % is een groot deel tot de volledige huidflap verdwenen.

Het eindresultaat toont een genezingspercentage van 82,8% op dag acht. De resterende 17,2% zijn niet genezen binnen de vooropgestelde termijn omdat een bloeding of infectie opgetreden was. De geïnfecteerde wonden werden allemaal laatijdig (meer dan 6 uren na hun ontstaan) verzorgd.



Preventie

Verrast door de hoge prevalentie die we vaststelden bij ons onderzoek achten we het noodzakelijk een preventief beleid op te stellen. Het voorkomen van skin tears is een aandachtspunt voor alle zorgverstrekkers die instaan voor het verplegen van ouderen. Er zijn een aantal maatregelen die kunnen getroffen worden:

1. Het beschermen van de bedreigde huid:
 - huidbeschermende olie (bvb: amandelolie of commerciële huidolie)
 - dragen van lange mouwen of kousen
 - preventief zwachtels aanbrengen (indien geen arteriële insufficiëntie aanwezig is)
 - speciale beenbeschermers dragen
 - bij gebruik van kleefpleisters: eerst beschermende film op de huid aanbrengen
2. Preventie bij de dagelijkse zorg
 - opletten bij optrekken van anti-flebitiskousen
 - kortgeknipte vingernagels of eventueel handschoenen dragen bij het verzorgen van ouderen
 - geen juwelen dragen tijdens de zorg
 - tiltechnieken gebruiken om schuifkrachten te voorkomen
 - opletten bij transport van patiënten
 - goed passend schoeisel dragen
 - opletten bij het plaatsen, fixeren en verwijderen van veneuze catheters
 - bij verwijderen van kleefpleisters: lijmoplossend materiaal gebruiken
 - verbanden aan extremiteiten bevestigen met zwachtel of netverband
 - speciale aandacht bij in en uitstappen van rolstoel
 - aandacht voor mogelijkheid van automutulatie;
3. Een veilige omgeving ter preventie van trauma:
 - voldoende verlichting
 - opletten met klein meubilair (nachtkastje, stoelen, ...) in onmiddellijke omgeving van ouderling
 - scherpe randen van meubilair of bedomgeving bekleden met zacht materiaal: bvb: rolstoelen, onrusthekkens, bedranden, enz.
4. Edukatie van ouderling en zijn omgeving:
 - informeren over mogelijke beschermingsmaatregelen
 - informeren over de behandelingsmethode
 - informeren over het te verwachten genezingspatroon
 - bijscholing van het verzorgingsteam in verband met preventie
 - bijscholing van het verzorgingsteam in verband met het standaard verzorgingsplan
 - het belang van een volwaardige voeding benadrukken

BESLUIT

Samenvattend kunnen we enkele aandachtspunten benadrukken. Skin tears treden bij voorkeur op bij hoog bejaarden. Skin tears kunnen reeds bij zestigers voorkomen wanneer zij cortisone gebruiken. Een bijzondere risicopopulatie vormen patiënten met cardiale-, pulmonaire-, en vaatstoornissen. Wanneer deze pathologie gecombineerd plaats vindt met dementie, evenwicht- en gezichtsstoornissen, wordt het risico tot optreden van skin tears sterk verhoogd. Skin tears worden meestal veroorzaakt door stoten tegen meubilair en tijdens verzorgingsactiviteiten. Bij risicopatiënten moeten deze contacten en activiteiten zo voorzichtig mogelijk gebeuren.

Uit het eindresultaat blijkt dat het genezingspercentage bij de voorgestelde wondzorgprocedure zeer hoog ligt. Het is van groot belang de skin tear zo vlug mogelijk na het optreden ervan te behandelen. Alle skin tears die pas 6 of meer uren na het trauma verzorgd werden, zijn niet genezen volgens de voorgestelde procedure. Het risico op infectie en daarmee samengaand het necroseren van het huidflapje neemt evenredig toe met de tijd tussen de verwonding en het herpositioneren van het huidflapje.

Het is noodzakelijk de skin tear goed te inspecteren. Vaak wordt een skin tear ten onrechte gecatalogeerd onder een type 2 of drie. Onze studie toonde aan dat 76 % van alle skin tears onder categorie 1 vallen, en dus kunnen genezen binnen 8 dagen.

Voor het vlot ingroeien van het huidflapje is voldoende vascularisatie nodig. Wanneer het fibrineus wondvocht (bij skin tears categorie 2) indroogt, ontstaat korstvorming waardoor de kans op een snelle wondheling vermindert. Om deze korstvorming te voorkomen, kunnen we een hydrogel op de wond aanbrengen zonder het verband te manipuleren. We respecteren hierdoor de principes van vochtige wondheling, zonder enig risico te lopen om schade te berokkenen aan de ingroeierende huidflap.

Gezien we slechts één Mepitel verband gebruiken tot de volledige wondheling, hebben we tevens een economisch verantwoorde verbandkeuze gemaakt. Tot slot, doch even belangrijk benadrukken we het positieve comfortaspect.

Hoewel we zeer bewust zijn van de kleinschaligheid van het onderzoek dat we in ons ziekenhuis konden verrichten, zijn we overtuigd geraakt dat door het onderzoek van de voorgestelde procedure, op zijn minst een bewustwording gewekt werd bij onze collega's verpleegkundigen.

Bibliografie

1. Payne RL, Martin ML: 'Defining and classifying skin tears: need for a common language' in: *Ostomy Wound Manage* 1993 jun 93:3 16-20, 22-4, 26
2. Payne RI, Martin ML: 'The epidemiology and management of skin tears in older adults' in *Wound Manage* 1990 Jan-Feb 26:26-37
3. Thomas DR, Goode PS, LaMaster K, Tennyson T, Parnell LK: 'A comparison of an opaque foam dressing versus a transparent film dressing in the management of skin tears in institutionalized subjects' in: *Ostomy Wound Manage* 1999 Jun 45:6 22-4, 27-8
4. Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J: 'The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly' in: *Ostomy Wound Manage* 1998 Mar 44:3 Supple 14S-24S
5. White MW, Karam S, Cowell B: 'Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention' in: *Geriatr Nurs* 1994 Mar-Apr 15:2 95-9
6. Edwards H, Gaskill D, Nash R: 'Treating skin tears in nursing home residents: a pilot study comparing four types of dressings' in: *Int J Nurs Pract* 1998 Mar 4:1 25-32
7. Degreef H, Banuelos J, Davis M: 'Wound management and quality of life in the elderly. Guidelines for healthcare professionals involved in wound management' in: *Ostomy/Wound management*, 40(3) 96-107, 1994
8. Meuleneire Frans: 'Een nieuwe wondzorgprocedure, bevestigd door een praktijk onderzoek' in: *Ligament*, 29; 4 sept-okt 1998
9. Baranoski S: 'Skin tears: staying on guard against the enemy of frail skin' in: *Nursing* 2000 Sep 30:9 41-6
10. Krasner D: 'An approach to treating skin tears' in: *Ostomy Wound Manage* 1991 Jan-Feb 32:56-8
11. Camp Sorell D: 'Skin tears: what can you do?' in: *Oncology Nurs Forum* 1991 Jan-feb 18:1 135
12. Norman L, Gottlieb, MD, Neal S, Penneys, MD, PhD: 'Spontaneous skin tearing during systemic corticosteroid treatment' in: *Jama*, March 28, 1980-vol 243 - 12
13. Branchet M.C., Boisnic S., Frances C., Robert A.M.: Skin thickness changes in normal aging skin. *Gerontology*, 36, p 28 - 35, 1990.