

Samenvatting multidisciplinaire Nederlandse richtlijn contacteczeem

Summary multidisciplinary Dutch guideline contact dermatitis

M.M. Kleipool¹, prof. dr. T. Rustemeyer²

Samenvatting

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) hebben in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 2013 een multidisciplinaire richtlijn opgesteld met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering bij patiënten met contacteczeem.¹ De richtlijn geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van deze patiënten. Daarnaast wordt er aandacht geschonken aan de psychosociale zorg en patiëntenvoorlichting bij contacteczeem. In dit artikel wordt een samenvatting van deze richtlijn gepresenteerd.

(Ned Tijdschr Allergie & Astma 2016;16:55-59)

Summary

In 2013 the Dutch Association of Dermatology and Venereology (NVDV) and the Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB) have developed a multidisciplinary guideline in collaboration with the Dutch College of General Practitioners (NHG) with recommendations to assist the daily practice of patients with contact dermatitis. This guideline provides recommendations for counselling and treatment of these patients. In addition, attention is paid to psychosocial care and patient education on contact dermatitis. In this article, a summary of this guideline is presented.

Algemeen

Contacteczeem is een veelvoorkomende huidaandoening. In Nederland komt het bij meer dan 1% van de bevolking voor en vaker bij vrouwen dan bij mannen (verhouding 3:2). Contacteczeem wordt gedefinieerd als een specifieke, niet-infectieuze inflammatoire huidaandoening die wordt veroorzaakt door contact met allergenen, irritantia, met eventuele blootstelling aan fysische factoren. Het kan worden onderscheiden in allergisch en niet-allergisch (toxisch of irriterend) contacteczeem, al dan niet met een invloed van zonlicht. In de huisartsenpraktijk wordt de diagnose irriterend contacteczeem vaker gesteld dan de diagnose allergisch contacteczeem. Het klinisch beeld is niet eenduidig en mede afhankelijk van het allergeen of de (chemisch) irriterende stof. Doorgaans is er op basis van dit beeld

geen onderscheid te maken tussen allergisch of irriterend contacteczeem.

Allergisch contacteczeem ontstaat als gevolg van een immunologische reactie bij contact met een allergeen waarvoor eerder contactsensibilisatie is opgetreden. Bij hernieuwd contact ontstaat lokale inflammatie, vaak zichtbaar als eczeem: een type IV (vertraagde) overgevoelighedsreactie. Dit wordt ook wel de klinisch zichtbare elicatiefase genoemd. Van de 6 miljoen chemicaliën in onze omgeving zijn voor een paar duizend stoffen sensibiliserende eigenschappen bekend geworden. Slechts een relatief klein aantal allergenen is verantwoordelijk voor het grootste deel van de contactallergieën. De belangrijkste allergenen zijn stoffen die opgenomen zijn in de Europese basale-testreeks (zie Ta-

¹arts-onderzoeker, afdeling Dermatologie-Allergologie, VU medisch centrum Amsterdam, ²dermatoloog, afdeling Dermatologie-Allergologie, VU medisch centrum Amsterdam. Correspondentie graag richten aan: dhr. prof. dr. T. Rustemeyer, VU medisch centrum Amsterdam, afdeling Dermatologie-Allergologie, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, e-mailadres: t.rustemeyer@vumc.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: contacteczeem, multidisciplinair, patiëntenvoorlichting, richtlijn, zorgkwaliteit

Keywords: contact dermatitis, guideline, multidisciplinary, patient education, quality of care

Ontvangen 16 maart 2016, geaccepteerd 8 april 2016.

bel 1 op pagina 57).² In principe kan iemand die reeds allergisch contacteczeem heeft ontwikkeld, op basis van cutane sensibilisatie, ook door orale inname van allergenen het eczeem luxeren, onderhouden of verergeren. Het maakt daarbij wel uit of het allergeen bevattende voedingsmiddelen (zoals nikkel en perubalsem) of geneesmiddelen betreft. Voedingsmiddelen die allergenen bevatten, hoeven meestal niet vermeden te worden, in tegenstelling tot geneesmiddelen waarvoor een door allergologisch onderzoek bewezen allergie bestaat. Na systemische toediening van hetzelfde allergeen kan een lokaal contacteczeem opvlammen of zelfs overgaan in een gegeneraliseerd contacteczeem. Dit wordt een systemisch contacteczeem genoemd. Geneesmiddelen kunnen eveneens het beeld geven van een contacteczeem zonder voorafgaande sensibilisatie via de huid. Bekende voorbeelden van medicamenteuze 'orale' allergenen zijn NSAID's en diverse soorten antibiotica. Irritatief contacteczeem is een vorm van eczeem ten gevolge van inwerking van irriterende stoffen, materialen en/of mechanische of fysische invloeden op de huid. In tegenstelling tot allergisch contacteczeem is er geen sprake van een sensibilisatiereactie. Het al of niet optreden van een irritatief contacteczeem berust op een samenspel van factoren, te weten de fysisch-chemische eigenschappen van een stof, de duur en frequentie van de expositie, de dosis van de irriterende factor, de barrièrefunctie van de huid, frictie en omgevingsfactoren zoals luchtvochtigheid en temperatuur.

Bij patiënten met een verdenking op contacteczeem dienen luxerende factoren zorgvuldig uitgevraagd en door nader onderzoek geïdentificeerd te worden. Het mijden van deze factoren is van groot belang voor de prognose. In het algemeen verdwijnt het contacteczeem meestal binnen 4 tot 6 weken na het vermijden van blootstelling. Als er een combinatie is met een atopische aanleg, zich uitend in eczeem, dan duurt het meestal langer.

Diagnostiek

De diagnose allergisch contacteczeem wordt gesteld op basis van een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met dermato-allergologisch onderzoek. Het klinisch beeld uit zich meestal met een squameus erytheem en jeuk. Het kan over het gehele lichaam voorkomen, maar wordt vooral gezien op de handen, de voeten, het gezicht en andere plaatsen die direct contact hebben met de buitenwereld. Afhankelijk van de aard en duur van het contact is er sprake van een acuut, subacuut of chronisch beeld. Dit alles geeft een zeer gevarieerd (polymorf) beeld dat tegelijkertijd zo

kenmerkend is voor eczeem. Belangrijke aspecten met betrekking tot de anamnese zijn: 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, geneesmiddelengebruik, zwangerschap, et cetera). Het lichamelijk onderzoek omvat naast inspectie van de aandoening tevens een grondige inspectie van de rest van de huid, evenals de slijmvliezen en de mondholte. De aandoening moet beoordeeld worden op efflorescenties en het type laesie, infectieverschijnselen en systemische klachten.

De diagnostiek van allergisch contacteczeem bestaat uit het uitvoeren van epicutane tests door middel van plakproeven ('patch tests'). Deze test dient als gouden standaard, waarbij de sensitiviteit en specificiteit geschat worden op 70% tot 80%. De diagnostiek behoort te gebeuren volgens de normen en adviezen die zijn vastgesteld door de European Society of Contact Dermatitis (ESCD) en dient uitgevoerd te worden door medisch personeel met ervaring. Patiënten worden standaard getest met de Europese basale reeks; dit is het minimum wat getest dient te worden. Uitbreiding van de reeks geschiedt op grond van de anamnese, cosmeticagebruik, de contactstoffen uit de vrijetijdsfeer en het werk. Het aflezen van de epicutane tests vindt plaats op meerdere dagen, aangezien sommige allergenen pas na langere tijd een reactie geven, bijvoorbeeld neomycine en corticosteroïden. Gebruikelijk is om op dag 2 (D2) af te lezen, vervolgens op dag 3 of 4 (D3/D4) en indien mogelijk ook op dag 6 of 7 (D6/D7). De afgelezen reactie wordt gegradeerd naar sterkte (zie *Tabel 2 op pagina 58*) volgens de normen van de ESCD die berusten op de oorspronkelijke gradering van de International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG). Positieve reacties dienen weloverwogen geïnterpreteerd te worden, vanwege potentieel fout-positieve resultaten. Geteste stoffen kunnen behalve allergisch ook irritatief van aard zijn, vanwege het potentiële irritatieve effect van de allergenen. Het onderscheid tussen een positieve plakproef en een irritatieve reactie is vaak niet goed te maken, tenzij er heel specifieke beelden ontstaan, zoals een scherp begrensde erytheemreactie en een zogenoemd zeepeffect. Onder het zeepeffect wordt een glanzend, rimpelig, niet-geïndureerd aspect verstaan. Een negatieve uitslag sluit sensibilisatie niet altijd uit. Gesensibiliseerde patiënten ontwikkelen, wanneer de concentratie van het allergeen laag is en de duur van de blootstelling

Tabel 1. Europese basale-testreeks (EBR). ²		
Samenstelling	concentratie (%) in petrolatum ^a	concentratie in mg/cm ^{2*}
kaliumdichromaats	0,5	0,2
p-phenylenediamine	1,0	0,4
thiuram mix	1,0	0,4
TMTM	0,25	0,1
TMTD	0,25	0,1
TETD	0,25	0,1
PTD	0,25	0,1
neomycinesulfaat	20,0	8,0
kobaltchloride	1,0	0,4
benzocaïne	5,0	2,0
nikkelsulfaat	5,0	2,0
clioquinol ^b	5,0	2,0
colofonium ^c	20,0	8,0
parabenen	16,0	6,4
methylparaben	4,0	1,6
ethylparaben	4,0	1,6
propylparaben	4,0	1,6
butylparaben	4,0	1,6
N-isopropyl-N-phenyl-4-phenylenediamine	0,1	0,04
lanoline (wolvet)	30,0	12,0
mercapto mix	2,0	0,8
N-cyclohexylbenzothiazylsulfenamide	0,5	0,2
mercaptobenzothiazole	0,5	0,2
dibenzothiazyldisulfide	0,5	0,2
morpholinylmercaptobenzothiazole	0,5	0,2
epoxyharsen	1,0	0,4
<i>myroxylon pereirae</i> (perubalsum) ^d	25,0	10,0
4-tert-butylphenol formaldehyde hars (PTBP hars)	1,0	0,4
mercaptobenzothiazole	2,0	0,8
formaldehyde	2,0 ^a	0,6
fragrance mix 1 (geurstoffen)	8,0 ^e	3,2
cinnamyl alcohol	1,0	0,4
cinnamal	1,0	0,4
hydroxycitronellal	1,0	0,4
α-amyl cinnamal	1,0	0,4
geraniol	1,0	0,4
eugenol	1,0	0,4
isoeugenol	1,0	0,4
evernia prunastri (eikenmos)	1,0	0,4
sesquiterpene lactone mix	0,1	0,04
alantolactone	0,033	0,013
dehydrocostus lactone en costunolide	0,067	0,027
quaternium-15	1,0	0,4
primine	0,01	0,004
methylchloroisothiazolinone (150ppm) en methylisothiazolinone (50ppm)	0,02 ^a	0,006
budesonide	0,01	0,004

vervolg Tabel 1. Europese basale-testreeks (EBR).²

Samenstelling	concentratie (%) in petrolatum ^a	concentratie in mg/cm ² ^b
tixocortolpivalaat	0,1	0,04
methyl dibromoglutaronitrile	0,5	0,2
fragrance mix 2 (geurstoffen)	14,0	5,6
hydroxyisohexyl 3-cyclohexene	2,5	1,0
carboxaldehyde	1,0	0,4
citral	2,5	1,0
farnesol	2,5	1,0
coumarin	0,5	0,2
citronellol	5,0	2,0
αhexyl cinnamal		
hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde	5,0	2,0
methylisothiazolinone	0,20 ^a	0,06

PTD=dipentamethylenethiuramdisulfide; TETD=tetraethylthiuramdisulfide; TMTD=tetramethylthiuramdisulfide; TMTM=tetramethylthiurammonosulfide.
^aberekeningen op basis van het gebruik van de Finn Chamber[®] (diameter 0,8cm)-techniek onder toepassing van 20 mg petrolatum preparaat of, indien nodig, (in water) 15 ml waterige testoplossing; ^bin water; ^cook bekend als chionoform en vioform; ^dook bekend als colophony; ^eook bekend als balsem van Peru; ^femulgator: sorbitan sesquioleate 5%

aan het allergeen kort is, namelijk niet altijd klinisch zichtbaar contacteczeem.

Therapie

Bij allergisch contacteczeem dient primair te worden ingezet op het vermijden van contactfactoren. Dermatocorticosteroiden kunnen worden toegepast om de klachten te doen verminderen. Met langdurig gebruik van vooral potente middelen dient men echter voorzichtig zijn, omdat herstel van de huidbarrière mogelijk wordt geremd en daarmee de opname van irritantia en allergenen mogelijk wordt bevorderd. Daarnaast is de effectiviteit op de prognose van contacteczeem, indien blootstelling aan de irriterende stof of het allergeen niet volledig kan worden vermeden, onvoldoende aangetoond. Als alternatief voor dermatocorticosteroiden kan lichttherapie overwogen worden, evenals tacrolimus of pimecrolimus bij patiënten met therapieresistent contacteczeem. De wetenschappelijke onderbouwing is echter gering. Daarnaast kan behandeling met alitretinoïne overwogen worden bij patiënten met chronisch handeczeem die onvoldoende reageren op lokale corticosteroiden. In acute, ernstige gevallen kan kortdurend, als een stootkuur, gebruik worden gemaakt van systemische corticosteroiden. In verband met ernstige bijwerkingen hebben ciclosporine, azathioprine en methotrexaat slechts bij hoge uitzondering een plaats in de behandeling. Cypamfylline, NADH en urocaanzuur worden niet aanbevolen als behandeling van contacteczeem. Bij een aangetoonde contactallergie voor een stof die in voeding voorkomt is een dieet vrijwel nooit geïndiceerd. Een proefdieet zou overwogen kunnen worden

Tabel 2. Vastleggen van resultaten van een plakproef volgens de International Contact Dermatitis Research Group.

-	negatieve reactie
?+	twijfelachtige reactie: slechts vaag erytheem
+	zwak positieve reactie: erytheem, infiltratie, eventueel papels
++	sterk positieve reactie: erytheem, infiltratie, papels, vesikels
+++	extreem positieve reactie: intens erytheem en infiltratie en vesikels confluërend tot bullae
IR	irriterende reactie van verschillende typen
NT	niet getest

bij iemand met een chronisch eczeem, bij wie alle preventieve en therapeutische maatregelen onvoldoende effect hebben. Inname (systemische toediening) van geneesmiddelen waarvoor een door allergologisch onderzoek bewezen allergie bestaat, dient bij voorkeur vermeden te worden.

Arbeid

Er zijn verschillende beroepen met een verhoogd risico op beroepsgebonden allergisch of irriterend contacteczeem. De belangrijkste zijn kappers, schoonmakers, zorgverleners, metaalbewerkers en werknemers in de voedingsmiddelenindustrie. Nat werk is de belangrijkste exogene oorzaak van beroepsgerelateerd irriterend

Aanwijzingen voor de praktijk

1. De diagnose contacteczeem wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met dermato-allergologisch onderzoek (in het bijzonder plakproeven).
2. Op basis van het klinisch beeld bij eczeempatiënten is het onderscheid tussen allergisch of irritatief contacteczeem doorgaans niet te maken.
3. Bij de behandeling dient primair ingezet te worden op het vermijden van luxerende contactfactoren.
4. Dermatocorticosteroïden kunnen toegepast worden om klachten te doen verminderen. Als alternatief kunnen tacrolimus of pimecrolimus worden overwogen, evenals lichttherapie.
5. Voorlichting op de werkplek vermindert de incidentie en prevalentie van contacteczeem.

contacteczeem. Constitutioneel eczeem of een voorgeschiedenis van constitutioneel eczeem is een risicofactor voor het ontwikkelen van irritatief contacteczeem. Beroepen waarin expositie plaatsvindt met een sterk allergeen, vormen een risico op het ontwikkelen van allergisch contacteczeem. Ook het uitoefenen van een risicoberoep in combinatie met een verstoorde huidbarrière en verhoogde aanleg voor contacteczeem vormen een risico. Voorafgaand aan vuil werk kan het nuttig zijn om de handen in te vetten, bijvoorbeeld met vaseline. Dat voorkomt vaak de noodzaak om achteraf de handen intensief te wassen. Indien de handen niet zichtbaar zijn vervuild, wordt aanbevolen om gebruik te maken van handalcohol in plaats van water en zeep indien desinfectie is gewenst. Dit desinfecteert beter dan zeep en is minder schadelijk voor de huid. In situaties waarin de handen niet zichtbaar zijn vervuild en geen desinfectie nodig is, kan het beste gebruik worden gemaakt van alleen water. Ook wordt aanbevolen om snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en na iedere natwerkhandeling. Adequate handschoenen dienen zo nodig en zo kort mogelijk gedragen te worden. Het gebruik van handschoenen dient afgestemd te worden op de aard van het werk en de gewenste bescherming tegen blootstelling. Voorlichting op de werkvloer vermindert de incidentie en prevalentie van contacteczeem. Bij verdenking op werkgebonden factoren dient overleg met de bedrijfsarts plaats te vinden en dienen luxerende werkfactoren geïdentificeerd te worden. Vervolgens dienen werkplekaanpassingen

te worden overwogen. Screening van medewerkers op handeczeemklachten draagt bij aan de reductie van de prevalentie van handeczeemklachten.

Organisatie van de zorg

Over het algemeen worden de diagnostiek en behandeling van contacteczeem ingezet door de huisarts. De huisarts verwijst door naar de dermatoloog voor aanvullende diagnostiek indien het eczeem na 6 tot 8 weken, ondanks optimale behandeling en therapietrouw, persisteert of als de aard en ernst hier aanleiding toe geven. Als de huisarts of dermatoloog en de patiënt samen tot de conclusie zijn gekomen dat de huidbelasting op de werkplek een rol speelt, is het aangewezen om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Deze zal zowel de werkgever als de patiënt een advies geven over reductie van belasting aan huidirriterende factoren op het werk. Degene die de oorzaak van het contacteczeem vaststelt, heeft de taak om de regie te voeren over de voorlichting aan de patiënt.

Referenties

1. *Richtlijn Contacteczeem. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; 2013. Te raadplegen op: www.nvdp.nl/wp-content/uploads/2014/08/Richtlijn-contacteczeem-2013.pdf (bekeken op 8 april 2016).*
2. *European Baseline series. Te raadplegen op: http://www.escd.org/aims/standard_series (bekeken op 8 april 2016).*