

Chronisches Handekzem

Status quo der Therapie

Für die Entwicklung von Handekzemen sind Berufsgruppen wie Friseure, Bäcker, Floristen, Fliesenleger, Galvanikarbeiter, Zahntechniker, Maschinisten, Metalloberflächenbearbeiter und Beschäftigte in Gesundheitsberufen besonders prädestiniert. Der überwiegende Anteil der Patienten spricht auf eine leitlinienkonforme, stadiengerechte Lokalthherapie an. Bei Patienten mit chronischem Handekzem stellt die medikamentöse Therapie nur die Spitze des Eisbergs dar. Eine erfolgreiche Abheilung setzt weitere Massnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention voraus.

VERA MAHLER

Die Entwicklung der menschlichen Hand mit ihrem opponierbaren Daumen zu einem komplexen Tast- und Greiforgan wird entwicklungsgeschichtlich als eine wesentliche Voraussetzung für die Menschwerdung an sich angesehen (1). Diese hoch entwickelte Funktionalität wird durch eine Ekzem-erkrankung der Hände teilweise erheblich beeinträchtigt.

Epidemiologie von Handekzemen

Handekzeme sind mit einer Ein-Jahres-Prävalenz von 6 bis 10 Prozent in der Allgemeinbevölkerung häufig (2). In 5 bis 7 Prozent der Fälle nehmen Handekzeme einen chronischen Verlauf (2). Während der überwiegende Anteil der Patienten

auf eine leitlinienkonforme, stadiengerechte Lokalthherapie der Handekzeme anspricht, sind etwa 2 bis 4 Prozent refraktär gegenüber topischer Therapie (2).

Die weitere Berufsausübung ist in diesen Fällen gefährdet. Die Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit der Haut lagen im Jahr 2008 in Deutschland vor allen anderen Berufskrankheiten. Besonders gefährdete Berufsgruppen sind Friseur, Bäcker, Floristen, Fliesenleger, Galvanikarbeiter, Zahntechniker, Maschinisten, Metalloberflächenbearbeiter und Beschäftigte in Gesundheitsberufen (3).

Im Patientenkollektiv einer berufsdermatologischen Klinik-Spezialambulanz zeigen die Handekzeme bei Erstvorstellung der Patienten in der Regel bereits einen mehrjährigen Verlauf. In einer Interimsauswertung von 515 Patienten des Handekzemregisters CARPE, das von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ins Leben gerufen wurde, waren die erfassten Patienten mit chronischem Handekzem im Durchschnitt 47,3 Jahre (SD: 13,7 Jahre) alt, die durchschnittliche Dauer des Handekzems betrug zum Zeitpunkt des Einschlusses 7,7 Jahre (4).

Ursachenabklärung und Tertiärprävention

Da die Hände beruflich wie privat vielfältigen äusseren Einflüssen ausgesetzt sind, können verschiedene Faktoren ursächlich für die Entstehung und Unterhaltung der Ekzeme sein. Irritative Handekzeme (Synonym: subtoxisch-kumulatives Ekzem, Abnutzungsekzem) sind am häufigsten, danach folgen allergische und atopische Handekzeme. Die sogenannte «Proteinkontaktdermatitis», bei der auf vorgeschädigter Haut ein IgE-vermitteltes Kontaktekzem entsteht, ist dagegen selten und kommt vorwiegend im nahrungsmittelverarbeitenden Sektor vor (5).

Mehrere Faktoren können gleichzeitig wirksam sein (Hybridekzem, siehe *Abbildung*). Ein irritatives Handekzem ist aufgrund der gestörten Hautbarriere häufig Wegbereiter für eine sekundär hinzukommende Typ-IV-Sensibilisierung (Pfropfallergie) (6).

Neben beruflichen Einschränkungen geben Patienten mit chronischen Handekzemen auf Nachfrage meist Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen an, die teilweise zum sozialen Rückzug führen.

Bei der Behandlung von Patienten mit chronischem Handekzem stellt die medikamentöse Therapie (*siehe unten*) nur die Spitze des Eisbergs dar. Eine erfolgreiche Therapie mit dem Ziel, eine Abheilung der Handekzeme zu erreichen, setzt weitere Massnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention voraus (2):

Merksätze

- ❖ Handekzeme sollen frühzeitig und stadiengerecht behandelt werden.
- ❖ Die Basistherapie umfasst die Vermeidung von Auslösefaktoren, die Hydratation der Haut, Emollienzen und Hautschutz.
- ❖ Lokale Steroide stellen die Therapie der ersten Wahl bei chronischen Handekzemen dar.
- ❖ Bei Therapieresistenz (trotz Ausschöpfung von Präventionsmassnahmen) ist eine Therapieanpassung erforderlich.



Abbildung: Ein «Hybridekzem», durch berufliche Feuchtbelastung und Allergenkontakt ausgelöstes Handekzem bei einer Friseurin mit atopischer Hautdiathese.

Eine detaillierte Kenntnis der beruflichen Tätigkeit und des privaten Freizeitverhaltens des Betroffenen mit den jeweiligen Kontaktstoffexpositionen ist erforderlich, um die das Handekzem unterhaltenden Faktoren zu identifizieren und zu eliminieren. Es ist notwendig, bei der Anamneseerhebung während der Erstuntersuchung und im Verlauf immer wieder darauf einzugehen, da sich Expositionen und Ekzemursachen ändern können.

Die anlagebedingte Ekzembereitschaft (atopische Hautdiathese), die meist schon in der Kindheit mit Beugenekzemen oder Milchschorf in Erscheinung getreten ist, oft mit allergischer Rhinitis oder Asthma assoziiert ist und mit positiver

Familienanamnese bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder) einhergeht, soll in der Anamneseerhebung und Untersuchung abgeklärt werden. Hierfür ist es bei der dermatologischen Untersuchung erforderlich, zu überprüfen, ob sogenannte atopische Stigmata vorliegen (z.B. weisser Dermografismus, Xerosis cutis, rarifizierte laterale Augenbraue, doppelte Lidfalte usw.), die aufsummiert Hinweise auf eine anlagebedingte Ekzembereitschaft darstellen.

Handekzeme jedwelcher Genese in der Vorgeschichte stellen den grössten individuellen Risikofaktor für den Erwerb von berufsbedingten Handekzemen in einem hautbelastenden beruflichen Umfeld dar. Betroffene Individuen sollen diesbezüglich frühzeitig aufgeklärt und beraten werden.

Eine allergologische Abklärung, das heisst Epikutantestung unter Berücksichtigung auch berufstypischer Testempfehlungen (7) und Relevanzbeurteilung positiver Testergebnisse, ist in der Regel erforderlich. Aufgrund der bestehenden diagnostischen Lücke, durch die etwa 15 Prozent der bestehenden Kontaktallergien nicht mit kommerziellen Epikutantestsubstanzen aufgedeckt werden können, kommt der Testung von Eigensubstanzen bei der allergologischen Abklärung besondere Bedeutung zu. Sie folgt besonderen Regeln und setzt die Verdünnung der patienteneigenen Produkte auf eine geeignete Testkonzentration voraus (8).

Die Hautexposition eines Betroffenen mit chronischen Handekzemen gegenüber Irritantien muss ermittelt werden. Feuchtarbeitsplätze mit direktem Hautkontakt mit feuchtem Milieu für mehr als 2 Stunden täglich oder das Tragen feuchtigkeitsdichter Handschuhe für mehr als 2 Stunden pro Tag oder mehr als 10-maliges Händewaschen stellen eine intensive Belastung der Hautbarriere dar.

Teilweise werden – jenseits der Empfehlungen eines Hautschutzplans – Verschmutzungen der Hände mit dafür nicht geeigneten Lösungsmitteln entfernt.

Der Austausch von identifizierten beruflichen und privaten Kontaktallergenen und Irritantien ist notwendig.

Beruflich und privat ist es erforderlich, Hautschutzmassnahmen zu optimieren. Diese umfassen neben geeignetem Handschuhmaterial auch die Anwendung von an die Kontaktstoffe angepassten Hautschutzpräparaten vor der Arbeit sowie milde Hautreinigung und regenerierende Hautpflege nach der Arbeit.

Häufig besteht am Arbeitsplatz zwar ein Hautschutzplan, der diese Komponenten umfasst, aber in der Praxis nicht zur Anwendung kommt. Berufsgruppentypische Schulungen können zur Akzeptanz und Anwendung beitragen.

Begleitend zur oben genannten Optimierung der Hautschutzmassnahmen sind eine engmaschige dermatologische Verlaufskontrolle und eine Therapieanpassung erforderlich.

Medikamentöse Therapie

Für eine erfolgreiche medikamentöse Therapie eines chronischen Handekzems ist die Identifikation und Ausschaltung beziehungsweise Begrenzung der auslösenden, oben genannten Faktoren erforderlich.

Nach dermatologischem Erfahrungswissen kommen in der Behandlung von Ekzemen viele Wirkstoffe zum Einsatz (z.B. Steinkohlenteer, Harnstoff, Polidocanol, Salicylsäure, Gerbstoffe, Antiseptika, Silbersulfadiazin, Cignolin). Eingang in das therapeutische Stufenschema der bis im November 2013

Tabelle:

Therapiestufen des Handekzems

Basistherapie	Reduktion/Vermeidung von Triggerfaktoren Hydratation der Haut Emollienzen Einsatz von Hautschutzmassnahmen
Therapiestufe 1	topische Glukokortikosteroide, Wirkstärkeklasse 1 und 2 nach Niedner (10) topische Calcineurininhibitoren antipruriginöse Wirkstoffe antiseptische Wirkstoffe Iontophorese
Therapiestufe 2	zusätzlich zu Massnahmen der Stufe 1: topische Glukokortikosteroide, Wirkstärkeklasse 3 und 4 UV-Therapie Alitretinoin
Therapiestufe 3	zusätzlich zu Massnahmen der Stufen 1 und 2: systemische immunmodulierende Therapie (z.B. Alitretinoin, systemische Glukokortikosteroide, Ciclosporin)

Eine stadiengerechte Anpassung nach Schweregrad des Ekzems ist erforderlich (2).

gültigen Leitlinie (siehe dazu AWMF-Leitlinie «Management von Handekzemen»; www.awmf.org/leitlinien/leitliniensuche.html) haben jedoch nur Wirkstoffe gefunden, deren Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien belegt ist. Die individuell anzuwendende Stufentherapie richtet sich nach der Schwere des Handekzems, die neben der klinischen Erscheinungsform auch das Ansprechen auf eine adäquate antiekzematöse Therapie berücksichtigt (2):

- ❖ Leichte Handekzeme heilen unter adäquater Therapie und Mitwirkung des Patienten schnell, das heisst innerhalb weniger Wochen, ab (→ Therapiestufe 1).
- ❖ Mittelschwere Handekzeme bestehen trotz adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung des Patienten mehrere Wochen (→ Therapiestufe 2).
- ❖ Schwere Handekzeme weisen ausgedehnte, dauerhafte und rezidivierende Hautveränderungen von erheblichem Krankheitswert, zum Beispiel Rhagaden, ausgeprägte Lichenifizierung und Infiltration, auf (→ Therapiestufe 2).
- ❖ Als chronisch werden Handekzeme bezeichnet, die über einen Zeitraum von 3 Monaten trotz adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung des Patienten nicht zur Abheilung kommen beziehungsweise innerhalb von 12 Monaten mindestens zweimal rezidivieren (→ Therapiestufe 3).

Die antiekzematöse Lokalthherapie der ersten Wahl umfasst bei Handekzemen auf allen Therapiestufen neben der Basistherapie ein lokales Steroid, das in seiner Wirkstärkeklasse (10) der Ekzemschwere angepasst werden muss (siehe *Tabelle*).

Bei Vorliegen einer «Kortisonangst», die grösstenteils nicht zwischen systemischer und lokaler Anwendung unterscheidet, ist es für die Compliance des Patienten wesentlich, dass der Arzt diesen Aspekt proaktiv anspricht. Da sich ältere und neuere Präparate unabhängig von ihrer Wirkstärkeklasse im Verhältnis der Summe der erwünschten zu den unerwünschten Wirkungen unterscheiden, ist es zum Teil bereits hilfreich, dies mit dem Patienten zu besprechen, um die Akzeptanz des verordneten Glukokortikoids zu steigern. Mithilfe des Therapeutischen Index (TIX) ausgedrückt: Je höher der TIX-Wert (Maximum 2) ist, desto günstiger ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die antiekzematös wirksame Substanzgruppe der Calcineurininhibitoren (Pimecrolimus [Elidel® 1%], Tacrolimus [Protopic®]) ist nur bei (Hand-)Ekzemen atopischer Genese zugelassen.

Auch die Grundlage muss der Ekzemmorphe angepasst werden. Bei nässenden Ekzemen sind Lokalthapeutika mit einem höheren Wasseranteil (z.B. Cremes, Milch), bei trockenen (stärker infiltrierten, schuppenden) Ekzemen Lokalthapeutika mit einem höheren Fettanteil (Salben) vorteilhaft. Sofern eine konsequent umgesetzte stadiengerechte Lokalthherapie unter Einbezug von Präventionsmassnahmen zum Hautschutz im beruflichen und privaten Umfeld nicht zur Besserung und Abheilung des Befunds führt, sind eine erneute Überprüfung der Diagnose und Differenzialdiagnosen sinnvoll. Bei gesicherter Diagnose eines chronischen Handekzems und bei einer refraktären Therapie über Wochen auf die bereits ausgeschöpfte Lokalthherapie einer Therapiestufe ist der zu erwartende Benefit einer protrahierten Fortführung dieser Therapie gering. In diesem Fall ist, mit dem Ziel der Abheilung, leitlinienkonform eine frühzeitige Anpassung und Intensivierung der Therapie erforderlich, gegebenenfalls

unter intensivierten stationären Behandlungsbedingungen und/oder Einsatz einer Systemtherapie.

Als systemisch eingesetzter Wirkstoff ist derzeit ausschliesslich Alitretinoin (Toctino®, Standarddosierung 30 mg p.o./Tag) für die Therapie chronischer und schwerer Handekzeme zugelassen. Die Wirksamkeit ist in grossen kontrollierten Studien belegt (9), der Wirkungseintritt erfolgt in der Regel erst nach 4- bis 6-wöchiger Therapiedauer.

Vor dem leitlinienkonformen Einsatz einer antiekzematösen Systemtherapie müssen Kontraindikationen überprüft und der Patient muss über Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt werden (z.B. ist es bei bekannter teratogener Wirkung von Alitretinoin erforderlich, dass Männer während und nach der Einnahme kein Blut spenden und Frauen ein Schwangerschaftsverhütungsprogramm einhalten). ❖

Prof. Dr. med. Vera Mahler
Hautklinik Universitätsklinikum Erlangen
Hartmannstrasse 14
D-91052 Erlangen
E-Mail: vera.mahler@uk-erlangen.de

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Susman R.L.: *Oreopithecus bambolii*: an unlikely case of hominid-like grip capability in a Miocene ape. *J Hum Evol* 2004; 46: 105–117.
2. Diepgen T.L., Elsner P., Schliemann S., Fartasch M., Köllner A., Skudlik C., John S.M., Worm M.: Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Management von Handekzemen, Leitlinie ICD-10-Ziffer: L20. L23. L24. L25. L30. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7 Suppl 3: 1–16.
3. Dickel H., Kuss O., Blesius C.R., Schmidt A., Diepgen T.L.: Occupational skin diseases in Northern Bavaria between 1990 and 1999: a population-based study. *Br J Dermatol* 2001; 145: 453–462.
4. Apfelbacher C., Akst W., Molin S., Schmitt J., Bauer A., Weisshaar E., Mahler V., Treichel S., Ruzicka T., Luger T., Elsner P., Diepgen T.L.: CARPE: ein Registerprojekt der DDG zur Charakterisierung und Versorgung des schweren chronischen Handekzems. *JDDG* in Druck.
5. Mahler V.: Occupational Contact Dermatitis: Chefs and Food Handlers, in: Johansen J.D., Frosch P.J., Lepoittevin J.P. (Herausgeber): *Contact Dermatitis*, Springer Heidelberg, Fifth edition 2011, 853–864.
6. Mahler V.: Skin protection in the healthcare setting. *Curr Probl Dermatol* 2007; 34: 120–132.
7. Geier J., Krautheim A., Lessmann H.: Allergologische Diagnostik und aktuelle Allergene in der Berufsdermatologie. *Hautarzt* 2009; 60: 708–717.
8. De Groot A.C.: *Patch testing. Test Concentrations and Vehicles for 4350 Chemicals*. acdegroot publishing, 2010, 3rd Edition.
9. Ruzicka T., Lynde C.W., Jemec G.B., Diepgen T., Berth-Jones J., Coenraads P.J., Kaszuba A., Bissonnette R., Varjonen E., Holló P., Cambazard F., Lahfa M., Elsner P., Nyberg F., Svensson A., Brown T.C., Harsch M., Maares J.: Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Br J Dermatol* 2008; 158: 808–817.
10. Niedner R.: Glukokortikosteroide in der Dermatologie. Kontrollierter Einsatz erforderlich. *Deutsches Ärzteblatt* 1996; 93: A 2868–A 2872.