

Feuchtigkeitsbedingte Hautschädigung (MASD)?

Feuchtigkeitsbedingte Hautschädigung (MASD, moisture-associated skin damage) ist ein Überbegriff für Läsionen der Oberhaut durch anhaltende Feuchtigkeitsexposition (Gray et al, 2011; Young, 2017).

Die Feuchtigkeit, die zu MASD führt, kann verschiedenen Ursprungs sein:

- Harn
- Stuhl
- Schweiß
- Wundexsudat
- Stomaabfluss (Gray et al., 2011)

MASD-Ausprägungen

Bei MASD lassen sich vier Ausprägungen unterscheiden:

1

Inkontinenz-
assoziierte
Dermatitis

2

Intertriginöse
Dermatitis

3

Hautschädigung
in der
Wundumgebung

4

Peristomale
Hautschädigung

WICHTIG:

Für die Diagnose MASD muss eine Feuchtigkeitsquelle vorhanden sein, die mit dem geschädigten Hautbereich korreliert.

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine Form der Kontaktdermatitis, die durch eine chemische Reizung der Haut, verursacht durch anhaltende Exposition gegenüber Harn und/oder Stuhl, entsteht (Young, 2017).

Zwar ist Harninkontinenz eine Ursache für IAD, zu IAD kommt es jedoch am häufigsten bei Patienten mit Stuhlinkontinenz oder einer Kombination aus Stuhl- und Harninkontinenz (Voegeli, 2012).

Harn ist alkalisch und kann bei anhaltendem Kontakt den sauren pH-Wert der Haut hin zum Basischen verschieben (pH > 7).

Diese Veränderung des pH-Werts macht die Haut empfänglicher für virulente Mikroorganismen, gleichzeitig sind Läsionen eine Eintrittspforte für Infektionen.

Ein vermehrt basisches Milieu kann auch die Aktivität von Fäkalenzymen (wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt) steigern und so die Hautoberfläche weiter schädigen.

Hauptrisikofaktoren für IAD:

- Art der Inkontinenz:
 - Stuhlinkontinenz (Durchfall/geformter Stuhl)
 - Kombinierte Inkontinenz (Stuhl- und Harn-)
 - Harninkontinenz
- Häufige Episoden von Inkontinenz (insbesondere Stuhl-).
- Verwendung okklusiver Inkontinenzprodukte.
- Schlechter Hautzustand (z. B. durch Alter/Steroide/Diabetes).
- Mobilitätseinschränkungen.
- Vermindertes kognitives Bewusstsein.
- Einschränkungen in der eigenen.
- Schmerz
- Erhöhte Körpertemperatur (Pyrexie).
- Medikamente (Antibiotika, Immunsuppressiva).
- Schlechter Ernährungszustand.
- Kritische Erkrankung (Beeckman et al, 2015).

Ein höheres Alter ist zwar mit einer höheren Prävalenz von Inkontinenz verbunden, Alter scheint aber an sich kein Risikofaktor für IAD zu sein

Vorbeugung und Behandlung von IAD:

Globale Hautpflegeexperten nennen zwei wesentliche Aspekte der Vorbeugung und Behandlung von IAD:

- Inkontinenz-Management.
- Strukturierte Hautpflege (Beeckman, 2015).

WICHTIG:

IAD-Prävention sollte bei allen Inkontinenzpatienten angestrebt werden, um positive Ergebnisse zu fördern und den Patienten Schädigung und Leid zu ersparen.

Intertriginöse Dermatitis:

Intertriginöse Dermatitis (ITD), auch als Intertrigo bezeichnet, tritt auf, wenn Feuchtigkeit, meist Schweiß, sich in Hautfalten ansammelt (Sibbald et al, 2013).

Hautfalten finden sich häufig an den Beinen, am Po, an den Brüsten, Armen, Zehen und am Hals.

Diese Schädigung zeigt sich spiegelbildlich an beiden Seiten der Hautfalte, sie kann zu Entzündung und Läsionen führen, wenn sie nicht entsprechend behandelt wird.

Ist die Integrität der Haut beeinträchtigt, steigt das Infektionsrisiko, wobei häufig Pilzinfektionen wie Candidose auftreten (Sibbald et al, 2013; Zulkowski, 2017).

Management:

Ziele der Intertrigo-Behandlung sind die Feuchtigkeitskontrolle, Minimierung der Reibung und Behandlung eventuell vorhandener Infektionen.

- Untersuchen Sie Hautfalten auch innen auf zusätzlich auftretende oder sich verschlimmernde Erytheme und halten sie sie sauber und trocken. Gereizte Haut sollte eher trocken getupft als gerieben oder gewischt werden (Sibbald et al, 2013).
- Reinigen Sie den Bereich mit einem pH-neutralen Produkt, um den sauren pH-Wert der Haut zu erhalten und weiteren Reizungen vorzubeugen. Vermeiden Sie die Verwendung von Talkumpuder, Gaze oder Handtüchern in den Falten. Sie können für Feuchtigkeitsansammlungen und erhöhte Reibung auf der Haut verantwortlich sein (Voegeli, 2013).
- Verbessern Sie nach Möglichkeit die Belüftung des betroffenen Bereichs. Schützen Sie den betroffenen Bereich vor weiteren Läsionen/Mazerationen mit einem Barrierefilm, der die Haut nicht nur vor Feuchtigkeit, sondern auch vor Reibung schützen kann.
- Es gibt Produkte, die in die Hautfalten eingelegt werden und die Feuchtigkeit aufnehmen beziehungsweise Reibung reduzieren (Zulkowski, 2017). Vermeiden Sie Produkte, die Alkohol, Parfümstoffe oder Chlorhexidin-Gluconat enthalten, denn diese können geschädigte Haut zusätzlich reizen.

WICHTIG:

Alle Risikofaktoren für Intertrigo verschlimmern sich in einer heißen, feuchten Umgebung.

Hautschädigung in der Wundumgebung:

Zu einer Hautschädigung in der Wundumgebung kommt es, wenn Wundflüssigkeit oder Exsudat über längere Zeit mit der die Wunde umgebenden Haut in Kontakt kommt. Die Produktion von Exsudat ist ein normales Stadium der Wundheilung, durch welches Nährstoffe und für die Gewebereparatur wichtige Zellen zum Wundbett gelangen.

Kommt das Exsudat jedoch über einen längeren Zeitraum in Kontakt mit der Haut, z. B. über eine durchtränkte Wundauflage, kann es zu MASD und in der Folge zu Mazeration und Exkoration kommen (Woo et al, 2017; Young, 2017; Zulkowski, 2017).

Mazeration beeinträchtigt die Barrierefunktion der Haut und erhöht das Risiko einer Schädigung der Oberhaut durch Reibung. Sie kann auch die Wanderung von Hautzellen über die Wundoberfläche verhindern und so die Heilung verzögern.

Exkoration führt zu schmerzhafter Hautrötung, durch die Verwendung von Klebprodukten kann es zu einer weiteren Schädigung kommen.

Management:

Das Management der Hautschädigung in der Wundumgebung sollte auf eine Ableitung von übermäßiger Feuchtigkeit vom Wundbett und von der umliegenden Haut abzielen und gleichzeitig den Grund der übermäßigen Exsudatproduktion behandeln, z. B. Biofilm oder Infektion (Dowsett und Allen, 2013; Sibbald et al, 2013).

- Wählen Sie die Wundauflage unter Berücksichtigung der Wunde, ihres Exsudatvolumens und ihrer Position. Achten Sie darauf, dass die Wundauflage die geschädigte Haut abdeckt und nicht an ihr haftet, und dass die Wundauflage gewechselt wird, sobald sie durchtränkt ist. Der Austritt von Flüssigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von MASD.
- Schützen Sie die Wundumgebung mit einem reizfreien Barrierefilm. In zahlreichen klinischen Studien erwies sich ein Acrylat-Terpolymer-Barrierefilm als hilfreich im Management der Wundumgebung. Und zwar besonders im Management von venös bedingten Unterschenkelgeschwüren, wo der Einsatz von Barrierefilm zu einer signifikant erhöhten Wundverkleinerung führen und die Heilung größerer Wunden fördern kann, ohne die Kosten zu steigern. (Guest et al, 2012).
- Bereiten Sie das Wundbett entsprechend vor, um die Heilung zu optimieren. Untersuchen Sie das Wundbett und die umliegende Haut bei jedem Wechsel der Wundauflage und richten Sie die Behandlung nach dem Befund aus (Dowsett und Allen, 2013; Young, 2017).
- Mit fortschreitender Heilung und bei Behandlung der Ursache(n) sollte die Exsudatproduktion zurückgehen.

Peristomale Hautschädigung:

Peristomale MASD wird durch einen schlechten Sitz oder eine ungünstige Position des Stomasystems verursacht, wenn Stuhl oder Harn die Basisplatte unterwandern kann – ein häufiges Problem bei Stomapatienten (Tam et al, 2014). Die Entzündung und Erosion der Haut kann sich im Radius von 10 cm von der Stomaposition nach außen erstrecken (Woo et al, 2017; Zulkowski, 2017).

Ist die peristomale Haut bereits geschädigt, haftet das Stomasystem mitunter weniger gut an der geschädigten Haut, was zu weiterer Leckage führt und einen Teufelskreis der Hautschädigung in Gang setzt.

MASD kann auch an anderen Stomastellen auftreten. So können etwa bei perkutanen Gastrostomiekänen Verdauungsenzyme austreten, bei Tracheostomien Hautschädigungen durch Schweiß oder Speichel auftreten. Peristomale MASD kann auch durch Schweiß oder durch Flüssigkeit aus umliegenden Wunden verursacht werden (Gray et al, 2013).

Management:

Das Tool für die Haut bei Stoma hilft bei der Beurteilung der peristomalen Haut durch Ermittlung eines Scores für den Zustand der Haut und durch ein geführtes Patientengespräch zur Feststellung der Ursache der MASD (Page, 2009).

Das Management peristomaler Hautschädigung zielt auf Folgendes ab:

- Schützen Sie die Wundumgebung vor weiteren Läsionen/ Mazerationen mit einem geeigneten Barriereprodukt, etwa einem reizfreien Barrierefilm, um einer Hautschädigung durch Körperflüssigkeiten sowie einer Hautschädigung durch medizinische Klebstoffe (MARSI, Medical adhesive-related skin injuries) vorzubeugen.
- Prüfen Sie den Sitz aller verwendeten Produkte/Stomasysteme und wenden Sie sich an eine Fachkraft für Stomapflege, wenn das Stomasystem schlecht sitzt.
- Bei der Applikation eines Beutels sollte zum Schutz der darunter liegenden Haut eine Hautschutzplatte verwendet werden. Sie sollte Feuchtigkeit absorbieren, damit die Haut trocken und geschützt bleibt. Ist sie zu saugfähig, nimmt sie eventuell auch Stomaabfluss auf; ist sie zu wenig saugfähig, bleibt sie wirkungslos (Dowsett und Allen, 2013).

Literatur:

Beeckman D, Campbell J, Campbell K, et al (2015) Proceedings of the Global IAD expert panel. IAD: moving prevention forward. Wounds International, London

Dowsett C, Allen L (2013) MASD made easy. Wounds UK: 1-4

Gray M, Black MM, Baharestani MM, et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. J Wound Ostomy Continence Nurse: 233-41

Gray M, Colwell JC, Doughty D, et al (2013) Peristomal moisture-associated skin damage in adults with faecal ostomies: a comprehensive review and consensus. J Ostomy Continence Nurs: 389-99

Guest JF, Taylor RR, Vowden K, Vowden P (2012) Relative cost-effectiveness of a skin protectant in managing venous leg ulcers in the UK. J Wound Care: 389-98

Page AC (2009) Two new tools for your ostomy practice. Ostomy Wound Manage: 10

Sibbald RG, Kelley J, Kennedy-Evans KL, Labreque C, Waters N (2013) Presentation and management of intertrigo, or MASD due to perspiration: expert consensus on best practice. Wound care Canada: 1-21

Tam KW, Lai JH, Chen HC, et al (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. Ostomy Wound Manage: 26-33

Voegeli D (2012) Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. Br J Nurs: 517-21

Voegeli D (2013) Moisture-associated skin damage: an overview of community nurse. Br J Community Nurs: 6-12

Woo KY, Beeckman D, Chkravarthy D (2017) Management of MASD: a scoping review. Adv Skin Wound Care: 494-500

Young T (2017) Back to basics: understanding moisture-associated skin damage. Wounds UK: 56-65

Zulkowski K (2017) Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries and skin tears. Adv Skin Wound Care: 372-81

Für weitere Informationen:

www.woundcare-today.com/global

