



Kurzpräsentation (Leitlinienimplementierungshilfe)

S2k-Leitlinie „Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems“

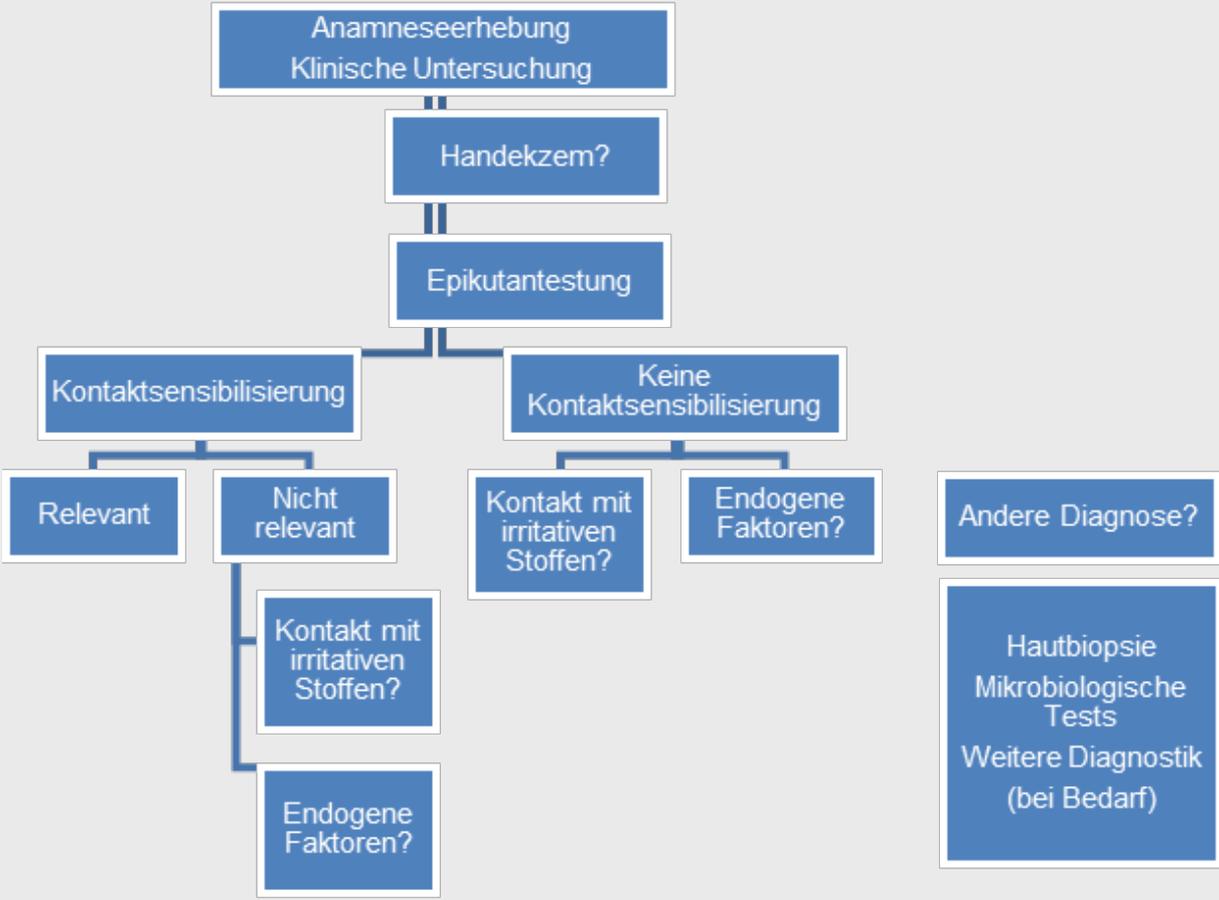
AWMF-Registernr. 013-053, 2023 (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-053>)

1. Klassifikation

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
<p>Es soll die folgende Klassifikation des Handekzems verwendet werden:</p> <p>Ätiologische Subtypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ irritatives Kontaktekzem ○ allergisches Kontaktekzem ○ Proteinkontaktdermatitis (mit und ohne Kontakturtikaria) ○ atopisches Handekzem <p>Klinische Subtypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ hyperkeratotisches HE ○ akut rezidivierendes vesikuläres HE ○ nummuläres HE ○ Pulpitis (Fingerkuppen-Ekzem) <p>Mischformen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehr als ein ätiologischer und klinischer Subtyp z. B. ätiologisch kombiniertes irritatives Kontaktekzem und atopisches HE 	↑↑	94% (15/16) Expertenkonsens 1 Enthaltung

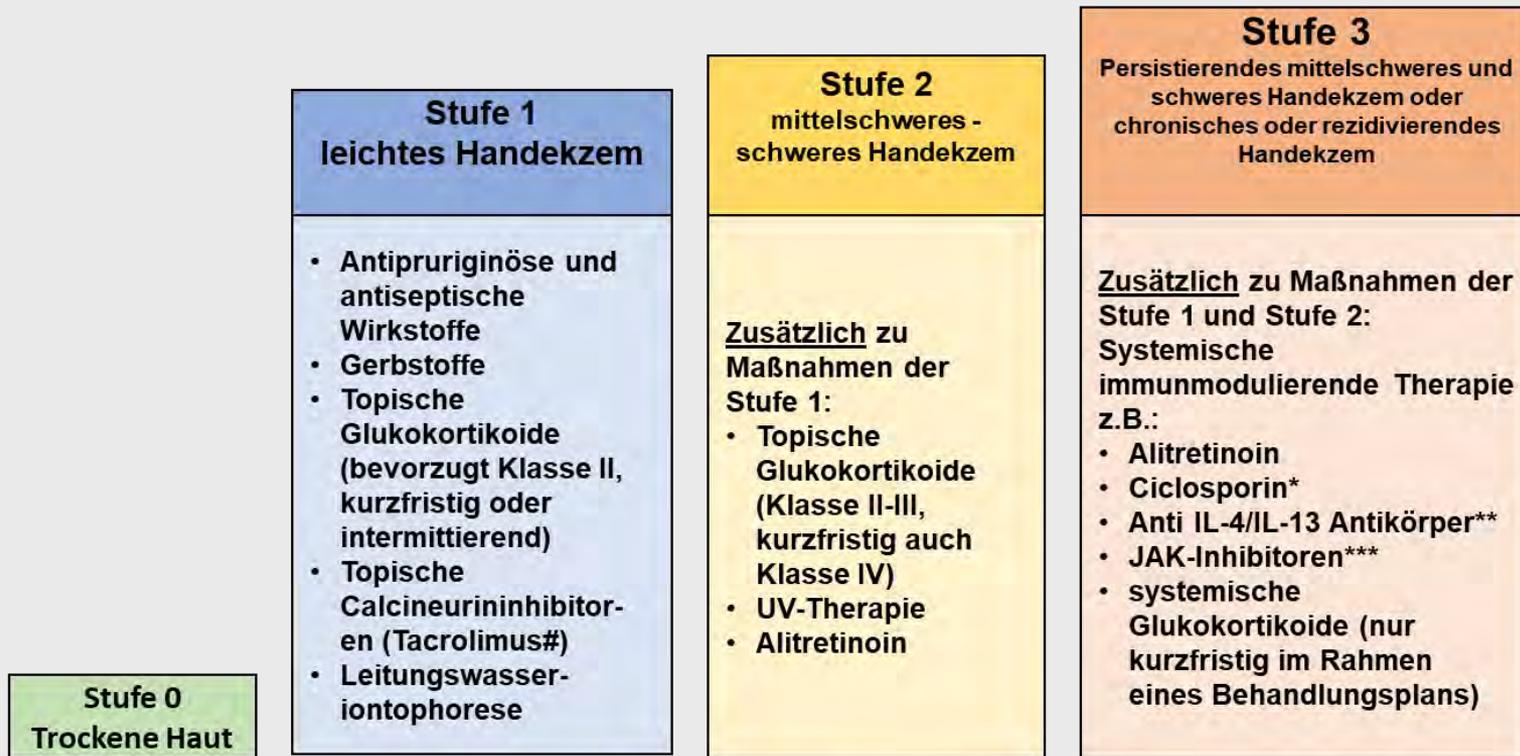
2. Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Eine sorgfältige Anamnese (inkl. persönliche und berufliche Exposition) soll erhoben werden und eine klinische Untersuchung der Hände und des gesamten Integuments durchgeführt werden.	↑↑	90% (9/10) Expertenkonsens 1 Enthaltung
Es soll eine Epikutantestung erfolgen, wenn – das HE, länger als 3 Monate besteht <u>oder</u> - bei Nichtansprechen auf eine geeignete Therapie - <u>oder</u> bei klinischem Verdacht auf eine Kontaktallergie.	↑↑	90% (9/10) Expertenkonsens 1 Enthaltung
Die Epikutantestung soll mit der Standardreihe (*) durchgeführt werden. Diese soll je nach Exposition um ausgewählte zusätzliche Reihen/Allergene/patienteneigene Substanzen erweitert werden. *https://dkg.ivdk.org/testreihen.html#a001	↑↑	90% (9/10) Expertenkonsens 1 Enthaltung
Jede positive/allergische Epikutantestreaktion soll auf ihre klinische Relevanz hin überprüft werden.	↑↑	90% (9/10) Expertenkonsens 1 Enthaltung
Ein repetitiver offener Applikationstest (ROAT) kann in Betracht gezogen werden, um eine falsch-positive Epikutantestreaktion auszuschließen und eine Sensibilisierung nachzuweisen.	0	90% (9/10) Expertenkonsens 1 Enthaltung
Bei negativen bzw. fraglich positiven Epikutantestreaktionen und anhaltendem Verdacht auf eine Kontaktallergie sollte der Abriss-Epikutantest durchgeführt werden (**), um falsch-negative Reaktionen auszuschließen und eine Sensibilisierung nachzuweisen. (Aufgrund der geringen Umsetzung im Alltag wird an dieser Stelle von der Empfehlung der S3-Leitlinie „Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln“ abgewichen)	↑	100% (9/9) Expertenkonsens 1 Enthaltung



3. Prävention

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Zur Reduktion der HE-Inzidenz in Risikoberufen soll so früh wie möglich eine Schulung zu geeignetem Hautschutz erfolgen, am besten bereits während der Berufsausbildung und regelmäßig während der Berufsausübung.	↑↑	82% (9/11) Expertenkonsens
Individuelle Beratung/Schulung sind wirksame Strategien zur Sekundärprävention des berufsbedingten HE bei Personen, die in Risikoberufen arbeiten, wie z. B. Beschäftigte im Gesundheitswesen, im Friseurgewerbe, in der Lebensmittelverarbeitung oder Reinigungskräfte.	State ment	100% (12/12) Expertenkonsens
Personen mit berufsbedingtem HE soll eine gesundheitspädagogische Intervention angeboten werden, um sie zu motivieren und zu befähigen, einen adäquaten Hautschutz anzuwenden und sich für die eigene Gesundheit selbstbestimmt und eigenverantwortlich einzusetzen.	↑↑	100% (12/12) Expertenkonsens
Bei betroffenen Personen mit HE sollen so früh wie möglich Strategien zur Sekundärprävention angewendet werden, um ein Rezidiv oder ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern.	↑↑	100% (12/12) Expertenkonsens
Bei Personen mit schwerem HE oder CHE sollen Maßnahmen der Tertiärprävention durchgeführt werden, um den Schweregrad und die negativen Folgen der Erkrankung zu verringern und so eine bessere langfristige Kontrolle zu erreichen.	↑	100% (12/12) Expertenkonsens



Regelmäßige Hautpflege, Vermeidung oder Reduktion von Triggerfaktoren, Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen

zugelassen bei Kindern ab 2 Jahren (0,03%) und Erwachsenen (0,1%) mit mittelschwerer und schwerer atopischer Dermatitis*zugelassen bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis; keine Kombination mit UV-Therapie; **Dupilumab zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer AD bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und schwerer AD bei Kindern von 6 bis 11 Jahre; Tralokinumab zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis; *** Abrocitinib und Baricitinib zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen; Upadacitinib zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis

Definition: Schwere und Chronizität von Handekzemen

Leichte Handekzeme

heilen bei adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung des Patienten schnell wieder ab

Mittelschwere Handekzeme

bestehen trotz adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung des Patienten Wochen bis Monate

Schwere Handekzeme

ausgedehnte dauerhaft oder rezidivierende Hautveränderungen von erheblichen Krankheitswert mit z.B. Rhagaden, ausgeprägter Lichenifikation und Infiltration

Chronische Handekzeme

halten länger als drei Monate an oder treten mindestens 2-mal oder häufiger pro Jahr auf

Der Schweregrad des Handekzems kann auch mit folgenden validierten Instrumenten eingeschätzt werden:

1. Hand Eczema Severity Index (HECSI)* (abgeheilt 0; fast abgeheilt 1-16; moderat 17-37; schwer 38-116; sehr schwer ≥ 117)
oder
2. Photographic guide (Handekzembilder: abgeheilt, fast abgeheilt, moderat, schwer und sehr schwer)**

*Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. Br J Dermatol. 2005 Feb;152(2):302-7. Oosterhaven JAF, Schuttelaar MLA. Responsiveness and interpretability of the Hand Eczema Severity Index. Br J Dermatol. 2020 Apr;182(4):932-939.

** Coenraads PJ, Van Der Walle H, Thestrup-Pedersen K, et al. Construction and validation of a photographic guide for assessing severity of chronic hand dermatitis. Br J Dermatol. 2005; 152: 296-301.

Allgemeine Therapieprinzipien

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Ursächliche exogene Faktoren sollen identifiziert und vermieden werden.	↑↑	100% (10/10) Expertenkonsens

Basistherapeutika (Hautpflegemittel)

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Die regelmäßige Anwendung von Basistherapeutika (Hautpflegemitteln) soll bei allen HE-Patient*innen erfolgen.	↑↑	100% (12/12) Expertenkonsens

Topische Glukokortikoide

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Ursächliche exogene Faktoren sollen identifiziert und vermieden werden.	↑↑	100% (10/10) Expertenkonsens
Zur Erhaltungstherapie kann eine intermittierende Behandlung mit topischen Glukokortikoiden (bevorzugt Klasse II oder III) eingesetzt werden.	0	100% (12/12) Expertenkonsens
Es sollen topische Glukokortikoide mit geringem atrophogenem Potenzial verwendet werden.	↑↑	100% (12/12) Expertenkonsens

Topische Calcineurin-Inhibitoren

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Tacrolimus*-Salbe (0,1%) kann für die Kurzzeittherapie bei der Behandlung von HE eingesetzt werden.	0	100% (11/11) Expertenkonsens
Zur Erhaltungstherapie kann eine proaktive Therapie mit Tacrolimus*-Salbe (0,1%) eingesetzt werden.	0	100% (12/12) Expertenkonsens

*off-label (sofern die Behandlung nicht bei „atopischem Handekzem“ erfolgt)

Morphe	angenommene Wirkung	Basistherapie/unterstützende Lokalthherapie (Beispiele)
vesikulär, „dyshidrosiform“	austrocknend, adstringierend	<ul style="list-style-type: none"> • synthetische Gerbstoffe (tanninartig), • Lotio alba, Pasta exsiccans NRF, (fett-)feuchte Umschläge • bei Kombination mit Hyperhidrosis evtl. Aluminiumchloridhexahydrat, Leitungswasseriontophorese (s. AWMF-Leitlinie [220])
nässend/ superinfiziert	austrocknend, desinfizierend, antibakteriell	<ul style="list-style-type: none"> • Grundregeln der topischen Therapie: „feucht auf feucht“ • (fett-)feuchte Umschläge • Chlorhexidin, Polyhexanid, Octenidin, Clioquinol
Hyperkeratosen/ Rhagaden	keratolytisch, antiproliferativ	<ul style="list-style-type: none"> • salicylsäurehaltige Salben ($\leq 10\%$ auch unter Okklusion) • harnstoffhaltige Salben • Hydrokolloid-Verbände (Rhagaden) • Cignolin
subakute Ekzemreaktion/ Lichenifikation	antiinflammatorisch/ antipruriginös, rückfettend	<ul style="list-style-type: none"> • ichthyolhaltige Externa • Polidocanol (Macrogollaurylether), Harnstoff in Externa
trocken, schuppig	Rückfettung, Ekzempophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Grundregel der topischen Therapie: Rückfettung mit Öl-in-Wasser- oder Wasser-in-Öl-Emulsion • glycerinhaltige Basiscreme etc.

Phototherapie

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Bei erwachsenen Patient*innen mit moderat bis schwerem CHE, das therapierefraktär auf topische Glukokortikoide ist, sollte eine Phototherapie (topische PUVA, Schmalband-UVB, UVA1) der Hände erfolgen.	↑	100% (11/11) Expertenkonsens
Wegen der Assoziation langfristiger unerwünschter Wirkungen mit der kumulativen UV-Dosis soll die Phototherapie nicht für Langzeitbehandlungen verwendet werden.	↓↓	100% (11/11) Expertenkonsens

4. Therapie – systemisch

Empfehlung	Stärke	Zustimmung
Alitretinoin soll bei Patient*innen mit mittelschwerem bis schwerem CHE eingesetzt werden, wenn eine topische und/oder Phototherapie alleine nicht ausreichend wirksam sind.	↑↑	100% (11/11) Expertenkonsens
Ein oraler Glukokortikoidstoß kann in Einzelfällen bei akuten und schweren Entzündungen in Kombination mit anderen Therapeutika, als Teil eines Behandlungsplans z. B. zu Beginn einer systemischen Behandlung mit langsamerem Wirkungseintritt eingesetzt werden.	0	100% (10/10) Expertenkonsens
Ciclosporin* sollte bei Patient*innen mit mittelschwerem bis schwerem CHE eingesetzt werden, bei denen Refraktärität oder Kontraindikationen gegenüber der Erst- und Zweitlinientherapie bestehen.	↑	100% (10/10) Expertenkonsens
Azathioprin** kann bei Patient*innen mit mittelschwerem bis schwerem CHE, bei denen Refraktärität oder Kontraindikationen gegenüber der Erst- und Zweitlinientherapie bestehen, eingesetzt werden.	0	100% (10/10) Expertenkonsens
Methotrexat** kann bei Patient*innen mit mittelschwerem bis schwerem CHE, bei denen Refraktärität oder Kontraindikationen gegenüber der Erst- und Zweitlinientherapie bestehen, eingesetzt werden.	0	100% (10/10) Expertenkonsens
Acitretin** kann bei Patient*innen mit mittelschwerem bis schwerem CHE, bei denen andere Therapieoptionen nicht verfügbar oder kontraindiziert sind, eingesetzt werden.	0	100% (10/10) Expertenkonsens

*off-label (sofern die Behandlung nicht bei „atopischen Handekzem“ erfolgt); ** off-label

Die vorliegende Leitlinie hat eine Gültigkeit bis zum **TT.MM.**2017.

Beteiligte Experten und Fachgesellschaften

Name	Organisation
Prof. Dr. Andrea Bauer, MPH	ABD
PD Dr. Richard Brans	DKG
Prof. Dr. Randolph Brehler	AeDA
Dr. Marion Büttner	DDG
Prof. Dr. Heinrich Dickel	DKG
Prof. Dr. Peter Elsner	DDG
Prof. Dr. Manigé Fartasch	DDG
Prof. Dr. Swen-Malte John	ABD
Dr. Arno Köllner	BVDD
PD Dr. Julia-Tatjana Maul	DDG
Prof. Dr. Hans Merk	AeDA
Prof. Dr. Sonja Molin	DDG
Dr. Georgios D. Nikolakis	DDG
PD Dr. Sybille Schliemann	DDG
Prof. Dr. Christoph Skudlik	ABD
Prof. Dr. Elke Weisshaar	ABD
Prof. Dr. Thomas Werfel	DGAKI
Prof. Dr. Margitta Worm	DGAKI

Methodik: Martin Dittmann, Prof. Alexander Nast, Dr. Miriam Zidane, MSc

Versionsnummer: 2.0

Erstveröffentlichung: 11/2008

Überarbeitung von: 02/2023

Nächste Überprüfung geplant: 02/2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online