

# CLASSIFICATIE VAN DECUBITUS

Er bestaan veel classificaties van decubitus (1-5). Sommige classificaties zijn zo uitgebreid dat ze in praktijk niet hanteerbaar zijn en niet leiden tot een eensluidende correcte classificatie van decubitusletsels.

Voor de indeling van decubitus in verschillende graden is in deze richtlijn gebruik gemaakt van de [indeling](#) van de [EPUAP](#) (6) en [AHRQ](#) (Agency for Health Care Policy and Research) (5;7).

In de praktijk is ook de uit de industrie afkomstige 'Rood-Geel-Zwart'-indeling ('*Three Color Concept*' ®, Marion Laboratories Inc.) wijd verspreid. (8) Cuzzell (8) beklemtoont dat de 'Rood-Geel-Zwart'-indeling niet bedoeld is om de incidentie of de ernst van decubitusletsels te bepalen, maar eerder zou moeten dienen als leidraad voor wondzorg. Toch is het aanvullen van de 4-graden indeling van de EPUAP en AHCPR met de 'Rood-Geel-Zwart'-indeling niet aan te bevelen. Yarkony (9) omschrijft deze 'Rood-Geel-Zwart'-indeling zelfs als potentieel gevaarlijk, omdat het noch de uitgebreidheid, noch de diepte van een letsel, noch de pathologie in acht neemt. Het gevaar voor oversimplificatie is reëel. Haalboom et al. waarschuwen dat deze [indeling](#) kan leiden tot een onderschatting van de ernst (en dus tot onderbehandeling) van decubitusletsels en daarom ook niet aan te bevelen is (1). Lorentzen et al. (10) rapporteren dat zorgverleners slechts in beperkte mate tot een gelijke beoordeling van wonden komen op basis van het rood-geel-zwart classificatiesysteem. Buntinx et al. (11) melden een matige overeenkomst tussen zorgverleners bij het gebruik van het rood-geel-zwart classificatiesysteem. Gryson (12;13) houdt een pleidooi om bij het beschrijven van een wonde vooral rekening te houden met de wondfysiologie en de [fasen](#) van wondheling.

## 1. Graden

Decubitus wordt in 4 graden onderverdeeld. Belangrijk is dat de 4 graden worden beschouwd als 4 verschijningsvormen van decubitus, en niet als fasen die noodzakelijk opeenvolgen. Decubitus kan bij sommige patiënten starten als een blaas of een oppervlakkige of zelfs een [diepe decubitus](#) (bijvoorbeeld een zwarte necroseplek aan de hiel). Soms kan een blaas direct evolueren naar een zwarte necroseplek (diepe decubitus).

### Graad 1: Niet-wegdrukbaar roodheid

Graad 1 is een niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Dit kan gepaard

gaan met verkleuring van de huid, warmte, oedeem of verharding van het weefsel (zie foto [1](#) - [2](#)).



*Foto 1 (a en b): Wegdrukbaar roodheid aangetoond met drukschijfje (GEEN DECUBITUS)*



*Foto 2: Niet-wegdrukbaar roodheid aangetoond met vinger (DECUBITUS)*

Klinisch is het bij personen met een lichte huidskleur zichtbaar als een afgelijnde zone met blijvende roodheid.

Bij een donkere huid gaat het om een observeerbare, drukgerelateerde verandering van de intacte huid die gepaard kan gaan met een wijziging in een of meerdere kenmerken:

- huidtemperatuur (hoger of lager dan de omgevende huid);
- weefselconsistentie (vast of week);
- gevoeligheid (pijn, jeuk).

Ook hier tekent zich een afgelijnde zone af met blijvende rode, blauwe of paarse tinten.

Als met de duim op de huidverkleuring wordt gedrukt, kan deze niet wit worden gedrukt.

Om het onderscheid te kunnen maken tussen wegdrukbaar roodheid (geen decubitus) en niet-wegdrukbaar roodheid (decubitus) kan een doorzichtig schijfje (een 'drukschijfje') gebruikt worden (14). Zo'n schijfje bestaat uit een transparant, afgerond stukje plastic met een diameter van ongeveer 5 cm (bijv. sleutelhanger, vergrootglasje, ...). Het laat toe druk uit te oefenen op de huid en tegelijkertijd te observeren of de huid wit kan gedrukt worden of niet.

## Graad 2: Blaar of open blaar

Graad 2 is een oppervlakkig huiddefect, dat epidermis en/of dermis betreft. Het ulcus is oppervlakkig.

Klinisch kenmerkt deze graad zich als blaar of opengesprongen blaar (zie [foto 3](#)).



*[Foto 3: Decubitus graad 2 \(blaar of open blaar\)](#)*

## Graad 3: Oppervlakkige decubitus

Graad 3 is een huiddefect met schade of necrose van huid en subcutis die zich kan uitstrekken tot aan de onderliggende fascia, maar niet daaronder (zie [foto 4](#)).



*[Foto 4: Decubitus graad 3 \(oppervlakkige decubitus\)](#)*

Klinisch is het zichtbaar als een krater, al of niet met ondermijning van het aanpalende weefsel.

## Graad 4: Diepe decubitus

Graad 4 is een uitgebreide aantasting, weefselnecrose en/of schade aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels met of zonder schade aan epidermis en dermis. Ondermijning van het weefsel of sinusvormige letsels zijn mogelijk (zie [foto 5](#)).



*Foto 5: Decubitus graad 4 (diepe decubitus)*

## 2. Niet alle huidletsels zijn decubitusletsels

### 2.1. Vochtletsels

Decubitus en vochtletsels worden vaak verward. Langdurig huidcontact met urine, faeces, transpiratie of wondvocht gaat gepaard met frequent optredende huidletsels (zie foto's [6](#) en [7](#)). Het etsend effect van bijvoorbeeld urine kan de huid doen verweken. Er ontstaat roodheid en de oppervlakkige huidlagen gaan stuk. (15)



*Foto 6: Vochtletsel ( a en b ) (niet-wegdrukbaar roodheid met drukschijfje)*



*Foto 7: Vochtletsels*

Deze vochtletsels worden vaak foutief beoordeeld als decubitusletsels. Zo vindt bijvoorbeeld het ter hoogte van de bilnaad vaak opgemerkte spleetvormig letsel met witte, verweekte randen zijn oorsprong in vochtigheid en het etsend effect van urine en faeces; het is geen decubitusletsel.

Een bijzondere vorm van vochtletsel is een zogenaamd kopieletsel (zie [foto 8](#)). De vochtafscheiding van een bestaande wonde kan, door verkleving met het tegengesteld huidoppervlak, een bijna identiek letsel (kopieletsel) doen ontstaan. Ook dit is geen decubitusletsel, maar een vochtletsel.



*Foto 8: Kopieletsels*

Een onderscheid kunnen maken tussen een drukgerelateerd letsel en een vochtletsel is zeer belangrijk. Door het letsel te observeren naar vorm en kleur, wordt al veel informatie verkregen. Vochtletsels hebben over het algemeen een eerder purpere kleur en zijn niet scherp afgelijnd (in tegenstelling tot decubitus). De roodheid bij vochtletsels kan zowel wegdrukbaar als niet-wegdrukbaar zijn.

Bij decubitus graad 1 is de roodheid per definitie niet wegdrukbaar. Ook elementen zoals de locatie van het letsel (vochtletsels treden niet noodzakelijk ter hoogte van een drukpunt op), de aanwezigheid van vochtigheid, het gebruikte materiaal, de aanwezigheid van incontinentie of diarree, de lichaamshouding en de bewegingen van de patiënt kunnen van belang zijn.

Het is dus belangrijk om de patiënt in zijn totaliteit te observeren. Vochtletsels zijn geen decubitusletsels. Maatregelen om decubitus te voorkomen (verminderen van de grootte en de duur van de druk en de schuifkracht), helpen niet om vochtletsels te voorkomen. Maatregelen om vochtletsels te voorkomen (bijvoorbeeld mictietraining, huidbeschermende en huidherstellende maatregelen), helpen niet om decubitus te voorkomen.

## **2.2. Schaafwonden/brandletsels**

Ook een frictieletsel is geen decubitus. Het kapot schuren van de huid (schaven) door continue wrijving over ruwe lakens of door dwangmatige bewegingen leidt tot subepidermale blaarvorming en verlies van oppervlakkige huidlagen. Er ontstaan schaafwonden of zelfs pijnlijke brandletsels. Dergelijke schaafwonden treden vooral op ter hoogte van ellebogen, maar kunnen ook ter hoogte van de hielen, enkels of knieën voorkomen. Het door frictiekracht veroorzaakte letsel is enkel een huidletsel. Er treedt geen schuifkracht en weefselvervorming op. Er ontstaat geen zuurstoftekort. Decubituspreventiemethoden zullen voor deze letsels geen snellere genezing betekenen. Huidverzorgende maatregelen kunnen deze letsels helpen genezen of misschien zelfs voorkomen (14;15).

Ook andere letsels (zoals schimmelinfecties, extravasatie bij toediening van cytostatica) kunnen soms lijken op decubitusletsels.

---

# Verwijzingen

- (1) *Haalboom JRE, Van Everdingen JJE, Cullum N. Incidence, prevalence, and classification. In: Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT, editors. The decubitus ulcer in clinical practice. Berlin: Springer, 1997: 12-23.*
- (2) *Torrance C. Pressure sores aetiology, treatment and prevention. Beckenham: Croom Helm, 1983.*
- (3) *Shea JD. Pressure sores : classification and management. Clin Orthop Rel Res 1975; 112:89-100.*
- (4) *David JA, Chapman RG, Chapman EJ, Lockett B. An investigation of the current methods used in nursing for the care of patients with established pressure sores. Guildford: Nursing Practice Research Unit, 1983.*
- (5) *Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure ulcers in adults : prediction and prevention. Clinical practice guideline number 3. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 92-0047, 1992.*
- (6) *Haalboom JRE. Richtlijnen van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) voor de behandeling van decubitus. WCS nieuws 2000; 16(2):107-109.*
- (7) *Russell LJ, Reynolds TM. How accurate are pressure ulcer grades? An image-based survey of nurse performance. J Tissue Viability 2001; 11:67, 70-67, 75.*
- (8) *Cuzzell JZ. The new RYB color code. Am J Nurs 1988; 88(10):1342-1346.*
- (9) *Yarkony GM. Pressure ulcers: a review. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75:908-917.*
- (10) *Lorentzen HF, Holstein P, Gottrup F. [Interobserver variation in the Red-Yellow-Black wound classification system]. Ugeskr Laeger 1999; 161(44):6045-6048.*
- (11) *Buntinx F, Beckers H, De Keyser G, Flour M, Nissen G, Raskin T et al. Interobserver variation in the assessment of skin ulceration. J Wound Care 1996; 5(4):166-170.*
- (12) *Gryson L. Concept praktische wondzorg, een meer praktijkgerichte aanpak. Brugge: KHBO, 2000.*
- (13) *Gryson L. Let op vochtigheid en diepte. Nieuwe wondzorgprotocol is eenvoudig en praktisch. Nursing Thuis 2001; 1(1):26-28.*
- (14) *Derre B. Evolutie van beginnende decubitus op intensieve zorgen. Verpleegwetenschap Universiteit Gent, 1998.*
- (15) *Defloor T. Decubitus, de stand van zaken I. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999;(3):53-55.*
- (16) *Defloor T. De mythe van polyurethaan folie bij decubituspreventie. Nursing 1997;(4):21-23.*

Alles uit deze teksten mag worden overgenomen in niet-commerciële publicaties mits correcte bronvermelding: Defloor T., Herremans A., Gryndonck M. et al. Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2004.