



Referenceprogram om kontakteksem

*Udarbejdet for Dansk Dermatologisk Selskab
af Den Danske Kontaktdermatitisgruppe*

Ad hoc-redaktion:

Tove Agner,
Klaus E. Andersen,
Christian Avnstorp,
sygeplejerske Lone Bergmann,
Lars Halkier-Sørensen,
Knud Kaaber,
Torkil Menné,
Kristian Thestrup-Pedersen,
Jens Thormann &
Niels Veien

Indholdsfortegnelse

Afgrænsning og mål	1
Epidemiologi	1
irritativt kontakteksem	1
allergisk kontakteksem	1
kontakturticaria	2
Kontakt med sundhedsvæsenet	2
Diagnostik	2
klinik	2
epikutantest	2
anvendelsestest	3
ekspositionsundersøgelser	3
biopsi	3
dyrkning	3
mykologisk undersøgelse	3
priktest og scratch-patchtest	3
Behandling	3
lokalsteroider	3
antibiotika	3
kaliumpermanganatbade	3
fugtighedscremer	3
tjærebehandling	3
UV-terapi	3
Bucky-behandling	3
immunsuppressiva	3
Sygemelding	4
Jobskifte	4
Information	4
profylaktiske foranstaltninger	4
opfølgning og kontrol	4
eksempler på informationsindsats	4
Sygepleje	4
dokumentation af ekspositioner	5
Sundhedsøkonomi	5
Kvalitetscheckpunkter	6
Tillæg om dokumentation og diagnostik	6
Litteratur	7

Afgrænsning og målsætning

Referenceprogrammet omhandler udredning og behandling af allergiske og irriterende kontakteksem samt kontakturticaria.

Formålet med referenceprogrammet er:

- at give en opdateret medicinsk orientering om emnet, inkl. epidemiologi, diagnostik, behandling, sygepleje og information,
- at beskrive patientforløbet, inkl. den organisatoriske tilrettelæggelse, opgavefordeling og samarbejdsrelationer mellem den primære og den sekundære sektor, idet der lægges særlig vægt på det tidsmæssige aspekt samt niveauet for udredningen af sygdommen,
- at beskrive profylaktiske muligheder, informationsindsats, muligheder for ekspositionsundersøgelser og opfølgning,
- at beskrive sundhedsøkonomiske overvejelser, herunder effekt af det foreslåede program sammenlignet med det traditionelle forløb,
- at beskrive mulige kvalitetscheckpunkter.

Epidemiologi

Kontakteksem rammer årligt ca. 10% af den voksne befolkning, dvs. ca. 400.000 danskere. Kontakteksemets ætiologi er et samspil mellem individrelaterede og komplicerede miljørelaterede faktorer. Kontakteksem er ofte lokaliseret til hænderne, som i særlig grad eksponeres for irriterende og allergener, men kan være lokaliseret overalt på kroppen. Kontakteksem omfatter en irriterende og en allergisk type. Desuden kan kontakturticaria ud over som nældefeber også vise sig som eksem.

Irritativt kontakteksem inddeles i akut og kronisk eksem, førstnævnte opstået efter et enkelt, kraftigt irriterende traume, sidstnævnte efter kumulativ påvirkning af en række svagere irriterende traumer. Disse kan være kemiske påvirkninger med vand, detergenter, olier, alkoholer eller andre lokalirriterende stoffer, men fysiske traumer som kulde, varme, stråling og friktion kan også være årsagen. Inden de kliniske symptomer på irriterende eksem fremkommer, kan der i en periode være subkliniske forandringer i form af nedsat hudbarrierefunktion på det pågældende hudområde. Herefter opstår rødme, afskalning og hyperkeratose, sjældnere vesikler.

Allergisk kontakteksem er en cellemedieret allergisk reaktion, som opstår, når en person, der er kontaktsensibiliseret over for veldefinerede kemikalier eller stoffer i miljøet, genudsættes for dem i en koncentration, der overskrider en individuel grænseværdi. Hos ca. 15% af befolkningen kan der påvises en kontaktallergi. Disse personer har ikke nødvendigvis allergisk kontakteksem, men alle har potentialet for udvikling af dette ved udsættelse for det pågældende allergen. Nikkel, krom, parfume, konserveringsmidler og gummitilsætningsstoffer er hyppige årsager til allergisk kontakteksem. I aldersgruppen 15-34 år har 20% af danske kvinder kontaktallergi over for nikkel. Reaktion over for allergener, der som fx nikkel forekommer overalt i miljøet medfører ge-

nerelt en dårligere prognose. Symptomerne på allergisk kontakteksem er rødme, afskalning, kløe, vesikeldannelse og hyperkeratoser. Det er vanskeligt at skelne mellem et irritativt og et allergisk kontakteksem. Lokalisation og morfologi kan være vejledende, mens histologi ikke er diagnostisk. Diagnosen hviler på anamnese, objektive fund og allergitestning samt elimination og evt. reeksposition.

Kontakturticaria (kontaktnældefeber) er en anfaldsvis optrædende hudlidelse, der viser sig ved nældefeber eller egentlig eksematøs reaktion, sjældnere generaliserede almensymptomer. Symptomerne opstår inden for minutter til en time efter hudkontakt med urticariafremkaldende stoffer, fx fødevarer, animalske produkter, medikamenter eller latex. Kontakturticaria findes i en allergisk og en ikkeallergisk form (immunologisk og ikkeimmunologisk kontakturticaria). Den immunologiske kontakturticaria vil i visse tilfælde kunne påvises ved en blodprøve (RAST) eller ved en positiv priktest, *scratch*-test, *scratch chamber*-test eller 20 min lappetest.

Målt ved antallet af ambulante konsultationer udgør kontakteksem den hyppigste sygdomsgruppe inden for dermatologien. Kontakteksemer, især håndeksemer, bliver ofte kroniske. Baggrunden for denne tendens til kronicitet er multifaktoriel. Utilstrækkelig diagnostik, for langsomt indsættende behandling, utilstrækkelig information og manglende opfølgning er mulige væsentlige årsager.

Kontakteksemer er i mange tilfælde arbejdsbetingede og/eller arbejdsforværrede. Hudsygdomme udgør ca. 15% af alle anmeldte erhvervssygdomme med ca. 2.000 anmeldelser årligt i Danmark. To tredjedele af disse personer er i alderen 15-34 år. 95% af de anmeldte hudsygdomme er kontakteksemer, og ca. to tredjedele af disse anerkendes som arbejdsbetingede. Hudsygdomme er de hyppigst anerkendte erhvervsbetingede sygdomme i Danmark. Erhvervsbetingede eksemer giver ofte anledning til jobskift/revalidering og i nogle tilfælde førtidspension.

Kontakt med sundhedsvæsenet

Formålet med sundhedsvæsenets indsats over for patienter med kontakteksem er igennem en grundig diagnostik, hurtigt indsættende og effektiv behandling samt et højt informationsniveau at opnå hurtig ophelelse og hindre recidiv af eksemet og derigennem nedsætte behovet for jobskift, revalidering og førtidspension.

Afgrænset rødt, hævet, kløende, evt. væskende udslæt opstået akut, er ofte det første symptom på et kontakteksem, men sygdommen kan også debutere mere snigende med afskalning, tørhed og hyperkeratoser. Første kontakt med sundhedsvæsenet er med patientens egen læge. Kontakteksem kompliceres ikke sjældent af bakterielle infektioner og lymphangitis, og ved sådanne symptomer kan henvendelse til lægevagt eller skadestue være nødvendig.

I enkeltstående tilfælde af specielt akutte irritative eksemer er årsagen let at finde og yderligere udredning ikke nødvendig.

Kontakteksemer af en varighed på over en måned kræver imidlertid viderehenvisning til speciallægepraksis eller hospitalsafdeling med henblik på diagnostik og behandling. Da kontakteksemer lokaliseret til hænderne har udtalt tendens til kronicitet, hvis de ikke udredes og behandles hurtigt, er det afgørende for prognosen, at viderehenvisning ikke forsinkes.

Viderehenvisning til hospitalsafdeling er nødvendig, hvis eksemet frembyder særlige diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer. Ved arbejdsbetingede kontakteksemer kan der være behov for udvidet allergitestning og ekspositionsanalyse. Svære og erhvervs-truende eksemer uden kendt årsag bør også viderehenvises.

Behandlingen kan som hovedregel foregå ambulant. Indlæggelse kan dog være nødvendig, hvis eksemet er udbredt, hvis eksemet forhindrer patienten i at klare sig selv, hvis eksemet er kompliceret med infektion, eller hvis der er diagnostisk eller behandlingsmæssigt behov for miljøskifte. Visse behandlingsformer håndteres bedst under indlæggelse.

Varigheden fra patienten indgår i primærsektoren, til han/hun er færdigudredt, bør være så kort som muligt (få måneder) af hensyn til den forværring af prognosen, der sker, hvis sygdommen bliver kronisk.

Diagnostik

Kontakteksem er primært en klinisk diagnose, som stilles på baggrund af lidelsens typiske udseende, lokalisation og sammenhæng med påvirkning fra miljø, enten i form af allergifremkaldende eller hudirriterende stoffer.

Klinik omfatter anamnese og objektiv undersøgelse.

Anamnese omfatter dispositioner til atopi og andre hudsygdomme, tidligere atopi eller andre hudsygdomme, aktuelle eksems debut, symptomfrembrud og forløb. Ekspositionsanamnesen må være så udtømmende som muligt vedrørende erhverv, hjem og fritid. Ved objektiv undersøgelse vurderes tilstedeværelse af rødme, afskalning, kløe, vesikeldannelse og hyperkeratoser med henblik på differentiering mellem akut og kronisk eksem. Eksemets lokalisation og udbredelse på huden kan give mistanke om udløsende årsager. Tidligere kendte allergier og familiære dispositioner kan være vejledende. Eksemoplussen i relation til aktivitet på arbejde og i fritiden skal registreres. Det er vigtigt med en fyldig arbejdsanamnese, for at man kan tilrettelægge epikutantestning optimalt (valg af testmateriale).

Epikutantestning (lappeprøver) udføres årligt på ca. 25.000 personer i Danmark og er indiceret i alle tilfælde af kontakteksem med varighed ud over en måned. Alle håndeksemer med varighed ud over en måned skal ligeledes epikutantestes. Anlæggelse og aflæsning af lappe-

prøver er en dermatologisk specialisopgave, og ikke mindst kræver tolkningen af relevansen af positive testresultater særlig viden og erfaring inden for området. Patienterne testes sædvanligvis, når eksemet ved behandling er bragt i en rolig fase. Testning, mens patienterne har et aktivt eksem, giver risiko for svært fortolkelige lappeprøvereaktioner samt for yderligere provokation af eksemet. Ved epikutantestning anlægges sædvanligvis den europæiske standardserie, bestående af 24 hyppigt allergifremkaldende stoffer (serien revideres hvert tredje år). Herudover anlægges afhængigt af anamnesen andre lappeprøver i serier eller enkeltvis, fx konserveringsmidler eller parfumestoffer, eller stoffer som patienten selv medbringer fra hjem eller arbejdsplads. Ved positive testreaktioner må der tages stilling til, om reaktionen er af aktuel relevans i forhold til det aktuelle hudproblem eller af tidligere relevans, dvs. relevant i forhold til tidligere hudreaktioner, eller evt. uden kendt relevans. Når en positiv test fortolkes som værende af aktuel relevans, må en eksposition for det pågældende stof være påvist/sandsynliggjort. Før en positiv test fortolkes som værende uden kendt relevans, må patientens anamnese nøje gennemgås, specielt med henblik på ekspositioner i hjemmet og på arbejdspladsen. Ved negative testresultater må det overvejes, om der kan foreligge en hyporeaktiv tilstand, og om retesting bør finde sted. Ved talrige positive reaktioner må det overvejes, om der foreligger en hyperreaktiv tilstand, evt. på baggrund af et pågående eksem.

Anvendelsestest med stoffer eller produkter fra miljøet kan tages i brug i tvivlstilfælde, hvor der er usikkerhed om resultatet af epikutantesten, for at understøtte resultatet af epikutantesten eller hvis situationen er mere egnet hertil. »Usetest« er en anvendelsestest, hvor det mistænkte allergen i ikkehudirriterende koncentrationer appliceres 2-3 gange daglig over 1-2 uger. Håndteringsforsøg af mistænkte eksemudløsende emner under observation er en anden mulig anvendelsestest.

Ekspositionsundersøgelser, dvs. påvisning af stoffer som patienten er allergisk overfor i patientens miljø, er af afgørende betydning for diagnostikken af allergiske kontakteksem samt for prognosen af disse. Ved ekspositionsundersøgelser er en omhyggelig anamneseoptagelse, evt. inklusive detaljeret arbejdsbeskrivelse, nødvendig. Ekspositionsundersøgelser er i arbejdsskadesager af afgørende juridisk betydning. Ekspositions-kortlægning kan ske i samarbejde med arbejdsmedicinske klinikker og bedriftsundhedstjenesten.

Biopsi til histologisk undersøgelse er en hjælp i de tilfælde, hvor det kliniske billede ikke entydigt peger på kontakteksem, og specielt differentialdiagnostisk over for psoriasis. Histologisk undersøgelse kan ikke bidrage til adskillelsen mellem irritativt og allergisk kontakteksem. Biopsi er kun indiceret hos få patienter med kontakteksem.

Dyrkning og resistensbestemmelse foretages ved alle eksem, hvor der er mistanke om infektion og indikation for antibiotisk behandling.

Mykologisk undersøgelse overvejes hos alle patienter med hånd- eller fodseksem med henblik på differentialdiagnose over for dermatomykose eller -id-reaktioner. Også ved anden udbredelse af eksemet, specielt ved asymmetriske lokalisationer, kan mykologisk undersøgelse være indiceret.

Priktest, *scratch-test* og *scratch chamber (scratch patch)-test* er test for straksallergi (IgE-medieret allergi), og er relevante i tilfælde hvor kontakturticaria (straksreaktioner) mistænkes at spille en rolle for eksemet, samt hos atopikere.

Behandling

Lokalsteroider anvendes især på grund af deres antiinflammatoriske effekt og er ofte førstevalgspræparatet til behandling af kontakteksem. Hvilken styrke lokalsteroider skal have, afhænger af eksemets lokalisation og sværhedsgrad samt af patientens alder. Varigheden af behandlingen afhænger af eksemets karakter og behandlingsrespons. Ved kroniske eksem kan intermitterende behandling være velegnet. Kombinationspræparater (lokalsteroid kombineret med antibakterielle og antimykotiske stoffer) kan anvendes kortvarigt (uger) ved lettere inficerede eksem.

Antibiotika anvendes, hvis eksemet er inficeret. Behandlingen reguleres efter dyrkning og resistensbestemmelse. Længerevarende antibiotisk behandling er sjældent indiceret.

Kaliumpermanganatbade anvendes traditionelt til inficerede og væskende eksem, idet der klinisk er en udtørrende og desinficerende effekt.

Fugtighedscremer anvendes for at øge hydreringen af stratum corneum og styrke genopbygningen af hudens barrierefunktion. Behandling med fugtighedscremer anvendes som et supplement til anden behandling, samt forebyggende og i efterforløbet af et kontakteksem for at hindre recidiv.

Tjærebehandling har traditionelt været anvendt med god virkning til behandling af eksem. Kroniske eksem kan behandles med tjærecremer, tjæresalver eller pensling med ren stenkulstjære. Mere udbredte eksem kan behandles med tjærepenslinger. Dette fungerer bedst under indlæggelse.

UV-terapi omfatter UVA-, UVB- og PUVA-behandling. Behandlingerne kræver særligt apparatur og fornøden erfaring i dosering af lys. UV-terapi anvendes ved kroniske eksem. Behandlingsvarigheden afhænger af eksemets sværhedsgrad, men strækker sig ofte over 6-8 uger.

Bucky-behandling (bløde røntgenstråler) er ligeledes en behandling, der kræver særligt apparatur og ekspertise. Bucky-behandling anvendes ved kroniske eksem. Ved Bucky-behandling må antallet af Gy registreres, idet stråledosis sædvanligvis ikke skal overskride 100 Gy som livstidsdosis på et hudområde.

Immunsuppressiva anvendes ved svære og/eller udbredte tilfælde af kontakteksem. I den akutte fase af kontakteksem kan systemisk steroidbehandling i en

kortere periode (uger) være indiceret. Ved svære kroniske eksemmer kan der anvendes azathioprin. Effekten er langsomt indsættende, og behandlingen strækker sig ofte over måneder. Ciclosporin og methotrexat kan anvendes i specielle tilfælde, hvor anden behandling har været utilstrækkelig.

Sygemelding

på grund af kontakteksem er indiceret:

- når sygdommen har en sådan sværhedsgrad, at patienten ikke kan varetage sit arbejde,
- hos personer ansat i fødevarerbranchen, hvis der er mistanke om infektion i eksemet,
- ved kortvarige sygemeldinger i forbindelse med intensiveret behandling,
- hvis miljøskiftes indflydelse på forløbet ønskes vurderet.

Ved akutte håndeksemmer er sygemelding ofte nødvendig, for at der kan opnås en god behandlingseffekt og hurtig ophevelse af eksemet, og sygemelding vil her kunne gavne prognosen på længere sigt.

Ved kroniske håndeksemmer ændrer sygemelding sjældent på prognosen, og langvarige sygemeldinger uden særlig begrundelse må derfor generelt undgås.

Jobskifte

på grund af kontakteksem er indiceret:

- ved allergisk kontakteksem og kontakturticaria, når der er påvist en allergisk reaktion over for et stof i arbejdsmiljøet, som patienten uundgåeligt dagligt kommer i berøring med, og når symptomerne er betydelige,
- ved irriterende eksem, når patienten uundgåeligt har daglig erhvervsmæssig kontakt med lokalirriterende emner,
- ved svær og langvarig sygdom, hvor der er begrundet mistanke om arbejdsforværring.

Epidemiologiske undersøgelser tyder på, at prognosen for eksemet ikke ændres i betydelig grad, hvis erhvervsskiftet finder sted, når der foreligger et kronisk eksem. Erhvervsskifte må i høj grad også afhænge af patientens egen motivation hertil.

Information

Information er en væsentlig del af behandlingen af kontakteksem. Informationsmængden afpasses efter patientens ønske og behov. Læger, sygeplejersker og laboranter er fælles om denne opgave.

Patienten skal undervejs i udredningsforløbet orienteres om undersøgelsesprogrammets omfang og formål. Endvidere om sygdommens karakter og forventede varighed samt forventet varighed af eventuel sygemelding.

Informationen skal efter endt udredningsprogram omfatte en forklaring af diagnosen (skyldes eksemet allergi eller irritation) og i tilfælde af påvist allergi en

information om, hvorledes eksposition for allergenet fremover kan undgås/nedsættes.

Informationen skal derudover omfatte en oplæring i hudpleje. Denne del af informationen er særlig aktuell, hvis det drejer sig om håndeksemmer.

Den individuelle mundtlige information må gentages og suppleres med skriftligt informationsmateriale. Gruppeundervisning og fremvisning eller udlån af videofilm kan være et supplement til den individuelle information. For at sikre optimal information kan man evt. anvende en checkliste.

Profylaktiske foranstaltninger

Handsketyper tilpasset arbejdets karakter – i samarbejde med sikkerhedsudvalg og bedriftsundhedstjeneste på de større virksomheder – er af stor praktisk betydning. Bomuldshandsker under okkluderende handsker modvirker den irriterende effekt af disse. Samarbejde med virksomhederne om omlægning af arbejdsprocedurer og mulighed for intern omplacering ligeledes. Anvendelse af fugtighedscreme er omtalt i afsnittet om behandling.

Opfølgning og kontrol i efterforløbet af et kontakteksem vil ofte være hensigtsmæssigt for at hindre recidiv. Ved opfølgningskonsultationer kan der aftales behandlingsudtrapning og forebyggende tiltag repeteres. Opfølgning kan i de fleste tilfælde foregå hos egen læge, evt. i samarbejde med dermatologisk speciallæge.

Eksempler på informationsindsats

- bred mundtlig information om diagnosen (irriterende eller allergisk eksem),
- specifik information om evt. påviste relevante allergier,
- information i kombination med opfølgende ekspositionsanalyser,
- checkliste for patienten vedrørende allergier og hudpleje,
- undervisningstilbud i patientgrupper (eksemskoler),
- udlån af videofilm,
- udlån af interaktive computerprogrammer (fremtidsperspektiv).

Sygepleje

Sygepleje til patienter med kontakteksem omfatter såvel almindelige dermatologiske behandlingsteknikker som specielle teknikker inden for allergitestning. Hos sygeplejersken opbygges en erfaring i anlæggelse af lappeprøver, som er væsentlig. Sygeplejersken/laboranten deltager i anamneseoptagelse samt i at indhente informationer om udsættelse for allergifremkaldende og lokalirriterende emner (ekspositioner).

Behandlingsvejledning i praktisk anvendelse af lokalsteroid, fugtighedscremer og tjærepræparater varetages af sygeplejersken i samarbejde med lægen.

Sygeplejersken/laboranten udfører ekspositionsana-

lyser, fx nikkeltest og formalinanalyse, og supplerer lægen i den vigtige opgave at informere om sygdommens karakter og forebyggelse af recidiv.

Hos et team bestående af læge(r), sygeplejerske(r) og laborant(er), der daglige beskæftiger sig med udredning af kontakteksem, opbygges en fælles erfaring om ekspositioner, som er uvurderlig, når patienten skal rådgives om sin allergi.

Eksempler på dokumentation af almindeligt forekommende ekspositioner

Dokumentation for ekspositioner kan bl.a. være:

- detaljeret arbejdsbeskrivelse
- positiv dimetylglycoximtest for nikkel
- positiv kromotropsyre- eller acetylacetonetest for formaldehyd
- sammensætningsoplysninger (deklarationer) på anvendte produkter.

Ekspositionsundersøgelser for lokalirriterende eller allergifremkaldende stoffer på arbejdspladsen foregår evt. i samarbejde med bedriftssundhedstjeneste eller lokal arbejdsmedicinsk klinik.

Sundhedsøkonomi

Omkostninger ved arbejdsbetingede kontakteksem omfatter:

- sygedagpenge
- helbredsbedingede førtidspensioner

- udgifter til sundhedsvæsenet
- udgifter til medicintilskud
- arbejdsskadeerstatning.

I perioden 1991-1995 har forsikringsselskaberne i gennemsnit udbetalt ca. 50 mio. kr. årligt på grund af arbejdsbetingede eksemer. I gennemsnit er der til personer, der er tilkendt ménerstatning, udbetalt 26.000 kr. per person. Til personer, der er tilkendt erhvervsevnetabserstatning, er der i gennemsnit udbetalt 345.000 kr. per person.

I perioden 1991-1995 var det samlede erstatningsbeløb til irriterende eksemer dobbelt så stort som for allergiske eksemer.

Det gennemsnitlige erstatningsbeløb, som udbetales af forsikringsselskaberne per år per person, er 62.000 kr.

Økonomiske konsekvenser af det her fremstillede udrednings- og behandlingsprogram

En præcis diagnostik inden for få måneder vil medføre en stigning i antallet af speciallægekonsultationer anvendt til udredning af eksem. Efter få konsultationer anvendt til diagnostik, iværksættelse af behandling samt information er det imidlertid hensigten, at patienten går tilbage til egen læge (se Fig. 1) til fortsat behandling og opfølgning. Formålet med hurtig, præcis diagnostik og hurtigt indsættende behandling er at nedsætte antallet af kroniske og recidiverende eksemer, hvorved der spa-

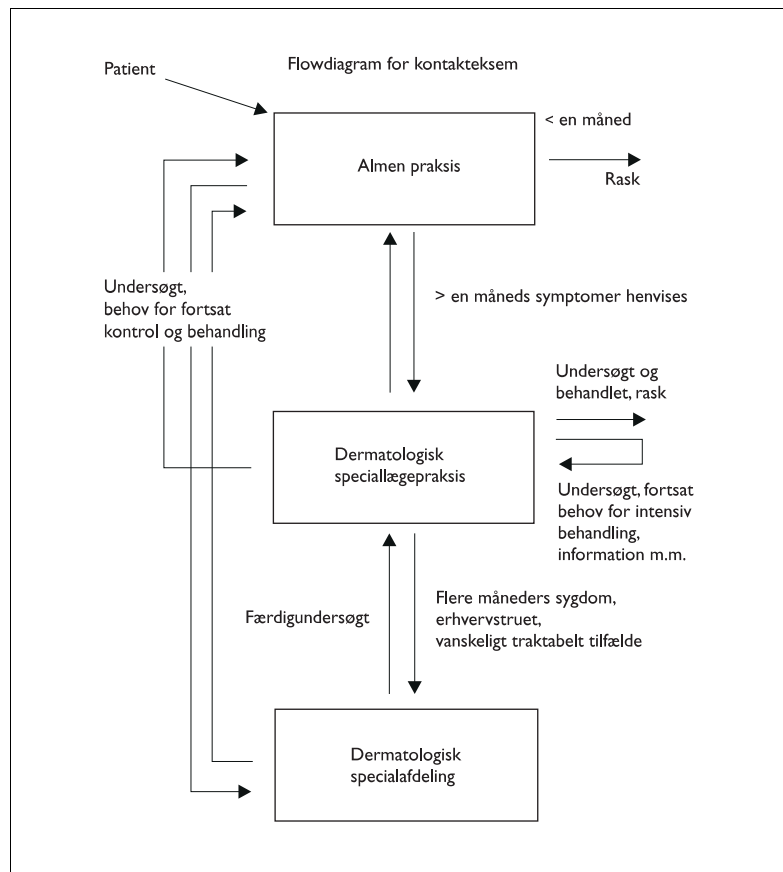


Fig. 1. Flowdiagram for kontakteksem.

res speciallægekonsultationer til behandling af kroniske eksemmer. Forebyggelse af kroniske eksemmer vil ligesledes betyde færre udgifter til sygedagpenge, revalidering, helbredsbetaget førtidspensionering og arbejdsskadeerstatning.

Kvalitetscheckpunkter

Overordnede kvalitetscheckpunkter for referenceprogrammet:

- hurtig og effektiv udredning og behandling af kontakteksem
- undgåelse af recidiv.

Specifikke kvalitetscheckpunkter for referenceprogrammet:

- præcis diagnostik på eksemmer af mere end én måneds varighed
- diagnostisk udredning afsluttet senest tre måneder efter første kontakt med sundhedsvæsenet
- grundig ekspositionsanalyse hos patienter med såvel allergisk som irriterende kontakteksem – specielt ved arbejdsbetingede eksemmer
- hurtigt indsættende effektiv behandling af kontakteksemmer
- højt informationsniveau på diagnosetidspunktet samt opfølgende informationstilbud.

Forslag til data der kan anvendes til kvalitetscheck:

- arbejdsskadesager
- stikprøver af undersøgelsesproceduren i almen praksis
- stikprøver af undersøgelsesproceduren i dermatologisk speciallægepraksis.

Eksempler på dokumentation og diagnostik af almindeligt forekommende kontakteksemmer

Handskeeksem:

Mistænkes ved håndeksem hos en patient der anvender handsker.

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Type handske, antal timer daglig, antal handskeskift

Allergitestning:

- epikutantest med egen handske
- epikutantest med kendt allergen i handsken, dvs. for gummihandsker: Gummiallergener (standardserien)
for læderhandsker: Kromat (standardserien)
overveje farvestoffer, metaldele m.m.
- ved gummihandsker undersøgelse for latexallergi (RAST-test, priktest eller provokation med latexhandske).

Kosmetikeksem/behandlingseksem

Mistænkes ved ansigtseksem og aksileksem, hos pa-

tienter med kroniske behandlingskrævende hudlidelser, eller hos patienter der tidligere har reageret på kosmetik eller behandlingsmidler.

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Hvilke produkter?

Allergitestning:

- epikutantest med standardserien (obs. parfume/pe-
rubalsam/konserveringsmidler)
- epikutantest med egne kosmetiske produkter
- evt. supplerende test med konserveringsmidler, stabilisatorer m.m.

Frisøreksem

Håndeksem hos frisør eller frisøreløver

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Arbejdsgange. Hvilke produkter? Dimetylglyoximtest for påvisning af nikkeleksposition.

Allergitestning:

- epikutantest med standardserie
- epikutantest med frisørallergener.

Eksem fremkaldt af fødevarer

Mistænkes ved håndeksem hos personer der professionelt håndterer fødevarer.

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Hvilke fødevarer? Dimetylglyoximtest for påvisning af evt. nikkeleksposition.

Allergitestning:

- epikutantest med standardserie
- priktest og evt. *scratch patch*-test med friske fødevarer.

Akrylateksem

Mistænkes fx ved pulpitis hos en tandlæge eller klinikassistent.

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Hvilke akrylater?

Allergitestning:

- epikutantest med det/de akrylat(er) patienten eksponeres for i sit erhverv.

Eksem fremkaldt af skæreoier eller kølesmøreolier

Mistænkes ved hånd- og underarmseksem hos personer der er i kontakt med disse (maskinarbejdere, maskinoperatører, mekanikere etc.)

UDREDNING:

Ekspositionsanamnese: Fremskaffelse af produktoplysninger for relevante olier.

Allergitestning:

Testning med de anvendte biocider. Som hovedregel testes med skæreoier og kølesmøreolier i brugsfærdige koncentrationer. Dette vil dog hos en del patienter udløse irriterende reaktioner. For at

differentiere mellem allergiske og irriterende reaktioner anlægger man, hvis der forekommer reaktioner ved den primære testning med de ufortyndede olier, en fortyndingsrække med den udløsende olie fortyndet 1:2, 1:10, 1:100 i vand.

Hvis produktoplysningerne har angivet stærkt irriterende indholdsstoffer, bør der fortyndes primært. Dette gælder altid ved testning med dieseloilier, gearkasseoiler og bremsevæsker.

Litteratur

1. Rycroft R, Ménne T, Frosch P, Benezra C. Contact dermatitis. Berlin: Springer Verlag, 1994.
2. Wilkinson JD, Rycroft R. Contact dermatitis and occupational dermatitis. I: Rook, Wilkinson, Ebling, eds. Textbook of dermatology. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 611-776.
3. Meding B, Swanbeck G. Epidemiology of different types of hand eczema in an industrial city. Acta Derm Venereol (Stockh) 1989; 69: 227-33.
4. Nielsen NH, Menné T. Allergic contact sensitization in an unselected Danish population. The Glostrup Allergy Study, Denmark. Acta Derm Venereol (Stockh) 1992; 72: 456-60.
5. Halkier-Sørensen L, Thestrup-Pedersen K, Petersen BH. Anmeldte og anerkendte arbejdsbetingede hudsygdomme i Danmark. København: Industriens forlag, 1994.
6. Marzulli FN, Maibach HI. Dermatotoxicology. 5th ed. Washington: Taylor & Francis, 1996.