

Psoriasis

Berufsdermatologische Aspekte

Richard Brans, Institut für interdisziplinäre dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm), Universität Osnabrück

Zusammenfassung

Schuppenflechte kann sich ungünstig auf das Berufsleben auswirken. Dies gilt insbesondere, wenn Hände und Füße Hautveränderungen aufweisen. Die Psoriasis kann am Arbeitsplatz durch äußere Reize ausgelöst und verschlimmert werden. In diesem Fall sollte die Erkrankung dem Unfallversicherungsträger gemeldet werden, um Präventionsmaßnahmen und eine weitere Abklärung zu gewährleisten. Dadurch kann in vielen Fällen die Prognose verbessert und der Verbleib am Arbeitsplatz gesichert werden.

Schlüsselwörter: Psoriasis, Berufsdermatologie, Köbner-Phänomen

Abstract

Psoriasis may have a negative impact on the individual work performance, especially if hands and feet are affected. Psoriasis can be triggered and aggravated by external influences at work. In this case, in Germany, the statutory accident insurer should be involved in order to provide access to adequate prevention measures and further clarification. In many cases, this can improve the prognosis and enable the individual to remain at the workplace.

Key words: psoriasis, occupational dermatology, koebner phenomenon

Die Schuppenflechte ist eine chronische, anlagebedingte, entzündliche Systemerkrankung. In Deutschland sind circa zwei Prozent der Berufstätigen betroffen¹. Die häufigste Variante ist die Psoriasis vulgaris, die gekennzeichnet ist durch erythematosquamöse Plaques, insbesondere an den Ellenbogen, den Knien, im Sakralbereich und am behaarten Kopf. Eine Psoriasis palmoplantaris findet sich bei etwa 20 Prozent der Patienten mit Schuppen-

flechte². Diese geht mit scharf begrenzten erythematosquamösen Plaques, Verhornungen und Rhagaden an den Handflächen und/oder Fußsohlen einher. Auch die Beugeseiten der Finger und Zehen können beteiligt sein. Darüber hinaus zeigen sich häufig erythematosquamöse Plaques über den Finger- und Zehengelenken.

Eine Beteiligung der Hände findet sich häufiger bei Personen, die beruflich manuelle

Tätigkeiten ausführen. Betroffen ist dabei vor allem die dominante Hand³.

Einfluss der Psoriasis auf das Berufsleben

Die Psoriasis kann sich ungünstig auf das Berufsleben auswirken, vor allem, wenn Hände und Füße – denn diese werden in vielen Berufen besonders beansprucht⁴ – schwere Hautveränderungen wie Rhagaden aufweisen. Die Hautveränderungen können die Arbeitsfähigkeit einschränken und Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit verursachen. Im ungünstigsten Fall kann dies zur Arbeitslosigkeit führen^{5,6}. Die physische Belastbarkeit kann durch eine Psoriasis-Arthritis zusätzlich vermindert werden^{7,8}. Bei langfristigen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit können Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Bundesagentur für Arbeit oder beim Rentenversicherungsträger beantragt werden.

Einfluss des Berufslebens auf die Psoriasis

Die Psoriasis ist zwar eine anlagebedingte Erkrankung, es ist jedoch bekannt, dass sie auch durch äußere Reize ausgelöst und verschlimmert werden kann. Dieses Phänomen wurde nach dem Erstbeschreiber Heinrich Köbner (1834-1904) benannt⁹. Unter dem Köbner-Phänomen versteht man, dass ein unspezifischer Hautreiz die für eine Hauterkrankung typischen Hautveränderungen hervorruft. Als Synonym wird der Begriff „isomorpher Reizeffekt“ verwendet. Die Pathogenese ist bislang unklar und die Reizschwelle individuell unterschiedlich^{8,10,11}. Bei den Auslösern des Köbner-Phänomens kann es sich etwa um mechanische, thermische, chemische und entzündliche Einwirkungen auf die Haut handeln. Im Rahmen vieler beruflicher Tätig-

Ihre Wahl bei Plaque-Psoriasis



4 MAL. MEHR LEBEN.

- Innovativer gezielter Wirkmechanismus
- Überzeugende Langzeitwirksamkeit bei guter Verträglichkeit^{1, 2}
- Signifikante Verbesserung der Lebensqualität³
- Einfache Anwendung alle 12 Wochen*

* in der Erhaltungstherapie

1. Gordon K et al., Poster-Präsentation EADV 2009 (07.-11.10.2009), Berlin, P1170. 2. Gordon K et al., Poster-Präsentation PSO 2010, Paris, P047. 3. Leonardi CL et al., Poster Präsentation EADV 2010 (06.-10. Oktober 2010), Göteborg, P653.

STELARA® 45 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, STELARA® 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Wirkstoff: Ustekinumab. **Zusammensetzung:** 1 Fertigspritze enth. 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml bzw. 90 mg Ustekinumab in 1,0 ml. Sonst. Bestandt.: Sucrose, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Wasser f. Injektionszw. **Anw.ggeb.:** STELARA® ist für d. Bhdg. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, bei denen and. systemische Therapien einschl. Ciclosporin, Methotrexat u. PUVA nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind od. nicht vertragen wurden. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Ustekinumab od. and. Bestandt.; klin. relevante aktive Infektion (z.B. aktive Tuberkulose); Pat. unter 18 Jahren; Schwangerschaft; Stillzeit (b. Entschdg. üb. Aussetzen d. Stillens währ. d. Bhdg. u. bis zu 15 Wo. danach od. Aussetzen d. Therapie m. STELARA® muss Nutzen d. Stillens für d. Kind m. Nutzen d. Therapie für d. Frau abgewogen werden). **Vorsicht bei:** Pat. mit chron. Infekt. od. einer rezidiv. Infektion in d. Anamnese. Immunsuppressiva wie STELARA® können d. Risiko v. malignen Tumoren u. d. Risiko v. Infektionen erhöhen u. latente Infektionen reaktivieren. Pat. mit malignen Tumoren (auch in d. Vorgeschichte). Bhdg. v. latenter Tuberkulose muss vor Verabreichg. v. STELARA® eingeleitet werden. Anti-Tuberkulose-Bhdg. soll vor Verabr. v. STELARA® b. Pat. m. Anamnese v. latenter od. aktiv. Tuberkulose in Betracht gezogen werden, bei denen ein angem. Bhdg.verlauf nicht bestätigt werden kann. Pat. sollen angewiesen werden, mediz. Rat einzuholen, wenn Anzeichen od. Sympt. e. Infektion auftreten. Bei anaphylakt. od. and. schweren Überempfindl.reakt. soll d. Verabreichg. v. STELARA® sofort abgebrochen u. e. geeign. Therapie eingeleitet werden. Lebendvirus- od. Lebendbakterienimpfstoffe (z.B. Bazillus Calmette-Guérin (BCG)) sollen nicht gleichzeitig m. STELARA® verabreicht werden. Vor e. Impfung muss d. Anw. von STELARA® mind. 15 Wo. ausgesetzt werden u. kann frühestens 2 Wo. danach wieder aufgenommen werden. Vorsicht, wenn gleichzeitig and. Immunsuppressiva angewendet werden od. wenn e. Wechsel v. and. biolog. Immunsuppressiva erwogen wird. Ältere Pat.. Immuntherapie gg. e. Allergie. Pat. m. Latexüberempfindl. **Nebenwirk.:** *Sehr häufig:* Infekt. d. oberen Atemwege, Nasopharyngitis. *Häufig:* Cellulitis, Virusinfekt. d. oberen Atemwege, Überempfindl.reakt. (einschl. Hautausschlag, Urtikaria), Depress., Schwindel, Kopfschmerzen, pharyngale Schmerzen, verstopfte Nase, Diarrhö, Pruritus, Rückenschmerzen, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, Erythem an d. Injektionsstelle. *Gelegentl.:* Herpes zoster, Reakt. an d. Injektionsstelle (einschl. Schmerzen, Schwellung, Pruritus, Verhärtung, Hämorrhagie, Bluterguss und Reizung). *Selten:* schwere Überempfindl.reakt. (einschl. Anaphylaxie, Angioödem), Facialisparesie. **Warnhinw.:** Währ. d. Anw. u. für mind. 15 Wo. danach zuverlässige Verhütungsmethoden anwenden. Arzneimittel für Kinder unzugängl. aufbew.. **Stand d. Inform.:** 02/2012. **Verschreibungspflichtig. Janssen-Cilag GmbH, Neuss.**

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson



Foto: © Gina Sanders – Fotolia



Foto: © Gina Sanders – Fotolia

keiten sind besonders die Hände derartigen Reizen ausgesetzt. So können die Handhabung von Werkzeugen, Feuchtarbeit oder der Umgang mit hautreizenden Substanzen eine Psoriasis aktivieren. Bei knienden Tätigkeiten (z. B. Fliesenlegen) werden besonders die Knie durch Reibung und Druck belastet. Schlecht sitzende Schutzausrüstungen (Handschuhe, Schutzhelme, Sicherheitsschuhe) können ebenfalls an der Haut Druck und Reibung verursachen. Kennzeichen für einen Kausalzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ist ein arbeitskongruenter Verlauf der Hauterkrankung an beruflich belasteten Hautarealen¹².

Es gibt nur wenige epidemiologische Daten zur beruflich induzierten oder verschlimmerten Psoriasis. In der Literatur finden sich zumeist nur Fallberichte. Es werden unterschiedliche Berufe aufgeführt, die vor allem mit mechanischen oder anderen irritativen Reizen verbunden sind, wie Bäcker, Barkeeper, Buchbinder, Busfahrer, Reinigungskraft, Zahnarzt, Elektriker, Masseur, Mechaniker, Apotheker und Schneider¹³⁻¹⁷. Epidemiologische Untersuchungen an größeren Patientenkollektiven finden sich nur wenige. Im Rahmen einer schwedischen Studie wurden 246 Patienten mit beruflich bedingten Hautveränderungen an den Händen untersucht. Bei 16 Personen (6,5 %) wurde dabei eine Psoriasis diagnostiziert¹⁸. In einer Studie aus Italien wurde bei 3.000 Patienten mit beruflich bedingten Hautveränderungen in 1,2 % der Fälle eine Psoriasis festgestellt¹⁹. Die meisten Betroffenen berichteten über mechanische Belastungen am Arbeitsplatz. In einer Studie aus Deutschland wurden 1.901 Patienten untersucht, die wegen einer schweren, wahrscheinlich beruflich bedingten Hauterkrankung an einem stationären Heilverfahren teilgenommen haben. Die

meisten Patienten wiesen ein Handekzem auf. Bei 3,8 % (n = 73) der Patienten wurde eine Psoriasis an den Händen diagnostiziert. Bei 42 dieser Patienten konnte ein beruflicher Zusammenhang als wahrscheinlich angenommen werden. Als häufigste berufliche Triggerfaktoren wurden mechanische Belastungen und Feuchtarbeit festgestellt (Skudlik C. et. al., Publikation in Vorbereitung). In seltenen Fällen kann eine Psoriasis auch durch eine beruflich bedingte allergische Kontaktdermatitis provoziert werden²⁰⁻²².

Dass insgesamt nur wenige Fälle einer beruflich induzierten oder verschlimmerten Psoriasis dokumentiert sind, könnte daran liegen, dass die betroffenen Patienten berufliche Hautbelastungen vermeiden oder Risikoberufe frühzeitig aufgeben. Darüber hinaus sind die Ausprägung der Hautveränderungen und der Leidensdruck individuell unterschiedlich, sodass eine Vielzahl der Fälle wahrscheinlich nicht erfasst wird¹⁹. Möglicherweise stellen zum Teil jedoch auch die behandelnden Ärzte – anders als bei Ekzemerkrankungen – keinen Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und Psoriasis her.

Differenzialdiagnostik

Die größte Schwierigkeit besteht oft in der Abgrenzung einer Psoriasis der Hände von einem hyperkeratotischen Handekzem. Dies ist häufig weder klinisch noch histologisch möglich. Als Hinweise für eine Psoriasis können eine positive Familienanamnese und weitere typische Psoriasisläsionen an klassischen Lokalisationen gewertet werden. Auch Nagelveränderungen (Tüpfelnägel, Ölflecken oder Onychodystrophie) könnten auf eine Schuppenflechte hinweisen, ebenso Gelenksbeschwerden. Die Psoriasis persistiert meist über mehrere Wochen oder Monate, auch

wenn Triggerfaktoren gemieden werden. Wegen der schwierigen Abgrenzbarkeit zu Handekzemen sollte immer auch eine Epikutantestung mit beruflich und außerberuflich relevanten Allergenen durchgeführt werden, um ein kontaktallergisches Geschehen (auch als Triggerfaktor) auszuschließen.

Behandlung

Die Hautveränderungen sollten abhängig von der Schwere gemäß den allgemeinen Empfehlungen zur Therapie der Psoriasis behandelt werden²³. Hierzu zählen die Anwendung von rückfettenden und keratolytischen Externa (z. B. Salicylsäure, Harnstoff), weitere spezifische Lokalthérapien (mit unter anderem Cignolin, Vitamin-D3-Analoga, topischen Glukokortikosteroiden, LCD (Liquor carbonis detergens) oder Retinoiden), lokale UV-Lichttherapien (z. B. PUVA, UVB, Balneofototherapie) sowie systemische Therapien (z. B. mit Retinoiden, Methotrexat, Fumarsäureestern, Ciclosporin A oder Biologics).

Prävention

Im Rahmen der primären Prävention sollten junge Patienten mit Psoriasis vulgaris vor Aufnahme einer hautbelastenden Tätigkeit (mit z. B. mechanischer Belastung oder Feuchtarbeit) auf adäquate Schutzmaßnahmen hingewiesen werden²⁴. Besonders Patienten mit einer schweren Psoriasis der Hände sollten Risikoberufe meiden.

Unter Aspekten der sekundären und tertiären Prävention sollten Ärzte bei möglicherweise beruflich bedingten Hautveränderungen auch eine Psoriasis in Erwägung ziehen. In diesem Fall ist das Erstellen eines Hautarztberichtes an den Unfallversicherungsträger zur Einleitung eines Hautarztverfahrens indiziert, um Präventionsmaß-

Abb. 1, 2: Das Handhaben von Werkzeugen, Feuchtarbeit und der Kontakt mit hautreizenden Substanzen können eine Psoriasis aktivieren und verschlimmern. Dadurch kann die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen erheblich beeinträchtigt werden.

nahmen und eine weitere Abklärung zu gewährleisten²⁵.

Potenzielle Triggerfaktoren wie mechanische Belastungen oder Hautirritationen sollten möglichst vermieden oder zumindest reduziert werden. Dies gelingt zum Beispiel durch arbeitsorganisatorische oder technische Maßnahmen. Darüber hinaus sollten Werkzeuge an den Griffen abgepolstert und gepolsterte Schutzhandschuhe (anti-impact gloves) getragen werden²⁶. Bei knienden Tätigkeiten kommen auch Knieschoner infrage. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Schutzausrüstung nicht an der Haut scheuert oder zu eng sitzt. Den Betroffenen sollte die Teilnahme an einem Hautschutzseminar angeboten werden, wo sie bezüglich Hautschutzmaßnahmen und Auswahl adäquater Hautschutzprodukte geschult werden²⁷. Bei schweren Verläufen ist auch die Teilnahme an einem modifizierten stationären Heilverfahren indiziert²⁸.

Letzter Weg: Berufskrankheit

Falls diese Maßnahmen erfolglos bleiben, ist im Einzelfall auch die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit erforderlich und die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK-Nr. 5101) möglich. Es sollten dann berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und eine Umschulung in eine geeignete, leidensgerechte Tätigkeit erfolgen.

Literatur

- Schaefer I, Rustenbach SJ, Zimmer L et al. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany. *Dermatology* 2008;217(2):169-72.
- Kumar B, Saraswat A, Kaur I. Palmoplantar lesions in psoriasis: a study of 3065 patients. *Acta Derm Venereol* 2002;82(3):192-5.

- Kaur I, Handa S, Kumar B. Natural history of psoriasis: a study from the Indian subcontinent. *J Dermatol* 1997;24(4):230-4.
- Petty AA, Balkrishnan R, Rapp SR et al. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2):271-5.
- Pearce DJ, Singh S, Balkrishnan R et al. The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat* 2006;17(1):24-8.
- Meyer N, Paul C, Feneron D et al. Psoriasis: an epidemiological evaluation of disease burden in 590 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(9):1075-82.
- Verstappen SM, Watson KD, Lunt M et al. Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(8):1570-7.
- Wallenius M, Skomsvoll JF, Koldingsnes W et al. Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68(5):685-9.
- Kuner N, Hartschuh W, Khan-Durani B. Heinrich Kobner and the "isomorphic phenomenon". History and review of the literature. *Hautarzt* 2003;54(3):274-8.
- Baker BS, Powles AV, Lambert S et al. A prospective study of the Koebner reaction and T lymphocytes in uninvolved psoriatic skin. *Acta Derm Venereol* 1988;68(5):430-4.
- Telner P, Fekete Z. The capillary responses in psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1961;36:225-30.
- Skudlik C, John SM. Psoriasis and Work. In: Rustemeyer P, Elsner P, John SM et al, (eds). *Kanerva's Occupational Dermatology*. Springer Berlin, Heidelberg 2012, 349-352.
- Fisher AA. Occupational palmar psoriasis due to safety prescription container caps. *Contact Dermatitis* 1979;5(1):56.
- Kanerva L, Talvi A, Estlander T. Guess What! Occupational contact psoriasis. *Eur J Dermatol* 1998;8(3):217-8.
- Kanerva L, Estlander T. Occupational post-traumatic psoriasis. *Contact Dermatitis* 2001;44(5):317-8.
- Samitz MH. Repeated mechanical trauma to the skin: occupational aspects. *Am J Ind Med* 1985;8(4-5):265-71.
- Ancona A, Fernandez-Diez J, Bellamy C. Occupationally induced psoriasis. *Derm Beruf Umwelt* 1986;34(3):71-3.
- Agrup G. Hand eczema and other hand dermatoses in south Sweden. *Acta Derm Venereol* 1969;49(suppl 61):59-61.
- Moroni P, Cazzaniga R, Pierini F et al. Occupational contact psoriasis. *Derm Beruf Umwelt* 1988;36(5):163-4.
- Ebisch MA, Skudlik C, John SM. Berufsbedingte Psoriasis palmaris: Köbner-Phänomen, induziert durch allergisches Kontaktekzem bei Kontakt zu Kühlschmiermitteln. *Derm Beruf Umwelt* 2009;57:158-162.
- Hill VA, Ostlere LS. Psoriasis of the hands kobnerizing in contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1998;39(4):194.
- Spiewak R. Kobnerizing occupational contact allergy to thiuram in a farmer with psoriasis. *Contact Dermatitis* 2004;51(4):214-5.
- Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U et al. German S3-guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (short version). *Arch Dermatol Res* 2012;304(2):87-113.
- Wulfhorst B, Bock M, Skudlik C et al. Prevention of hand eczema – gloves, barrier creams and workers' education. In: Duus Johansen J, Frosch PJ, Lepoittevin JP (eds): *Contact Dermatitis*. Springer Berlin, Heidelberg 2011, 985-1028.
- John SM, Skudlik C, Romer W et al. Recommendation: dermatologist's procedure. Recommendations for quality assurance of the German Society of Dermatology (DDG) and the Task Force on Occupational and Environmental Dermatology (ABD). *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5(12):1146-8.
- Kwok T, Arrandale V, Skotnicki-Grant S. Repeated mechanical trauma to the hands: the use of anti-impaction gloves for treatment and return to work. *Dermatitis* 2009;20(5):278-83.
- Skudlik C, Breuer K, Junger M et al. Optimal care of patients with occupational hand dermatitis: considerations of German occupational health insurance. *Hautarzt* 2008;59(9):690,692-5.
- Skudlik C, Wulfhorst B, Gediga G et al. Tertiary individual prevention of occupational skin diseases: a decade's experience with recalcitrant occupational dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health* 2008;81(8):1059-64.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Richard Brans
 Institut für interdisziplinäre dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm)
 Fachbereich Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück
 Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück
 E-Mail: rbrans@rz.uni-osnabrueck.de