

HÅNDEKSEM

Operationelle retningslinier for udredning og behandling

T. Menné¹, N. Veien², M Sommerlund³, JD Johansen¹

*¹Dermato-allergologisk afd., Gentofte Hospital, ²Hudklinikken, Vesterbro 99, Ålborg,
³Dermatologisk afd., Århus Sygehus.*

på vegne af

Dansk Kontakt Dermatitis Gruppe

December 2009

Dansk Kontakt Dermatitis Gruppe (vilkårlig orden):

Christian Avnstorp, Hudklinikken, Roskildevej 264, Rødovre

Ove Kristensen, Hudklinikken, Bredgade 50, Kalundborg

Niels Veien, Hudklinikken, Vesterbro 99, Ålborg

Evy Paulsen, Dermatologisk afd., Odense Universitetshospital, Odense

Tove Agner, Dermato-venerologisk afd. Bispebjerg Hospital, Københavns Universitet, København

Niels Henrik Nielsen, Hudklinikken, Bindeledet 15, Bagsværd

Knud Kaaber, Hudklinikken, Bredgade 30, Herning

Susanne Vissing, Hudklinikken, Gl. Hovedgade 14, Hørsholm

Mette Sommerlund, Dermatologisk afd., Århus Universitetshospital, Århus

Grete Laurberg, Hudklinikken, Vesterbro 99, Ålborg

Jens Thormann, Hudklinikken, Skovgade 23C, Vejle

Torkil Menné, Dermato-allergologisk afd., Gentofte Hospital, Københavns Universitet, Hellerup

Klaus Andersen, Dermatologisk afd., Odense Universitetshospital, Odense

Berit Kristensen, Hudklinikken, Bredgade 50, Kalundborg

Bo Lasthein Andersen, Hudklinikken, Havnepladsen 3A, Svendborg

Anne Danielsen, Hudklinikken, Banegårdspladsen 1, København

Jeanne D. Johansen, Dermato-allergologisk afd., Gentofte Hospital, Københavns Univ., Hellerup

Indholdsfortegnelse

1. Definition af håndeksem.....	s. 3
2. Årsager til håndeksem.....	s. 3
3. Udredning af patienter med håndeksem.....	s. 4
3.1. Anamnese.....	s. 4
3.2. Objektiv beskrivelse og klinisk klassifikation.....	s. 4
Klassiske kliniske typer.....	s. 4
Kronisk fissureret eksem.....	s. 4
Recidiverende vesikuløst eksem.....	s. 5
Hyperkeratotisk palmart eksem.....	s. 5
Pulpit.....	s. 6
Interdigitalt eksem.....	s. 6
Nummulat eksem.....	s. 6
4. Udredningsprogram.....	s. 7
4.1 Initial eksponeringskortlægning.....	s. 7
4.2. Epikutantest.....	s. 7
4.3. Priktest.....	s. 7
4.4. Eksponeringskortlægning efter epikutantest.....	s. 8
Standarder for eksponeringskortlægning for kontaktallergener.....	s. 8
Standarder for eksponeringskortlægning for irriteranter.....	s. 8
5. Ætiologisk diagnose/klassifikation.....	s. 9
Allergisk kontakteksem på hænder.....	s. 9
Irritativt kontakteksem på hænder.....	s. 9
Protein kontaktdermatit.....	s. 9
Atopisk eksem.....	s. 9
Ætiologisk ikke klassificerbart håndeksem.....	s. 9
6. Information.....	s.10
6.1. Instruktion i brug af handsker.....	s.10
6.2. Instruktion i hudpleje.....	s.10
6.3. Information om allergier.....	s.10
7. Behandling.....	s.11
8. Arbejdsbetinget eksem.....	s.11
9. Patientforløb.....	s.12
10. Fremtiden.....	s.12

Dette dokument er en kort version af 'operationelle retningslinier for udredning og behandling af håndeksem', som findes i sin fulde udstrækning på www.videncenterforallergi.dk. Der henvises hertil ved behov for uddybende oplysninger, referencer og case-eksempler. Desuden vil man i den lange version kunne finde oplysninger om mulige interessekonflikter.

Fotografierne af håndeksem, der indgår i dette dokument, er taget af Niels Veien, Ålborg og bedes ikke anvendt i anden sammenhæng med mindre tilladelse er indhentet.

1. Definition af håndeksem

Håndeksem er en inflammatorisk hudsygdom klinisk kendetegnet ved rødme, vesikler, afskalning og keratoser. Sekundært kan opstå fissurer, ulcerationer og bakterielle infektioner overvejende med *Staphylococcus aureus*. I den topografiske afgrænsning accepteres samtidig medinddragen af håndled og evt. underarme.

Håndeksem er typisk en dynamisk proces, der strækker sig over år, og morfologien kan variere såvel klinisk som histologisk. Spongiose og vesikler kendetegner det akutte eksem, mens keratoser og fissurer ses ved det kroniske eksem. Generelt debuterer håndeksem som akut eksem og overgår derefter i en fase med kroniske forandringer evt. afløst af perioder med akutte udbrud. Andre forløbstyper er overvejende monomorfe, som recidiverende vesikuløst håndeksem og hyperkeratotisk palmart eksem. Et væsentligt symptom ved håndeksem er kløe, samt svie og smerte i forbindelse med fissurer.

2. Årsager til håndeksem

- Eksponering for irritanter i væsentligt omfang fx ved vådt arbejde
- Eksponering for kontaktallergener (kemiske stoffer) fx gummikemikalier i handsker
- Eksponering for proteiner fx via professionel håndtering af levnedsmidler
- Friktion ved hårdt manuelt arbejde
- Atopisk konstitution: atopisk eksem og i mindre grad atopiske slimhindsymptomer

Årsagerne kan forekomme enkeltvis eller i kombination.

Hudkontakt med irritanter fx i form af vådt arbejde, intensiv handskebrug, olier og mekanisk påvirkning er kendte risikofaktorer for håndeksem i særlig grad blandt patienter med atopisk dermatit. Det er vigtigt, at eksponeringerne beskrives og kvantificeres, da der ikke for nærværende findes andre positive udsagn til at definere diagnosen irritativt kontakteksem.

Kontaktallergi påvist ved epikutantest er en veletableret risikofaktor for håndeksem. Denne risikofaktor kan være særlig markant i specifikke erhverv. Kontaktallergi kan også opstå i privatlivet og være relateret til hobbyaktiviteter. Kontaktallergi er naturligvis kun en risikofaktor, hvis der foreligger en aktuell eller tidligere eksponering på hænderne for det aktuelle allergen (se senere). Kontaktallergi kan have en væsentlig betydning for debut og vedligeholdelse af håndeksem.

Systemisk kontakteksem kan vise sig som akut vesikuløst håndeksem (evt. med andre symptomer), hvis patienten peroralt indtager større mængder af et kemisk stof eller naturprodukt, for hvilket de har en positiv epikutantest. Tilstanden er relativt sjælden, bl.a. udløser de nikkelmængder, der almindeligvis indtages gennem maden, ikke en reaktion.

Hudkontakt med proteiner f.eks. ved professionel håndtering af levnedsmidler er en velkendt risikofaktor for håndeksem. Der kan være underdiagnostik af proteinkontaktdermatit blandt ikke-professionelt eksponerede. Kontaktreaktioner overfor proteiner er typisk af urtikariel type og varer ½ - 2 timer. Karakteristisk for gruppen, som reagerer på levnedsmidler, er brænden, svie og kløe sekunder til minutter efter kontakt med den pågældende fødevarer. Ved gentagen eksponering kan der udvikles eksem. Proteinkontakt kan føre til eksem uden forudgående urtikariel reaktion. De tilgrundliggende immunologiske mekanismer er dårligt belyst. IgE er utvivlsomt involveret i nogle reaktioner. Der er blandt patienter med proteinkontaktdermatit en overhyppighed af patienter, som har haft atopisk dermatit i barndommen.

Hårdt manuelt arbejde og gentagen friktion kan give anledning til eksem i håndfladerne og på fingrenes volarside f.eks. ved håndtering af emballage, bogbinding og gravearbejde.

Atopisk dermatit i barndommen og i mindre grad atopiske slimhindsymptomer er veldokumenterede risikofaktorer for udvikling af håndeksem i voksenalderen. Atopisk dermatit i barndommen er også generelt knyttet til dårlig prognose, både hvad angår sværhedsgrad og varighed. Personer med atopisk dermatit har formentlig samme risiko som baggrundsbefolkningen for at få kontaktallergi.

3. Udredning af patienter med håndeksem

3.1 Anamnesen omfatter oplysninger om:

- Disposition
- Astma eller rhinitis
- Atopisk eksem i barndom
- Psoriasis vulgaris
- Tidligere tilfælde af håndeksem eller andet eksem.
 - tidligere udredninger for allergi
- Debuttidpunkt og tidsmæssig relation til evt. eksponeringer
 - eksponeringer i hjemmet, ved fritidsaktiviteter og på evt. arbejdsplads
- Forløb
- Tidligere og aktuell behandling

3.2. Objektiv beskrivelse af håndeksemet og klassifikation i kliniske typer

Håndeksem er generelt en polymorf klinisk tilstand med væsentlige ændringer over tid. Betydningen af de objektive forandringer i relation til endogent/eksogent eksem er endnu ikke klarlagt, dvs. der er ingen entydig sammenhæng mellem morfologi og ætiologi.

Ved første konsultation foretages en beskrivelse af håndeksemets udbredning og morfologiske elementer. Desuden anføres det hvilken klassisk klinisk type, som håndeksemet hører til ved første konsultation, ligesom en opfølgning gennem forløbet er ønskværdigt.

Håndeksemet klassificeres i følgende kliniske typer:

- Kronisk fissureret eksem
- Recidiverende vesikuløst eksem
- Hyperkeratotisk palmart eksem
- Pulpit
- Interdigitalt eksem
- Nummulat eksem

Kronisk fissureret eksem

Tørt eksem med varierende antal vesikler lokaliseret dorsalt og volart på fingre eller overalt på hænderne, evt. med keratoser og fissurer. Denne morfe ses typisk ved måneder til år varende eksem.



Recidiverende vesikuløst eksem

Recidiverende udbrud af vesikler i håndflader og på siden af fingre evt. medinddragende fingrenes yderstykker. Udbruddet kan komme med uger til måneders mellemrum. Der kan være så hyppige udbrud, at eksemet kan fremtræde som kronisk eksem.



Hyperkeratotisk palmart eksem

Hyperkeratotiske forandringer i håndflader evt. gående ud på volarsiden af fingrene. Kan ledsages af fissurer. Adskiller sig fra psoriasis ved ikke at være inflammatorisk og ved at være uden psoriasisform afskalning. Udvikler sig ikke til psoriasis. Ingen ledsagende negleforandringer. Har aldrig vesikler og ses især blandt midaldrende mænd.



Pulpit

Keratotisk eksem på fingerpulpæ evt. med fissurer gående under neglene, især lokaliseret til 1-3 finger, men kan omfatte alle fingre.



Interdigitalt eksem

Eksem i den proximale del af fingerinterstitier med rødme, skældannelse og vesikler, evt. spredende sig til de tilgrænsende fingre og til knoerne.



Nummulat eksem

Nummulat eksem på håndrygge eller fingre. De velafgrænsede elementer er præget af rødme, keratoser, vesikler og evt. væsken. Nummulat eksem er hyppigt sekundært inficeret med *Staphylococcus aureus*.



4. Udredningsprogram

Udredningsprogrammet planlægges ud fra en gennemgang af patientens sygehistorie, den tidsmæssige sammenhæng mellem eksemudbrud og forskellige eksponeringer i hjemmet, herunder ved fritidsaktiviteter og på en evt. arbejdsplads.

Alle patienter med håndeksem udredes for kontaktallergi med epikutantest tilrettelagt efter en eksponeringskortlægning og med priktest, hvis det er relevant.

4.1 Initial eksponeringskortlægning

Gennemgang af de private og erhvervsmæssige eksponeringer for irriteranter og allergener skal målrettes den enkelte patient. Udsættelse for irriteranter og allergener kvantificeres (art, hyppighed, varighed), og der suppleres med gennemgang af produkter, datablade m.m., kontakt til producenter og arbejdsgivere og med virksomhedsbesøg i relevante tilfælde.

4.2 Epikutantest

Alle håndeksempatienter epikutantestes med Europæiske basisserie.

Hudplejemidler, lokalbehandlingsmidler og handsker, som har været anvendt af patienten, inkluderes i epikutantesten.

Der tages stilling til testning med andre produkter, der er hudkontakt med, fx skæreolier og planter.

Herudover tages der stilling til testning med udvalgte kemiske stoffer eller serier på basis af patientens eksponeringer. For nogle erhverv er der en generel viden om eksponeringer, som gør, at der er anbefalinger eller forslag til testserier. Dette gælder fx frisører, hvor Dansk Kontakt Dermatitis Gruppe har en anbefalet testserie, der som udgangspunkt bør anvendes i udredningen af erhvervsaktive frisører med håndeksem.

Det er vigtigt *ikke* at teste med produkter, der er stærkt lokalirriterende, ætsende eller sensibiliserende. Her konsulteres opslagsværker eller oversigtsartikler med henblik på konkrete anbefalinger.

Epikutantesten aflæses dag 3-4, optimalt også dag 7. Ved kun en aflæsning tabes ca. 20 % af de sandt positive reaktioner.

Bedømmelsen af udfaldet af epikutantestningen er udelukkende baseret på morfologiske kriterier. Patienten har per definition kontaktallergi, hvis der ved aflæsningen for et allergen er en eller flere reaktioner, der opfylder kriterierne for:

- +: Erythem, homogen infiltration
- ++: Erythem, homogen infiltration og vesikler
- +++ : Erythem, homogen infiltration og konfluerende vesikler

Man skal være kritisk ved aflæsningen af testreaktionerne. Det gælder især, hvis der testes med stoffer udenfor den Europæiske Basisserie, patienternes egne produkter, naturprodukter og kemikalier, for hvilke der ikke findes publiceret erfaring.

Det anføres i journal og ved henvisning, hvilket testsystem der har været anvendt til den enkelte patient, da de forskellige testsystemer, der anvendes, ikke er helt i overensstemmelse, hverken hvad angår sammensætning af de individuelle allergener eller deres biologiske reaktivitet.

4.3 Priktest

Der foretages enten prik-prik test med friske fødevarer (fx fisk, kød, grønt) eller priktest med standardiserede allergener (fx latex). En priktest er positiv ved reaktion med en diameter på mindst 3 mm. Der inkluderes en negativ og en positiv kontrol. Priktest med inhalationspanel kan udføres som led i udredning af en mulig atopisk komponent i håndeksemet. Håndeksempatienter med erhvervsmæssig eksposition for latex-handsker, må udredes for latexallergi med prik- og/eller RAST-test.

4.4 Eksponeringskortlægning efter epikutantest

Standarder for eksponeringskortlægning for kontaktallergener

Gentagne eksponeringer, også med lave koncentrationer af allergener, kan have betydning. Dette er relevant i relation til f.eks. eksponering for flydende sæbe og skæreolier.

Patienterne må som udgangspunkt antages at være eksponerede, og opgaven er med størst mulig sikkerhed at udelukke en sådan eksponering. For at opfylde dette gennemføres de relevante dele af de i det følgende nævnte undersøgelser afhængig af klinik, påviste allergier, eksemanamnese samt erhvervsanamnese:

- Produktdeklaration gennemgås, især velegnet ved eksponering for kosmetiske produkter, rengøringsmidler og lignende.
- Datablade gennemgås, især velegnet ved erhvervseksponeringer, fx for maling, lim og skæreolier.
- Kontakt med producenten for at få relevante produktsammensætninger og kemikalier til epikutantestning. Anvendes typisk som en opfølgning på gennemgang af datablade.
- Virksomhedsbesøg hvor der er mistanke om en eksponering, som ikke er blevet afdækket ved de ovennævnte punkter.
- Kemiske spottest. Velegnet til nikkel, krom og kobolt¹
- Formaldehydanalyser.
- Kemiske analyser efter aftale med speciallaboratorier.
- Identifikation af planter og træsorter efter aftale med specialiserede universitetsinstitutter.

Det er vigtigt især i erklæringer at anføre, hvilke konkrete trin, der er gennemført af eksponeringskortlægningen for at udelukke eksponering for allergener.

Eksponeringskortlægningen bør føre til en konklusion, hvorvidt der er aktuell relevans for håndeksem af de påviste kontaktallergier. Dansk Kontaktdermatitis Gruppe har udgivet en vejledning med eksempler på vurdering af relevans for konkrete allergener (www.videncenterforallergi.dk).

Standarder for eksponeringskortlægning af irriteranter

De almindeligste eksponeringer for irriteranter, der giver anledning til håndeksem, er af repetitiv art, såsom:

- vådt arbejde
- detergenter
- baser
- olieprodukter herunder skæreolier
- brug af handsker og
- mekaniske traumer fx friktion

Arbejdsprocedurer, private eksponeringer inkl. hobbyaktiviteter gennemgås med henblik på kvantificering af udsættelse for irriteranter, vådt arbejde og brug af tætsluttende handsker.

Således kortlægges antal timer med våde hænder daglig, antal håndvaske, antal handskeskift og antal timer, hvor der bæres tætsluttende handsker.

På baggrund af tyske standarder er vådt arbejde, der kan give anledning til irriterende håndeksem, defineret som:

- Våde hænder i mere end 2 timer i løbet af en arbejdsdag
- Hyppig håndvask eller hånddesinfektion
 - ofte defineret som mere end 20 gange dagligt
- Brug af tætsluttende handsker mere end 2 timer per arbejdsdag.

For øvrige irriteranter beskrives og kvantificeres udsættelserne.

¹ Dimethyl glyoximtesten bruges som spottest til at påvise nikkelfrigivelse fra blanke metalgenstande. Spottest til påvisning af krom og kobolt er under validering. Når disse er alment tilgængelige vil det blive annonceret på www.videncenterforallergi.dk

5. Ætiologisk diagnose

Uanset klinisk type af håndeksem (morfologi) skal håndeksemet forsøges klassificeret ætiologisk. Ætiologisk klassifikation af håndeksem foretages på basis af eksponeringskortlægningen for irriteranter og allergener og relevant allergitestning dvs. epikutantest og priktest.

Ætiologisk klassifikation af håndeksem omfatter grupperne:

- Allergisk kontakteksem
- Irritativt kontakteksem
- Protein kontaktdermatit
- Atopisk håndeksem

Alle typer overvejes enten alene eller i kombination.

Terminologien 'ikke ætiologisk klassificerbart håndeksem' anvendes, såfremt det ikke er muligt at klassificere håndeksemet inden for ovennævnte grupper og bør erstatte den tidligere anvendte betegnelse 'endogent eksem'. I denne gruppe vil man ofte finde recidiverende vesikuløst håndeksem og hyperkeratotisk palmart eksem.

Kriterier for klassifikation:

Allergisk kontakteksem på hænder

Diagnosen allergisk kontakteksem stilles på baggrund af:

- Positiv epikutantest for et kontaktallergen.
- Påvist eller sandsynliggjort udsættelse for det pågældende kontaktallergen på hænderne i forbindelse med håndeksem.

Irritativt kontakteksem på hænder

Udviklingen af irritativt kontakteksem afhænger af en individuel disposition. Såvel geno- som fænotypen er ubeskrevet. Der findes ingen test, som er prædiktiv for risikoen for at udvikle irritativt eksem eller som kan bekræfte den individuelle eksempatiens øgede følsomhed for irriteranter. Trods disse begrænsninger er det en velkendt klinisk og eksperimentel erfaring, at eksponering for irriteranter giver anledning til håndeksem

Diagnosen irritativt kontakteksem er derfor baseret på to elementer:

- Betydende eksponering for kendte irriteranter
- En tidsmæssig relation.

Protein kontaktdermatit

Protein kontaktdermatit defineres som håndeksem, hvor der er:

- betydende eksponering for proteiner (levnedsmidler, latex og andet biologisk materiale),
- en positiv priktest for de mistænkte emner eller evt. påvisning af specifikt IgE.
- positiv reaktion ved provokation med fx rå levnedsmidler direkte på let eksematiserede fingre (udføres kun i særlige tilfælde og kun hvis der er negativ prik/specifikt IgE)

Atopisk håndeksem

Håndeksem kan være led i atopisk eksem. Atopisk eksem kan være kompliceret af hver af de ovennævnte tilstande.

Ikke ætiologisk klassificerbart håndeksem

I ca. 25 % af håndeksem tilfælde vil der ikke være eksponeringsforhold eller tegn på atopisk eksem, som kan lægges til grund for en klassifikation.

6. Information

6.1 Instruktion i brug af handsker

Patienten instrueres i at benytte handsker ved vådt eller snavset arbejde på arbejdspladsen eller i hjemmet. Der findes en række forskellige handskematerialer. Valg af handsketype afhænger af, hvad der skal beskyttes imod. Tætte handsker af latex eller vinyl beskytter mod fugt, sæbe og andre hudirriterende stoffer samt mod mikroorganismer. Ved mere specialiserede funktioner findes tætte handsker af forskellige typer kunstgummi og plastforbindelser.

Handsketypen skal her afpasses efter den arbejdsfunktion, der er tale om og de kemiske forbindelser, der er risiko for at komme i hudkontakt med.

Tætte handsker anvendes *så længe det er nødvendigt, men så kort som muligt*. Hvis det er muligt, anvendes tynde bomuldshandsker under de tætsluttende handsker. Bomuldshandskerne skiftes, så snart de bliver klamme.

Såfremt patienten har allergi over for handskematerialer, rådgives patienten om hvilke type handsker, der kan anvendes fremover.

Handskematerialer ændres jævnligt. Opdateret information fås nemmest på internettet, bl.a. på følgende hjemmesider:

www.handskeguiden.dk

www.videncenterforallergi.dk

www.danderm.dk

www.dds.nu

6.2 Instruktion i hudpleje

Der er klinisk og eksperimentel evidens for, at brug af lipidrig fugtighedscreme kan fremme helingen og forebygge nye udbrud af eksem.

Hudplejemidler er en obligatorisk del af forebyggelse og behandling af håndeksem.

Hudpleje med en fugtighedscreme, der er så fedtet som praktisk muligt, er med til at genskabe hudens barrierefunktion. Cremen bør være uden parfume og med få indholdsstoffer, som kan kontaktsensibilisere.

Patienter med håndeksem instrueres i brug af fugtighedscreme som led i profylakse og behandling af håndeksem

Informationsfolderen om håndeksem fra Dansk Dermatologisk Selskab med råd om hudpleje og handskebrug anbefales udleveret til patienter med håndeksem

6.3 Information om allergier

Såfremt der bliver konstateret kontaktallergi over for ét eller flere kemiske forbindelser, undersøges det samtidig, om patienten udsættes for det pågældende stof på huden.

Patienten informeres om deres allergier, om hvad de betyder for eksemsygdommen og om, hvordan kontakt minimeres eller helt undgås. Patienten hjælpes evt. med gennemgang af produkter og miljø med henblik på sanering.

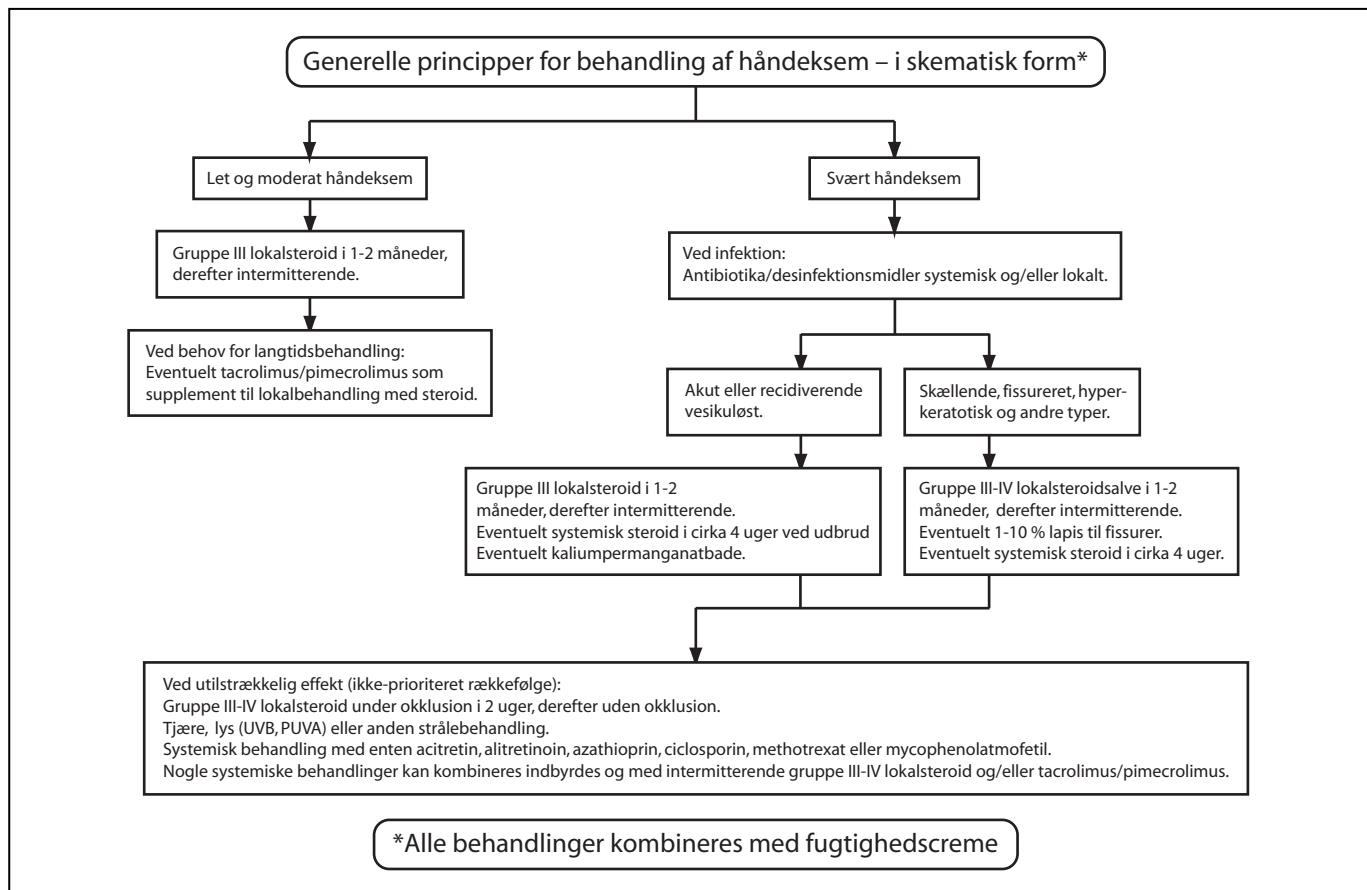
I det omfang, der foreligger en opdateret informationsfolder om det konkrete allergen fra Dansk Dermatologisk Selskab, anbefales det, at denne udleveres til patienten.

7. Behandling

Behandling af håndeksem skal målrettes den enkelte patient. Nyopstået håndeksem skal behandles hurtigt og effektivt for at forhindre, at personen får kronisk håndeksem. Samtidig iværksættes undersøgelse af eksemets ætiologi, og der instrueres om hudpleje og profylakse, som anført ovenfor.

Ved valg af behandling tages hensyn til eksemets sværhedsgrad, om det er akut eller kronisk og til morfen. Lokalsteroid er førstevalgs behandling af håndeksem. I reglen anvendes stærkt virkende lokalsteroider med konstant behandling i ca. 1 måned, derefter enten en behandlingsfri periode eller vedligeholdelsesbehandling.

En skematisk oversigt over de generelle behandlingsprincipper findes i nedenstående Figur 1.



8. Arbejdsbetinget eksem

Håndeksem som formodes helt eller delvist at være forårsaget af arbejdet, skal anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen og Arbejdstilsynet så snart mistanken opstår. Oplysninger om procedurer med videre kan findes på www.ask.dk

9. Patientforløb

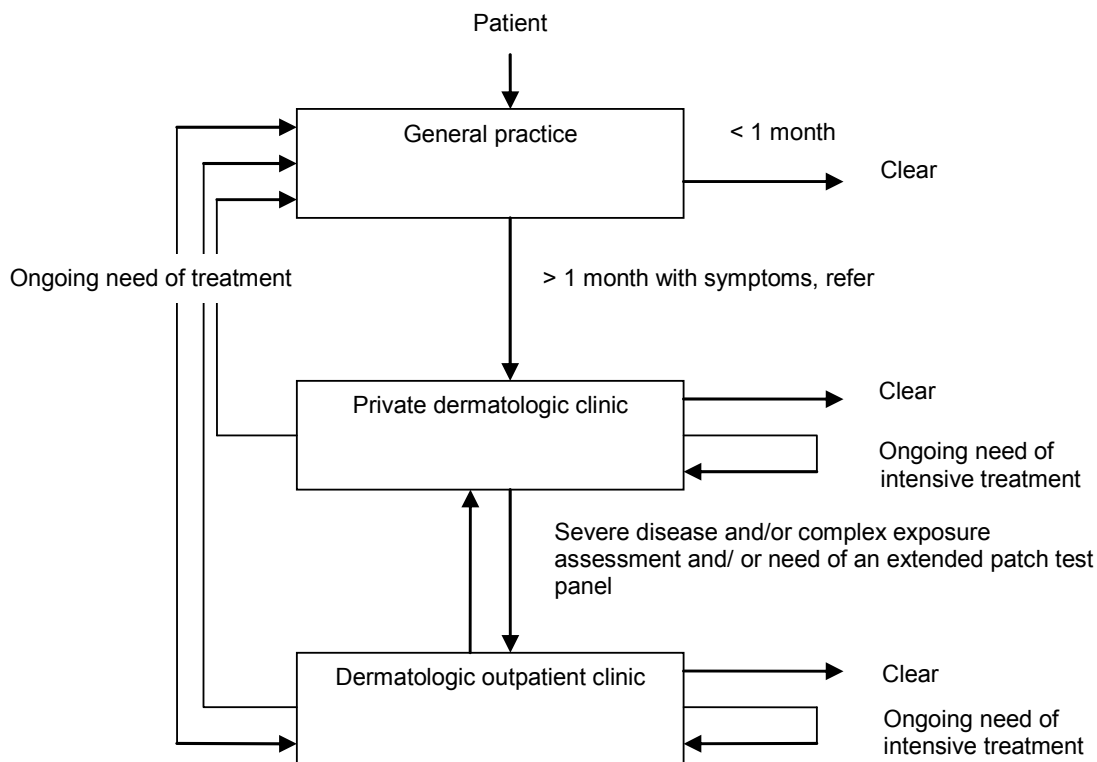
Jo længere tid, der går fra sygdomsdebut til patienten henvender sig til den praktiserende læge og jo længere tid, der går herfra og til der er stillet en præcis diagnose hos speciallæge, jo værre synes prognosen at være for håndeksem. En ny dansk undersøgelse af patientforløb for patienter med håndeksem underbygger dette. Derfor anbefales det, at patienter med håndeksem hurtigst muligt henvender sig til egen læge, der initierer behandling og instruerer i hudpleje og beskyttelse. Såfremt håndeksemet har bestået i mere end 1 måned eller der er tale om arbejdsbetinget håndeksem, bør patienten uden yderligere forsinkelse henvises til hudlæge.

Det anbefales, at patienter med håndeksem ses efter kortest mulig ventetid hos hudlægen. Dette gælder i særlig grad erhvervstruede patienter. Den diagnostiske udredning bør gennemføres hurtigst muligt og en ætiologisk diagnose stilles inden for 3 måneder fra henvendelsen til egen læge, som tidligere anbefalet for kontakteksem².

Visitation til regionsniveau eller højt specialiseret niveau afgøres af håndeksemets sværhedsgrad, evt. behandlingsresistens og sjældenhed, men også behov for kompleks diagnostik og behandling.

Skematisk oversigt i figur 2

Figur 2: Skematisk oversigt over mulige patientforløb (fra Hald M. Hand Eczema – severity and medical attendance in relation to prognosis. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet 2009)



10. Fremtidig diagnostik og behandling af håndeksem. Der er i øjeblikket betydelig forskning i genetiske polymorfier og mutationer, der kan have betydning for hudens barrierefunktion, allergen metabolisering og epidermal inflammation. Der er allerede identificeret mutationer med betydende indflydelse for risiko for udvikling af atopisk eksem og sandsynligvis også for visse typer af allergisk og irriterende eksem. I fremtiden vil eksponeringskortlægning for allergener og irritanter i kombination med resultatet af genetiske undersøgelser kunne danne baggrund for en individuel klassifikation af håndeksem og for individuel rådgivning og behandling.

Dansk Kontakt Dermatitis Gruppe, december 2009

² Referenceprogram om kontakteksem. Ugeskrift for Læger 1997: 159:suppl 6.