

Catharina C. Braren-von Stülpnagel, Matthias Augustin, Rachel Sommer

Psychosoziale Belastungen bei atopischer Dermatitis – Effekte einer wirkstofffreien Basistherapie in einer randomisierten Versorgungsstudie

CVderm
Kompetenzzentrum Versorgungsforschung
in der Dermatologie

HINTERGRUND

Die Prävalenz von Erwachsenen mit atopischer Dermatitis (AD) in Deutschland liegt zwischen 1,3 % und 3,7 % [1]. Trockene Haut (93,2 %) und Juckreiz (72,5 %) wurden als die häufigsten Symptome genannt [2]. Des Weiteren berichteten Patienten über Schlafstörungen, Ängste und Depression sowie Einschränkungen in der Lebensqualität [3]. Es bleibt unklar, welche Belastungen insbesondere durch Xerosis cutis in Patienten mit AD hervorgerufen werden. Die Leitlinien zur atopischen Dermatitis in Deutschland und auf europäischer Ebene empfehlen für alle Therapiephasen eine wirkstofffreie Basistherapie (BT) als Grundlage der Langzeitbehandlung. Vor diesem Hintergrund ist eine Untersuchung des Zusammenhangs von wirkstofffreier BT und psychosozialen Faktoren bei Menschen mit AD von hoher Relevanz.

FORSCHUNGSFRAGEN

Welche Belastungen weisen Patienten mit AD in der Routineversorgung auf?

Welche Bedeutung hat dabei insbesondere die Xerosis cutis?

Vermindern sich die Belastungen im Zuge einer topischen BT?

Unterscheidet sich die Behandlung mit einer Omega-6-Fettsäuren-BT von einer frei gewählten BT?

METHODIK

- Prospektive randomisierte zweiarmige interventionelle Studie
- Patienten mit atopischer Dermatitis wurden unter „real-world“ Bedingungen in der Hochschulambulanz am IVDP (UKE) rekrutiert.
- Basistherapie: Basiscreme mit Omega-6-Fettsäuren für zwei bis fünf Wochen

Messinstrumente

XASI	Xerosis Area and Severity Index; Werte 0-72, mit höheren Werten für einen hohen Schweregrad
SCORAD BSA	SCORing Atopic Dermatitis Body surface area jeweils für AD und Xerosis cutis
DLQI	Dermatology Life Quality Index; Werte 0–30, mit höheren Werten für eine schlechtere Lebensqualität
WHO QOL-8	World Health Organization Quality of Life; Werte 0–100, mit höheren Werten für eine bessere Lebensqualität
PHQ-2 GAD-2	Patient Health Questionnaire-2; Werte 0–6, mit höheren Werten für stärkere Depression Generalized Anxiety Disorder-2; Werte 0–6 mit höheren Werten für mehr Angstempfinden
PSQ	Perceived Stigmatization Questionnaire; Werte 0-21, mit höheren Werten für mehr erlebte Stigmatisierung

Statistik

- Deskriptive Analysen für soziodemografische und klinische Variablen
- Gruppenunterschiede zur Baseline mittels t-Test
- ANOVA für wiederholte Messungen zur Bestimmung von Veränderungen nach Anwendung der Basistherapie

ERGEBNISSE

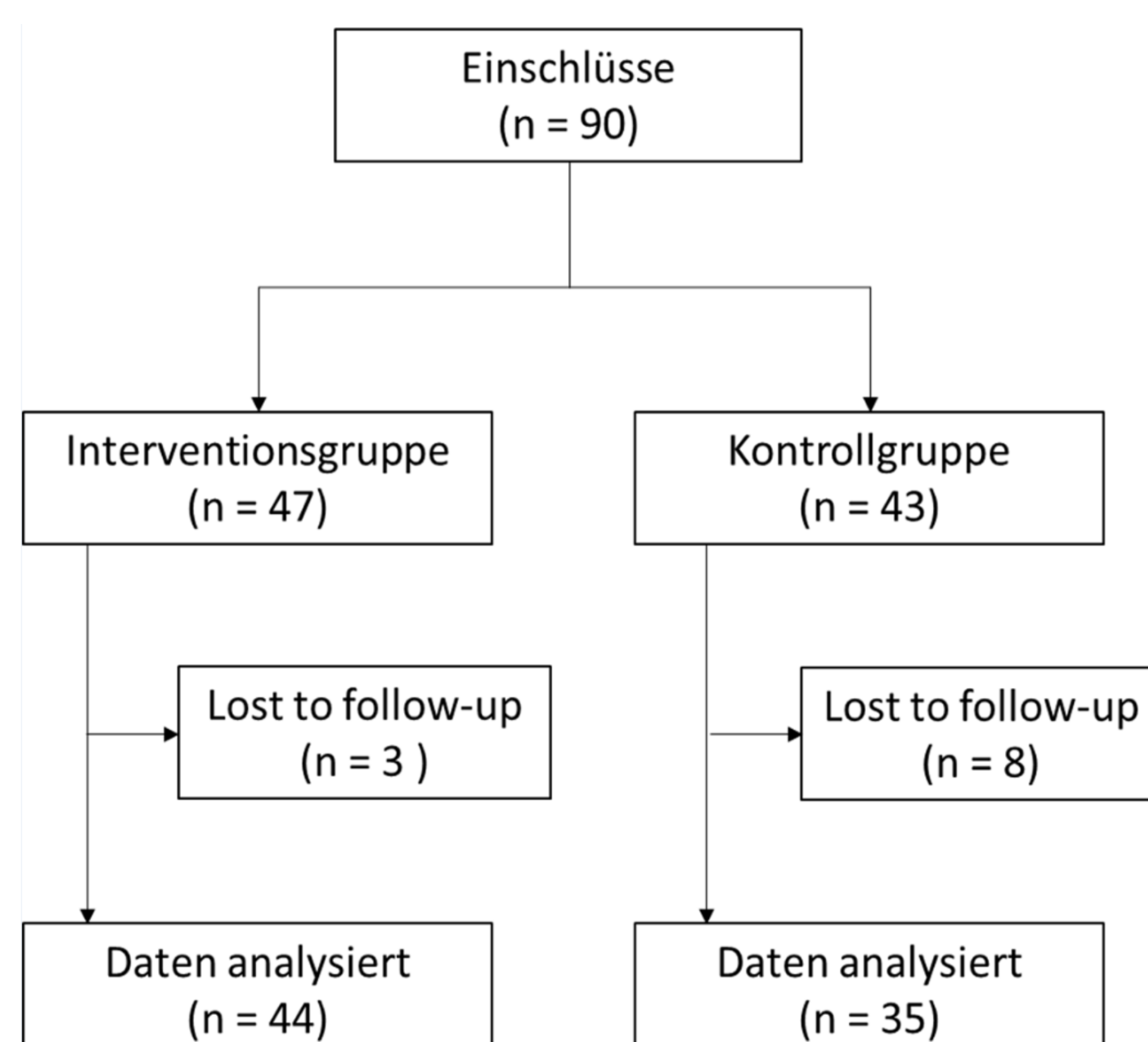


Abb. 1 Flussdiagramm der Einschlüsse.

Baseline Vergleiche zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe

Tab. 1 Vergleich der Zielparmeter zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe zur Baseline

	Gesamtstichprobe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Unabhängiger t-Test	
	MW ± SD	MW ± SD	MW ± SD	t	p
SCORAD	32,4 ± 16,0	32,7 ± 15,1	32,1 ± 17,3	0,17	0,868
XASI	9,4 ± 6,8	10 ± 7,2	8,8 ± 6,2	0,73	0,466
BSA – AD	19,3 ± 23,6	19,8 ± 23,0	18,7 ± 24,6	0,21	0,831
BSA – Xerosis	47,6 ± 31,4	45,6 ± 34,1	49,9 ± 28,2	0,61	0,546
DLQI	7,2 ± 5,7	7,8 ± 6,1	6,4 ± 5,2	1,03	0,307
WHOQOL-8	49,1 ± 13,9	49,5 ± 12,7	48,6 ± 15,5	0,29	0,770
PSQ	17,3 ± 7,7	17,5 ± 8,2	17,1 ± 7,0	0,23	0,812
PHQ-2	1,4 ± 1,3	1,4 ± 1,3	1,3 ± 1,3	0,18	0,860
GAD-2	1,4 ± 1,4	1,4 ± 1,3	1,4 ± 1,4	0,03	0,977

Zur Baseline konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden.

Veränderungen nach Anwendung der Basistherapie

Tab. 2 Vergleich der Zielparmeter über die Zeit zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe

	ANOVA mit mehreren Messzeitpunkten		
	Innerhalb-Subjekt-Effekte: Zeit	Interaktion: Zeit*Gruppe	Zwischen-Subjekt-Effekte: Gruppe
	F	F	F
SCORAD	6,1*	1,9	0,8
XASI	15,0*	5,3*	0,1
BSA – AD	7,3*	0,2	0,1
BSA – Xerosis	16,9*	5,0*	4,5*
DLQI	7,6*	1,9	0,7
WHOQOL-8	0,7	0,4	0,6
PSQ	0,2	1,5	0,0
PHQ-2	0,0	0,0	0,0
GAD-2	0,1	0,0	0,0

Der klinische Schweregrad der AD (SCORAD, BSA) und der Xerosis cutis (XASI, BSA) sowie die hautspezifische Lebensqualität (DLQI) verbesserten sich signifikant vom Ausgangswert bis zur Nachuntersuchung für alle Patienten.

Darüber hinaus wurden zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede in den zeitlichen Veränderungen vom Ausgangswert bis zur Nachbeobachtung für XASI und BSA - Xerosis beobachtet. Wobei die Interventionsgruppe eine stärkere Verbesserung verzeichnete. Auch hatten Patienten der Interventionsgruppe signifikant bessere Werte bei BSA – Xerosis als Patienten, die ein anderes Hautpflegeprodukt als die Basispflege verwendet haben, unabhängig vom Zeitpunkt

DISKUSSION

Vor Intervention zeigten alle Patienten eine hohe Krankheitsbelastung sowohl im klinischen Schweregrad als auch in den PROs. Es konnten keine Gruppenunterschiede vor Beginn der Intervention identifiziert werden.

Alle Patienten gaben eine signifikante Verbesserung in Bezug auf den klinischen Schweregrad und die hautspezifische Lebensqualität an, unabhängig davon, ob sie zur Interventions- oder Kontrollgruppe gehörten. Darüber hinaus verbesserten sich Parameter der Interventionsgruppe signifikant in Bezug auf BSA – Xerosis cutis als Patienten der Kontrollgruppe unabhängig von der Zeit. Damit bestätigt sich, dass die wirkstofffreie BT per se einen Nutzen für Patienten mit AD hat.

Es ist notwendig, nach dieser orientierenden Studie auch die Wirkung einer solchen Behandlung auf psychosoziale PROs über einen längeren Zeitraum zu analysieren.

FAZIT

Omega-6-Fettsäuren-haltige Basistherapie führt dazu, dass bereits nach kurzer Zeit eine Verbesserung des Schweregrades der Xerosis bei atopischer Dermatitis auftritt.

Omega-6-Fettsäuren-haltige Basistherapie führt generell zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Frühzeitig eine Basistherapie in die Behandlung der Patienten mit einzubeziehen ist wichtig, weil bereits kurzfristig die Krankheitslast gemindert wird und langfristige Einschränkungen im Krankheitsverlauf entgegen gewirkt wird.

[1] Radtke MA, Schäfer I, Glaeske G, Jacobi A, Augustin M. Prevalence and comorbidities in adults with psoriasis compared to atopic eczema. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017; 31(1):151–7

[2] Augustin M, Kirsten N, Körber A, Wilschmann-Theis D, Itschert G, Staubach-Renz P et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019; 33(1):147–50

[3] Augustin M, Langenbruch A, Blome C, Gutknecht M, Werfel T, Ständer S et al. Characterizing treatment-related patient needs in atopic eczema: insights for personalized goal orientation. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34(1):142–52.