

Das nationale Datenregister

Seit 2009 anerkennt die SAFW Wundbehandlungseinrichtungen. Zu den Anforderungen gehört unter anderem, Fälle von Patientinnen und Patienten mit chronischen und akuten Wunden in einem Register zu erfassen. Dazu hat die SAFW in Zusammenarbeit mit der Firma Adjumed einen Erhebungsbogen ausgearbeitet, welcher verschiedene Daten zu den Wunden, die erfasst werden, sammelt. Treibender Gedanke dazu war und ist die Situation, dass, wie in vielen anderen Ländern auch, in der Schweiz zu wenig Daten zur Epidemiologie und Behandlung von chronischen und akuten Wunden Daten vorliegen. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass ambulante Fälle nicht codiert werden müssen.

Die Erstellung dieses Erhebungsbogens war für die SAFW auf Grund guter Kontakte zur Firma Adjumed mit relativ geringem finanziellem Aufwand verbunden. Daraus resultierte eine bis heute bestehende vertraglich geregelte Zusammenarbeit. Die technische Führung des Registers wird durch die Adjumed sichergestellt, was für die SAFW mit Kosten verbunden ist. Diese Kosten blieben seit Beginn der Zusammenarbeit unverändert bei CHF 12'000 pro Jahr. In diesem Betrag inbegriffen sind nebst der Datensammlung, Schulungen sowie, wenn nötig, eine jährliche An-

passung des Erhebungsbogens. Die gesammelte Datenmenge durch die mittlerweile 23 anerkannten Wundzentren hat seit Einführung des Datenregisters stetig zugenommen.

Im ersten Jahr der vollständigen Erhebung wurden 111 Fälle erfasst. Vier Jahre später waren es bereits 1'711 Fälle und im Jahr 2018 sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels 2'139 Fälle erfasst worden. Insgesamt wurden im Laufe der Jahre 12'360 Fälle erfasst. Über all die Jahre der Datenerfassung kann zum Beispiel aufgezeigt werden, dass die häufigste Art der Wunde die postoperative Wundheilungsstörung ist und mit über 37% der Rumpf die am meisten erfasste Lokalisation dafür ist. Des weiteren kann die Literatur bestätigt werden, dass die venöse Ursache für die chronische Wunde auch in den beteiligten Zentren die Häufigste darstellt. Es können aus dem bestehenden Erhebungsbogen auch Fragestellungen bezüglich Antibiotikaabgabe, Verwendung von Wundauflagen und vielem, vielem mehr beantwortet werden.

Jedes Jahr organisiert die SAFW zusammen mit der Firma Adjumed zudem einen Workshop mit einem Fokusthema. 2018 wurde der Fokus auf die Analyse der Daten gelegt. Das Register bietet die Möglichkeit, die Daten des eige-

nen anerkannten Zentrums zu analysieren und im Benchmark mit den anderen beteiligten Zentren anonym zu vergleichen. Dieses Angebot wird leider nur von einzelnen Zentren genutzt. Mit dem Workshop wurden die Teilnehmenden animiert, ihre Daten vermehrt auch zu analysieren.

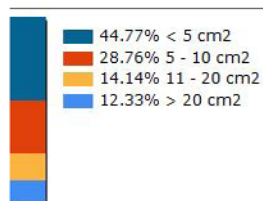
Für das begonnene Jahr steht ein neues Projekt an, nämlich die Implementierung des Registers für die Romandie. Die deutliche Zunahme der gesammelten Daten sowie die gestiegenen Anforderungen an die technische Führung des Registers erfordern eine preisliche Anpassung. In Verhandlungen mit Adjumed ist es der SAFW gelungen, diese Kostenanpassung auf drei Jahre zu verteilen.

Konnte Ihr Interesse geweckt werden? Für Fragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der SAFW: Telefon: 0041 (0) 840 555 666, Telefax: 0041 (0) 62 836 20 97, E-Mail: sekretariat@safw.ch.

Maria Signer MAS Wound Care

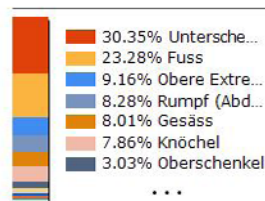
Wundklinik Bellevue Kreuzlingen
Leitung Projektgruppe Anerkennung Wundzentrum, SAFW D-CH

Wundgrösse (grösste Wunde, cm²)



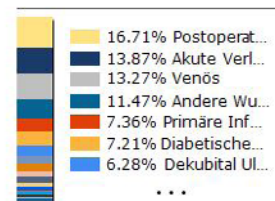
a

Lokalisation 1. Wunde



b

Typ Wunde



c

Beispiel aus der Analyse, aus Adjumed (von Maria Signer): a: Wundgrösse, grösste Wunde [cm²], b: Lokalisation der ersten Wunde und c: Typ Wunde.

Intertrigo – unterschätztes Phänomen

«In unserem Pflegeheim haben wir auffallend häufig Bewohner mit Intertrigo. Das Prophylaxe- und Behandlungskonzept ist bisher leider nicht einheitlich standardisiert. Nun würde ich solche Standards gerne erstellen. Allerdings finden sich zu Intertrigoprophylaxe und Behandlung fast genauso viele Tipps wie es Webseiten gibt. (...) Es wäre toll, wenn Sie mir weiterhelfen könnten».

Diese Anfrage eines SAFW-Mitgliedes wurde uns via Homepage im Dezember 2018 zugeschickt.

Ist Intertrigo ein häufiges Problem? Oder nur eines im Haus dieses SAFW-Mitglieds?

Bei der LPZ Pflegequalitätserhebung 2015 in Deutschland wurde festgestellt, dass in den Langzeitpflegeeinrichtungen 3,5% aller Bewohner/Bewohnerinnen an Intertrigo litten. Insgesamt 8,5% der von Intertrigo betroffenen Stellen bestanden seit mehr als einem Jahr. Die häufigsten Stellen waren die Leisten und die Brustfalten. Rund 15% der betroffenen Intertrigo-Lokalisationen wurden als nassend, knapp 10% als Intertrigo mit infizierter Haut deklariert [Lohrmann C., et al., 2015]. Sie zeigen auf, dass diese Daten im internationalen Vergleich sogar eher tief sind. In den Niederlanden werden bis zu 9% aller Menschen in Pflegeheimen als betroffen beschrieben [Lohrmann 2015].

Aus meiner Erfahrung werden Intertrigo, Inkontinenz assoziierte Dermatitis (IAD) und auch Dekubitus manchmal verwechselt.

Beim Thema IAD wurde an der Universität in Ghent/B die GlobIAD Initiative ergriffen: Die konkrete Einschät-

zungshilfe finden Sie unter dem folgenden Internet-Link: https://images.skintghent.be/2018102910521789_globiad-german-final.pdf.

Zum Thema Dekubitus gibt es mittlerweile große Arbeitsgruppen wie zum Beispiel die EPUAP, und auch für die Förderung von Harnkontinenz besteht ein Expertenstandard des DNQP – Internet-Link: <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18458>.

Gibt es zu Intertrigo «nicht nur viele Webseiten», sondern auch evidenzbasierte Literatur? Ja, aber ...

Im Folgenden wird eine Zusammenfassung des Literaturreviews von Brodell R.T. und Dolohanty L.B., publiziert in UpToDate, Stand Dezember 2018, gegeben. Einzelne zusätzliche Quellen werden jeweils referenziert.

Einführung

Intertrigo oder intertriginöse Dermatitis ist ein entzündlicher Zustand von Hautfalten (Hautfaltendermatitis). Charakteristischerweise sind die Hautareale gerötet, feucht, nassend, juckend, empfindlich schmerzhaft und oft mit schlechtem Geruch verbunden. Eine bakterielle oder pilzbedingte (*Candida albicans*) Hautinfektion kann einen Intertrigo auslösen oder verschlimmern.

Die Diagnose ist in der Regel aufgrund der typischen Lokalisation und der klinischen Befunde einfach. Häufig ist auch die Behandlung schnell wirksam. Allerdings kann es auch zu häufig wiederkehrender Intertrigo kommen, wenn die beeinflussenden Faktoren nicht beseitigt werden (können).

Epidemiologie und Risikofaktoren

Intertrigo kann Menschen in jedem Lebensalter und unabhängig von Geschlecht und sozioökonomischen Hintergrund betreffen. Menschen mit tiefen Hautfalten und dauerndem Vorhandensein von Feuchtigkeit sind für Intertrigo prädisponiert. Am häufigsten sind laut den beiden Autoren von UpToDate geschwächte und/oder bettlägerige ältere Menschen und Säuglinge aufgrund von Immobilität und minimaler Belüftung der intertriginösen Hautbereiche betroffen. Hautinfektionen, insbesondere Candida-Infektionen können Intertrigo auslösen oder verschlimmern. Weitere Risikofaktoren an Intertrigo zu erkranken sind Adipositas, Inkontinenz, unzulängliche Hygiene, Hyperhidrose und Immunschwäche, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, HIV-Infektionen und auch Mangelernährung.

Eine Variante des mit der Candidamykose einhergehenden Intertrigos ist die sogenannte Erosio interdigitalis blastomycetica. Diese ist in den «Schwimmfalten» zwischen den Fingern lokalisiert und tritt typischerweise bei häufiger Nassarbeit (z.B. Geschirrspülen ohne genügendes Händeaabtrocknen) oder krankhaftem Schwitzen (Hyperhidrose) auf. Allerdings kann dieses Phänomen, meist beginnend in der dritten Schwimmfalte der Hände, auch ein früher Hinweis für einen noch nicht diagnostizierten Diabetes mellitus sein [Chiriac und Azoicai 2017].



Fotos: P. Blindschödl, Aarau

Linkes Bild: Intertrigo in der Leiste mit Candida besiedelt, mittleres Bild: Intertrigo unter der Brust, rechtes Bild: Intertrigo in der Leiste

Pathogenese

Die pathophysiologische Grundlage von Intertrigo ist durch eine Vielzahl von prädisponierenden Faktoren gekennzeichnet. Fallen diese zusammen, begünstigen diese die Hautentzündung der tiefen Hautfalten.

Ständige Feuchtigkeit der Haut bewirkt eine «Überfeuchtung» der Hornschicht. Das Stratum corneum quillt auf (Mazeration). Es kommt damit zu einer Schwächung der Barrierefunktion. Bakterien, Pilze, Viren können leichter eindringen. Aber auch das Wasser-Lipid-Gleichgewicht der Haut ist gestört. Es kommt zu einem verstärkten Verlust von Feuchtigkeit der tieferen Hautstrukturen. Die mechanische Belastbarkeit der Haut wird herabgesetzt. Das Reiben von feuchter Haut gegen feuchte Haut führt zu einer zusätzlichen Aufweichung der Hornschicht. Durch die denaturierte Haut-Barriere werden sonst geschützte Zellen, wie die Langerhans-Zellen, Umweltpathogenen ausgesetzt. Eine Immunreaktion (Entzündung) wird ausgelöst. Candida Infektionen werden bei Intertrigo als häufig beschrieben. Es werden aber auch Hefepilze (z. B. *Mellassezia*) insbesondere bei abwehrgeschwächten Menschen und seborrhoischer Dermatitis als mögliche Co-Befunde bei wiederkehrendem Intertrigo berichtet.

Weitere Faktoren, die Intertrigo verschlimmern können, sind Reizstoffe und eine allergische Kontaktdermatitis. Die chronisch durch Intertrigo oder Inkontinenz gereizte Haut ist anfällig auf eine allergische Reaktion (Kontaktdermatitis) durch Duftstoffe, Parfüms, Eau de Cologne, Konservierungsmittel in Feuchtigkeitsspendern (sog. Moisturizers) oder in Reinigungstüchern. Haut-aggressive Waschtechniken und Reinigungsmittel, die nicht gründlich von der Haut der betroffenen Stellen gespült werden, verschlechtern die lokale Situation zusätzlich.

Klinik und Diagnostik

Der charakteristische klinische Befund von Intertrigo ist ein feuchter, roter bis rotbrauner homogener Fleck oder Hauterosionen in den Hautfalten. Typisch sind Leisten, submammäre Regionen, Axillen, Bauchnabel, in tiefen Hautfalten bei Adipositas und unterhalb des Pannikulus. Die Halsfalte ist eine häufige Lokalisation von Intertrigo bei Säuglingen, kann aber bei entsprechender

Körpersituation auch bei Erwachsenen vorkommen. Durch Inkontinenz und okklusivem Inkontinenzversorgungsmaterial ist «Windeldermatitis» ein häufiges Phänomen bei den Betroffenen. Bei Hautbefunden in der Gesäßfalte muss die Ätiologie sorgfältig abgeklärt werden, um die Phänomene Dekubitus, Intertrigo, oder Inkontinenz-assoziierte Dermatitis unterscheiden zu können. Bei Kontrakturen kann Intertrigo in den innenliegenden Falten von Ellbogen und Kniekehlen entstehen.

Satellitenbefunde und Pusteln deuten auf einen Candidas-Pilzbefall hin.

Patienten mit Intertrigo können sich über Brennen, Empfindlichkeit, Juckreiz und/oder störenden Geruch beschweren. Bei Fissuren können die betroffenen Stellen besonders schmerzhaft sein. Kratzen kann zu zusätzlichen Hautschäden führen.

Eine Intertrigo bleibt in der Regel bestehen, solange die Maßnahmen gegen die beitragenden Faktoren nicht effektiv sind. Sekundäre Infektionen sind mögliche Komplikationen.

Eine Hautuntersuchung des gesamten Körpers ist hilfreich, um eventuelle Differenzialdiagnosen stellen zu können. Bei nicht sicherer Ätiologie der Hautbefunde, bei einer Therapieresistenz oder wiederkehrender Problematik sollte eine dermatologische Abklärung durch den Facharzt/ die Fachärztin erfolgen. Intertriginöse Erytheme können bei einer Vielzahl von entzündlichen Erkrankungen auftreten. Als zu den häufigsten werden Psoriasis, Tinea cruris, Erythrasma und Kontaktdermatitis erwähnt. Als seltener werden Pemphiguserkrankungen oder intertriginöse Hautreaktionen als Nebenwirkung von Chemotherapie beschrieben.

Therapie

Obwohl Intertrigo häufig ist, ist die Studienlage für die Therapie sehr begrenzt. Derzeit gibt es nur unzureichende Evidenz, um die Wirksamkeit eines bestimmten Behandlungsansatzes zu bestätigen. Maßnahmen zur Minimierung von Feuchtigkeit und Reibung und die Anfälligkeit für Intertrigo sind die Hauptelemente der Therapie.

Empfehlungen umfassen:

- Tägliche Hautreinigung mit einem milden Reinigungsmittel, gefolgt von einer sorgfältigen Trocknung der betroffenen Stelle mit einem Föhn (Einstellung kühle Luft)

- Luftexposition des betroffenen Bereichs
- Verwendung von trocknenden Hautpulvern
- Einlegen von absorbierendem Material oder Kleidung auf Basis von Baumwolle oder Merinowolle um die Hautfalten zu trennen
- Applikation von Haut-Barriere Produkten um die Kontamination mit Urin oder Stuhl zu verhindern
- Gewichtsreduktion bei Adipositas
- Behandlung der Hyperhidrose im betroffenen Bereich (wenn vorhanden)
- Behandlung des Diabetes mellitus (wenn dieser besteht)

Es fehlen qualitativ hochwertige Daten für eine wirksame medikamentöse Therapie.

Da Intertrigo häufig mit einer Candida-Infektion einhergeht, wird empfohlen für zwei bis vier Wochen eine antimykotische lokale Therapie durchzuführen. Die Autoren von «UpToDate» empfehlen, für die lokale Therapie sogenannte Azole mit sowohl antimykotischen als auch antiinflammatorischen Effekten (Ketoconazole, Clotrimazole, Miconazole, Econazole) zu verwenden.

Bei starkem Juckreiz regen die Autoren zudem an, mit einem schwach wirksamen topischen Kortikosteroid zu behandeln.

Danksagung

Liebes SAFW-Mitglied, herzlichen Dank für die Anfrage und damit den Impuls, zu einem häufigen Phänomen die Literatur zu durchforsten und ehrlich gesagt, bestürzt zu sein, wie wenig für eine effektive Prophylaxe und Therapie zu Intertrigo bekannt ist! Und: Die aktuell gängigen Strategien für die Hautpflege müssen überdacht werden.

Doris von Siebenthal, MSc/APN

Kantonsspital Baden AG

Co-Präsidentin SAFW,

E-Mail: d.vonsiebenthal@safw.ch

(Literatur bei der Autorin)