



Compressietherapie ter preventie van recidiverende cellulitis?

Referentie

Webb E, Neeman T, Bowden FJ, et al. Compression therapy to prevent recurrent cellulitis of the leg. *N Engl J Med* 2020;383:630-9. DOI: 10.1056/NEJMoa1917197

Duiding

Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent

Hoewel men anatomopathologisch een onderscheid maakt tussen cellulitis en erysipelas zijn beide entiteiten klinisch moeilijk van elkaar te onderscheiden. In vergelijking met erysipelas is bij cellulitis behalve de huid ook in meerdere mate het subcutane weefsel ontstoken wat vaak aanleiding geeft tot een minder afgelijnd en minder verheven erytheem (1). Meestal doet cellulitis zich voor ter hoogte van de onderste ledematen en in bijna 50% van de gevallen recidiveert de aandoening binnen een periode van 3 jaar (2). In Minerva bespraken we reeds een systematische review die aantoonde dat er zich minder recidieven voordeden onder een profylactische antibioticumbehandeling (vooral penicilline V aan een geringe dosis van 2x 400 000 IE per dag) gedurende 18 maanden. Het voordeel verdween echter na stopzetting van deze preventieve antibioticabehandeling (3,4). Het effect van een niet-antibiotische profylactische aanpak, zoals de behandeling van chronisch beenoedeem, werd onvoldoende onderzocht. Nochtans wordt chronisch beenoedeem beschouwd als een belangrijke risicofactor voor cellulitis (1). Sommige richtlijnen bevelen dan ook compressietherapie aan ter preventie van recidiverende cellulitis, ook al is deze aanbeveling nog onvoldoende onderbouwd (1).

Een unicenter gerandomiseerde **open-label** studie, uitgevoerd in een publiek ziekenhuis in Australië, onderzocht het effect van compressietherapie van de onderste ledematen in combinatie met educatie over cellulitispreventie versus educatie alleen bij 84 patiënten met chronisch oedeem van één of beide benen sinds meer dan 3 maanden en een voorgeschiedenis van twee of meer episodes van cellulitis in hetzelfde been over een periode van 2 jaar (5). De patiënten in de interventiegroep kregen dus na randomisatie de instructie om overdag aangepaste compressiekousen te dragen. Bij uitgebreid oedeem werden er in eerste instantie 3 tot 5 dagen compressiewindsels door een zorgverlener aangebracht. De educatie bestond uit het verlenen van informatie over de voordelen van huidverzorging, preventie van schimmelinfecties tussen de tenen, gezond lichaamsgewicht en regelmatige lichaamsbeweging. De randomisatie verliep op een correcte manier en er was **concealment of allocation**. De auteurs berekenden dat er 162 patiënten geïncludeerd moesten worden om met een power van 80% na drie jaar een daling van 50% van het aantal recidieven van cellulitis in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep te kunnen aantonen. De onderzoekers beslisten om de rekrutering van patiënten na 20 maanden vroegtijdig te stoppen toen uit een interimanalyse bleek dat er zich gedurende deze periode reeds 23 episodes van cellulitis hadden voorgedaan. Post-hoc werd het significantieniveau voor de primaire uitkomstmaat verlaagd (van een **p-waarde** van 0,05 naar een p-waarde van 0,003) waardoor de absolute verschillen van de primaire uitkomstmaat tussen beide groepen groter moesten zijn om statistische significantie te kunnen aantonen. Hiermee is voldaan aan de voorwaarden voor het vroegtijdig stoppen van studies (6). Op het moment van de interimanalyse waren er 84 patiënten geïncludeerd. Alle deelnemers hadden oedeem van de onderste ledematen, 79% had een BMI ≥ 33 en 26% had ≥ 3 episodes van cellulitis in de 2 jaar voor inclusie doorgemaakt. Men zag gedurende een mediane follow-up van 186 (IQR 0 tot 511) dagen dat 6 deelnemers (of 15%) in de interventiegroep en 17 deelnemers (of 40%) in de controlegroep een episode van cellulitis hadden doorgemaakt (HR 0,23 met 95% van 0,09 tot 0,59; $p=0,002$). De diagnose werd gesteld door artsen die niet rechtstreeks betrokken waren bij de studie. Aangezien zowel de patiënten als de effectbeoordelaars, die de diagnose moesten bevestigen, niet blind waren voor de toewijzing, is er een groot risico van detectiebias. Ook de extrapoleerbaarheid van de resultaten naar de reële wereld wordt beperkt door het feit dat de begeleiding van de deelnemers gebeurde door gespecialiseerde fysiotherapeuten en waarschijnlijk daardoor 88% van de deelnemers de compressiekousen 4 of meer dagen per week droeg. Wat de secundaire uitkomsten betreft, zag men geen verschil tussen beide groepen op het vlak van hospitalisatie wegens cellulitis (respectievelijk 3 (of 7%) versus 6 (of 14%) deelnemers). Evenmin kon er een verschil in levenskwaliteit of in het voorkomen van ongewenste effecten worden vastgesteld.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Verschillende richtlijnen bevelen compressietherapie aan om recidieven van cellulitis bij patiënten met bestaand oedeem van de onderste ledematen te vermijden (1,7).

Besluit

Deze unicenter open-label gerandomiseerde gecontroleerde studie, die op een correcte manier vroegtijdig werd beëindigd, toont aan dat compressietherapie leidt tot een lager aantal recidieven van cellulitis bij volwassenen met chronisch oedeem van de onderste ledematen en een voorgeschiedenis van cellulitis. Het is onduidelijk in welke mate dit resultaat extrapoleerbaar is naar de reële wereld.

Referenties

1. Erysipelas en cellulitis. Ebpractinenet. Duodecim Medical Publications. Laatste update 10/05/2016. Laatste contextnazicht 13/03/2018.
2. Cox NH. Oedema as a risk factor for multiple episodes of cellulitis/erysipelas of the lower leg: a series with community follow-up. *Br J Dermatol* 2006;155:947-50. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2006.07419.x
3. Chevalier P. Nut van antibioticumprofylaxe bij patiënten met recidiverende cellulitis? *Minerva* 2018;17(7):89-92.
4. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, et al. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD009758.pub2
5. Webb E, Neeman T, Bowden FJ, et al. Compression therapy to prevent recurrent cellulitis of the leg. *N Engl J Med* 2020;383:630-9. DOI: 10.1056/NEJMoa1917197
6. Chevalier P. Voortijdig beëindigen van studies. *Minerva* 2010;9(10):120.
7. Cellulitis en erysipelas. *Formularium Ouderenzorg* 2016.