

Contacteczeem

Prof. dr. T. Rustemeyer

De richtlijn dateert uit 2013. Onderstaande samenvatting is herzien in 2014, zonder dat de essentie van de richtlijn is gewijzigd. Wel is er een nieuwe flowchart toegevoegd en een figuur met de belangrijkste lokalisaties van contacteczeem.

Inleiding

Contacteczeem is een veelvoorkomende huidaandoening, die in Nederland voorkomt bij meer dan 1% van de bevolking. In de huisartsenpraktijk wordt de diagnose irritatief contacteczeem vaker gesteld dan allergisch contacteczeem. Het klinisch beeld is niet eenduidig en onder andere afhankelijk van het veroorzakende allergeen of de (chemisch/mechanisch) irriterende stof. Op basis hiervan is doorgaans geen onderscheid te maken tussen allergisch en irritatief contacteczeem. Zo lang de blootstelling aan het allergeen of de irritatieve factor aanwezig blijft, zal ook het contacteczeem blijven bestaan. Contacteczeem verdwijnt meestal spontaan binnen vier tot zes weken na het vermijden van blootstelling. Als er een combinatie is met een constitutioneel eczeem (eventueel in het verleden), dan is de prognose slechter. Het beloop op lange termijn is afhankelijk van het vermijden van de oorzakelijke factoren en de reactie op de interventie.

Allergisch contacteczeem ontstaat als gevolg van een immunologische (meestal type IV vertraagde overgevoeligheids) reactie bij contact met een allergeen, waarvoor bij eerder contact sensibilisatie is opgetreden. De belangrijkste allergenen zijn de stoffen die opgenomen zijn in de Europese basale testreeks (www.ESCD.org).

Geneesmiddelen kunnen het beeld geven van een contacteczeem, zonder sensibilisatie via de huid. Van voedingsbestanddelen is bekend dat soms inname, al of niet na sensibilisatie via de huid, systemisch contacteczeem kan geven. Dit komt echter weinig voor.

Irritatief contacteczeem ontstaat doordat irriterende stoffen, materialen en/of mechanische/fysische invloeden de huid via een directe inwerking beschadigen. In tegenstelling tot allergisch contacteczeem is er geen sprake van sensibilisatie. Het al of niet optreden van een irritatief contacteczeem berust op een samenspel van factoren, zijnde de fysisch-chemische eigenschappen van de stof; duur en frequentie van expositie; de dosis van de irriterende factor; de barrièrefunctie van de huid; frictie- en omgevingsfactoren zoals luchtvochtigheid en temperatuur.

Diagnostiek

De diagnose contacteczeem wordt gesteld op basis van een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek. Karakteristieke laesies hebben onscherpe begrenzing met soms geometrische vormen, maar de symptomen zijn vaak niet specifiek. Belangrijke informatie om uit te vragen is: duur en progressie van de eczeemlaesies; uitlokkende factoren; de relatie tot de werkweek; of collega's vergelijkbare klachten hebben; mogelijke blootstelling op het werk, hobby's of andere activiteiten; voorgaande behandelingen en het resultaat hiervan en algemene voorgeschiedenis (atopiestatus, familieanamnese, medicatie, zwangerschap, geneesmiddelengebruik et cetera). Op basis van deze informatie kan men specifieke blootstelling en luxerende factoren verder uitvragen.

Epicutane tests (plakproeven) zijn aangewezen bij patiënten met:

- verdenking op een contactallergie
- eczeem dat niet reageert op standaardtherapie in de gebruikelijke tijd van zes tot acht weken

- eczemen, zoals constitutioneel eczeem en seborrhoïsch eczeem, die in eerste instantie worden beschouwd als niet gerelateerd aan een contactallergie, maar niet of onvoldoende reageren op de voor die aandoening specifieke therapie
- onverklaard acrovesiculeus eczeem
- mogelijke type 4-allergie voor een geneesmiddel
- niet eczemateuze aandoeningen indien men vermoedt dat contactallergie het ziektebeeld heeft getriggerd.

De diagnostiek bestaat uit het uitvoeren van epicutane tests door middel van plakproeven (patch-tests). Dit hoort te gebeuren volgens de normen en adviezen zoals vastgesteld door de European Society of Contact Dermatitis:

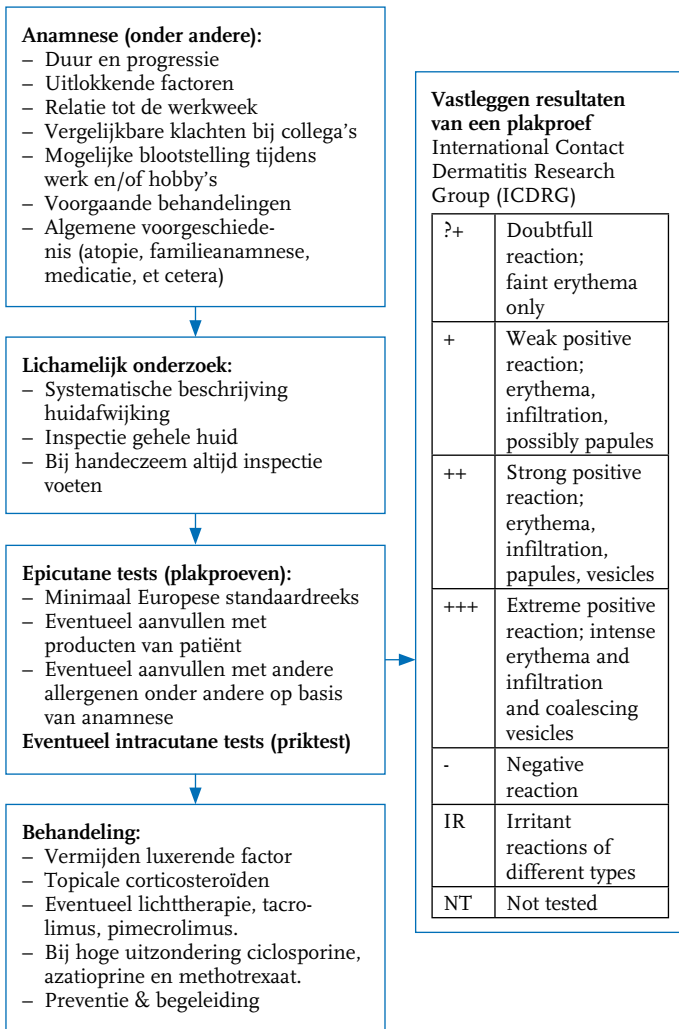
- minimaal testen met de Europese basale testreeks
- aanvullen met, zo nodig, eigen producten van de patiënt, zoals cosmetica
- aanvullen met andere vaak voorkomende allergenen ('aanvullende routinereeks') naast reeksen ingericht op het beroep van de patiënt of op diens specifieke contactfactoren.

Het onderzoek hoort alleen uitgevoerd te worden door personen die dit regelmatig doen.

Bij lichamelijk onderzoek dient de patiënt bij voorkeur volledig te worden onderzocht.

Therapie

Bij contacteczeem dient primair te worden ingezet op het vermijden van luxerende contactfactoren. Topicale corticosteroiden kunnen worden toegepast om de klachten te doen verminderen. Echter met langdurig gebruik – met name van de meer potente middelen – dient men voorzichtig te zijn, omdat herstel van de huidbarrière mogelijk wordt geremd en daarmee de opname van irritantia en allergenen mogelijk wordt bevorderd. De effectiviteit



Figuur 1. Stroomdiagram contacteczeem.

op termijn, indien blootstelling niet kan worden vermeden, is niet aangetoond. Als alternatief voor topicale corticosteroïden, kunnen tacrolimus of pimecrolimus worden overwogen, evenals lichttherapie, echter de wetenschappelijke onderbouwing is gering. In acute, ernstige gevallen kan kortdurend gebruik worden gemaakt van orale corticosteroïden. Voor chronisch handeczeem is oraal alitretinoïne een effectief werkend middel. Ciclosporine, azathioprine en methotrexaat hebben slechts in hoge uitzondering een plaats in de behandeling; cypamfylline, NADH en urocaanzuur hebben geen plaats in de behandeling van contacteczeem.

Bij een aangetoonde contactallergie voor een stof die in voeding voorkomt (bijvoorbeeld nikkel en perubalsem) is een (nikkel-, perubalsemvrij) dieet vrijwel nooit geïndiceerd. Men zou het kunnen overwegen bij iemand met een chronisch eczeem bij wie alle preventieve en therapeutische maatregelen onvoldoende effect hebben. In dat geval gaat de voorkeur uit naar een proefdieet in de vorm van provocatie-eliminatie met het objectiveren van de huidafwijkingen. Inname (systemische toediening) van geneesmiddelen, waarvan bewezen is dat men ervoor is gesensibiliseerd, worden bij voorkeur vermeden.

Risicofactoren en preventie

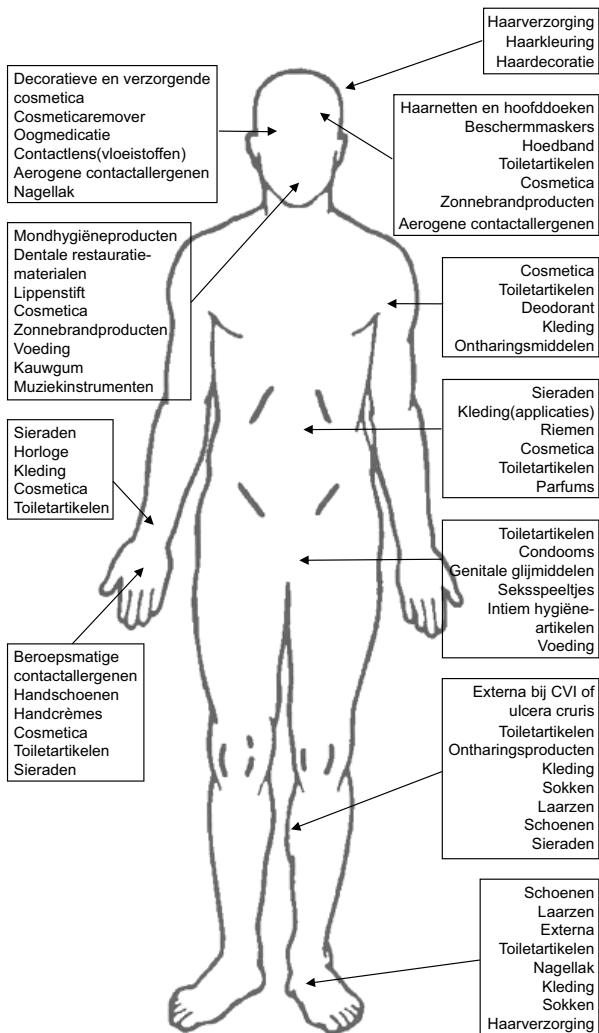
Er zijn verschillende beroepen met verhoogd risico op beroepsgebonden allergisch of irriterend contacteczeem. De belangrijkste zijn: kappers, schoonmakers, verpleegkundigen, metaalbewerkers en werknemers in de voedingsmiddelenindustrie. Nat werk is de belangrijkste exogene oorzaak van beroepsgerelateerd, irriterend contacteczeem. Constitutioneel eczeem of een voorgeschiedenis van constitutioneel eczeem is een risicofactor voor het ontwikkelen van irriterend contacteczeem. Voorafgaand aan vuil werk is het verstandig om handen in te vetten, bijvoorbeeld met vaseline. Dat voorkomt de noodzaak om achteraf de handen intensief te wassen.

Als de handen niet zichtbaar zijn vervuild: gebruik in plaats van water en zeep een handalcohol indien desinfectie is gewenst. Dat is minder schadelijk voor de huid dan water en zeep. Indien geen desinfectie nodig is, gebruik dan alleen water. Ook wordt aanbevolen snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerkhandeling. Barrièrecreme kan niet worden gebruikt als vervanging van handschoenen. Adequate handschoenen dienen zo nodig en zo kort mogelijk gedragen te worden. Bij nat werk in de zorg zijn wegwerp-vinylhandschoenen zeer bruikbaar, maar ongeschikt voor werken met chemische stoffen. Handschoenen van nitril verdienen hier de voorkeur. Voorlichting op de werkplek vermindert de incidentie en prevalentie van contacteczeem. Bij verdenking op werkgebonden factoren dient overleg met de bedrijfsarts plaats te vinden en dienen luxe-rende werkfactoren geïdentificeerd te worden. Vervolgens dienen werkplekaanpassingen overwogen te worden. Screening van medewerkers op handeczeemklachten draagt bij aan de reductie van de prevalentie van handeczeemklachten. Bij handeczeem dat na zes tot acht weken ondanks optimale behandeling en therapietrouw persisteert, dient contactallergisch onderzoek verricht te worden.

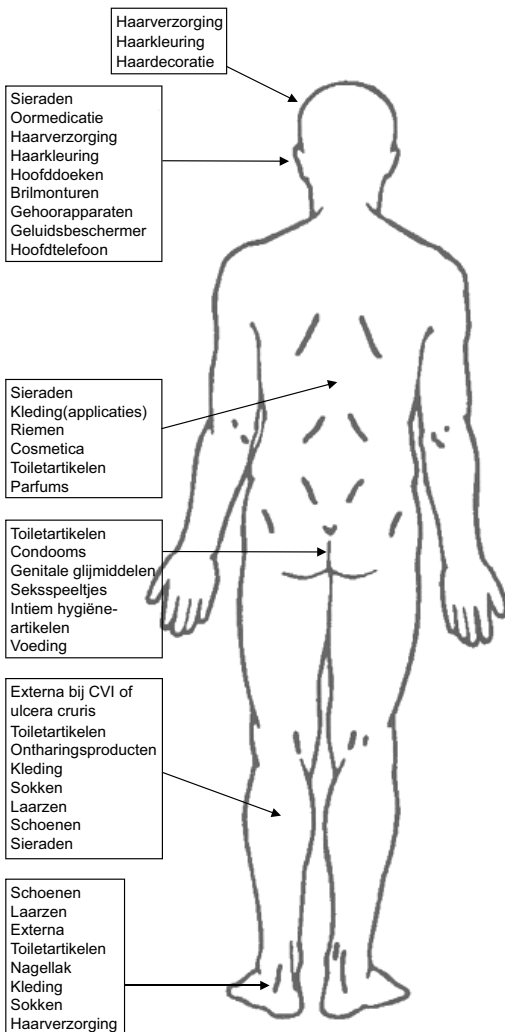
Afstemming samenwerking

Over het algemeen worden de diagnostiek en behandeling ingezet door de huisarts. De huisarts verwijst naar de dermatoloog voor aanvullende diagnostiek indien het contacteczeem onvoldoende reageert op de gebruikelijke therapie of als de aard en de ernst hiertoe aanleiding geven. In sommige regio's bestaat de mogelijkheid van een teledermatologisch consult, dat uitsluitsel kan geven over het al dan niet zelf behandelen door de huisarts en waarin een diagnostische vraag gesteld kan worden.

Als de huisarts of dermatoloog en de patiënt samen tot de conclusie zijn gekomen dat de huidbelasting op de werkplek een



Figuur 2. Overzicht van frequente oorzaken van contactallergische reacties en bijbehorende localisaties.



rol speelt, is het aangewezen om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Als het bedrijf van de patiënt hierover beschikt, kan deze ervoor zorgen dat onderzoek naar huidbelastende factoren op de werkplek wordt verricht. De huisarts of dermatoloog adviseert de patiënt contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts en geeft de patiënt daartoe een brief met relevante informatie en de vraagstelling mee. Overigens zal een bedrijfsarts die zich alleen bezighoudt met verzuimdiagnostiek werknemers met een vermoeden van contacteczeem niet primair zien, omdat deze aandoening niet vaak leidt tot werkverzuim. Het is de taak van een bedrijfsarts aan zowel de werkgever als de patiënt advies te geven over reductie van belasting door huidirriterende factoren op het werk. De bedrijfsarts informeert de huisarts per brief over zijn beleid. Indien de bedrijfsarts verwijzing naar een dermatoloog voor aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk acht, informeert hij de huisarts hierover en verwijst hij naar de dermatoloog.

Als de huisarts verwijzing naar de dermatoloog nodig acht voor aanvullende diagnostiek, stuurt hij informatie van de bedrijfsarts over huidbelastende factoren op de werkplek, indien aanwezig, mee naar de dermatoloog. Na afronding van het diagnostisch proces koppelt de dermatoloog de resultaten in een brief terug naar de huisarts en de bedrijfsarts, indien de patiënt hiermee akkoord gaat dat de brief ook naar de bedrijfsarts verstuurd wordt, met een voorstel voor het beleid op lange termijn. Degene die de oorzaak van het contacteczeem vaststelt, heeft de taak om de regie te voeren over de voorlichting aan de patiënt.