

Langzeitprognose bei chronischem Handekzem

Um mehr über den Langzeitverlauf chronischer Handekzeme zu erfahren, hat die Deutsche Dermatologische Gesellschaft im Jahr 2009 das Chronische-Handekzem-Register initiiert. Mittlerweile stehen Daten über eine Nachbeobachtungszeit von fünf Jahren zur Verfügung.

An der Patientenrekrutierung für das chronische Handekzem-Register zum Patienten-Langzeitmanagement (CARPE) haben sich 99 dermatologische Zentren in Deutschland beteiligt. Insgesamt 1.281 Patienten konnten zwischen 2009 und 2016 gelistet werden. Voraussetzung war, dass die Hautsymptomatik zum Zeitpunkt der Registrierung (T0) bereits seit mehr als drei Monaten bestanden hatte oder mindestens zwei Krankheitsschübe innerhalb der vorausgegangenen zwölf Monate aufgetreten waren. Die Patienten sollten bereits mit topischen Kortikosteroiden vorbehandelt und eine dauerhafte Besserung der Hautsymptome trotz adäquater topischer Behandlung nicht erreicht worden sein. Parallel durften keine weiteren Hauterkrankungen oder schweren Hautinfektionen bestehen. Alle Probanden wurden

3, 6, 12, 18, 24, 36, 48 und 60 (T1–8) Monate nach Registrierung erneut einbestellt, untersucht und falls notwendig die Therapie modifiziert.

793 der Patienten konnten über einen Zeitraum von zwei Jahren und 231 Patienten sogar fünf Jahre lang nachbeobachtet werden. Zum Zeitpunkt der Registrierung hatten 5,4% der Patienten aufgrund des chronischen Handekzems ihren Beruf aufgegeben oder gingen einer anderen Tätigkeit nach. Die Betroffenen litten im Schnitt bereits seit sechs Jahren an der Hautsymptomatik, wobei bei 22,4% das chronische Handekzem von dem behandelnden Dermatologen als schwerwiegend eingestuft wurde. Innerhalb des Follow-up wurde 39% der Probanden mindestens einmal eine systemische Therapie (Alitretinoin, Acitretin, Methotrexat) verschrieben.

Im Laufe der fünf Jahre verbesserte sich neben dem subjektivem auch der objektiv beurteilte Schweregrad der Symptome. Die Lebensqualität stieg in den ersten beiden Jahren, um sich auf hohem Niveau zu stabilisieren. Immer weniger Probanden mussten systemisch behandelt werden (T0 31,1% vs. T8 13,5%). Die Zufriedenheit mit der Behandlung nahm zu. Zudem berichteten weniger Teilnehmer über therapiebedingte Nebenwirkungen oder empfanden die Therapie als „Zeitfresser“. Die Zahl der Patienten, denen es schwer fiel, die Therapieempfehlungen im Alltag umzusetzen, stieg jedoch.

Fazit: Unter kontinuierlicher dermatologischer Betreuung verbessert sich offenbar sowohl die Symptomatik eines chronischen Handekzems als auch das patientenbezogene Outcome dauerhaft, wie die Autoren betonen. Selbst bei Patienten mit langer Krankheitsgeschichte und schwerer Symptomatik waren gute Therapieerfolge zu verzeichnen. *Dr. Dagmar Kraus*

Apfelbacher CJ et al. Chronic hand eczema in Germany: 5-year follow-up data from the CARPE registry. *Contact Dermatitis*. 2019; 80: 45–53

PUVA gegen Mycosis fungoides nicht schlechter als UV-B-Lichttherapie

Mycosis fungoides ist das häufigste kutane T-Zell-Lymphom. In einem systematischen Reviews samt Metaanalyse wurde die beiden in der Leitlinie empfohlenen Therapieoptionen PUVA und Schmalband-UV-B verglichen.

Initial stehen bei Mycosis fungoides Hauterscheinungen im Vordergrund, die sich oft als papulosquamöse Effloreszenzen manifestieren. Die meisten Patienten befinden sich in den frühen Stadien IA, IB oder IIA. In diesen Frühstadien empfiehlt die Leitlinie „Kutane Lymphome“ neben lokalen Steroide (IA) oder lokaler Radiotherapie eine Bestrahlung mit Psoralen-UV-A-Licht (PUVA) oder Schmalband-UV-B -Licht (NBUBV) der Wellenlänge 311 nm. Wie sich die beiden Lichttherapien im Vergleich auswirken, ist jedoch unklar.

Australische Dermatologen haben eine systematische Übersichtsarbeit und zu-

sätzliche Metaanalyse angefertigt und dafür sieben Studien mit insgesamt 778 Patienten mit Mycosis fungoides im Frühstadium ausgewertet. 527 Patienten waren mit PUVA, 251 mit NBUBV behandelt worden. 90,9% der PUVA- und 87,6% der NBUBV-Patienten reagierten auf die Therapie; ohne statistisch bedeutsamer Differenz. Auch das partielle Ansprechen war statistisch gleichwertig. Einen signifikanten Unterschied fanden die Dermatologen aber bei den Komplettremissionen: Unter PUVA sprachen 73,8%, unter NBUBV 62,2% der Patienten vollständig an. Daraus resultierte ein um 68% höheres Verhältnis des vollstän-

digen zum nicht vollständigen Ansprechen zugunsten der PUVA. Wurden die Berechnungen auf die Stadien IA beziehungsweise IB beschränkt, fiel der Unterschied noch größer aus.

Die Rate an Nebenwirkungen war in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Das galt für Erytheme, Übelkeit, Juckreiz, fototoxische Effekte (1,4% vs. 0,9%) und Dyspepsie ebenso wie für Schmerzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist allerdings die relativ geringe Qualität der analysierten Studien zu beachten.

Fazit: Patienten mit früher Mycosis fungoides, die mit PUVA behandelt werden, stehen nicht schlechter da als jene, die mit UV-B-Licht behandelt werden. Im Gegenteil: Komplettremissionen sind nach PUVA sogar häufiger. *Dr. Robert Bublak*

Phan K et al. Comparison of Narrowband UV-B With Psoralen-UV-A Phototherapy for Patients With Early-Stage Mycosis Fungoides – A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol* 2019; <http://doi.org/c3gd>