

# Arbeidsrelatert håndeksem

---

## KLINISK OVERSIKT

### MARI SVEEN KVAM

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

og

Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utforming/design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Mari Sveen Kvam er spesialist i revmatologi og er i spesialisering i arbeidsmedisin. Hun er rådgivende overlege i NAV arbeid og ytelser.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### JOSE HERNÁN ALFONSO

E-post: jose.alfonso@stami.no

Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Han har bidratt med idé, utforming/design, litteratursøk, design og tilpassing av figurene, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Jose Hernán Alfonso er spesialist i arbeidsmedisin, ph.d. og overlege. Han er nasjonal sekretær for Norge i International Commission on Occupational Health (ICOH).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### TERESA LØVOLD BERENTS

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

og

Seksjon for hudsykdommer

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utforming/design, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Teresa Løvold Berents er spesialist i hudsykdommer, ph.d. og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BRITT GRETHE RANDEM

Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Britt Grethe Randem er dr.med., spesialist i arbeidsmedisin og i samfunnsmedisin, overlege og seksjonsleder.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### EVA STYLIANOU

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

og

Lungemedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utforming/design, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Eva Stylianou er dr.med., spesialist i indremedisin og i lungesykdommer og seksjonsleder.

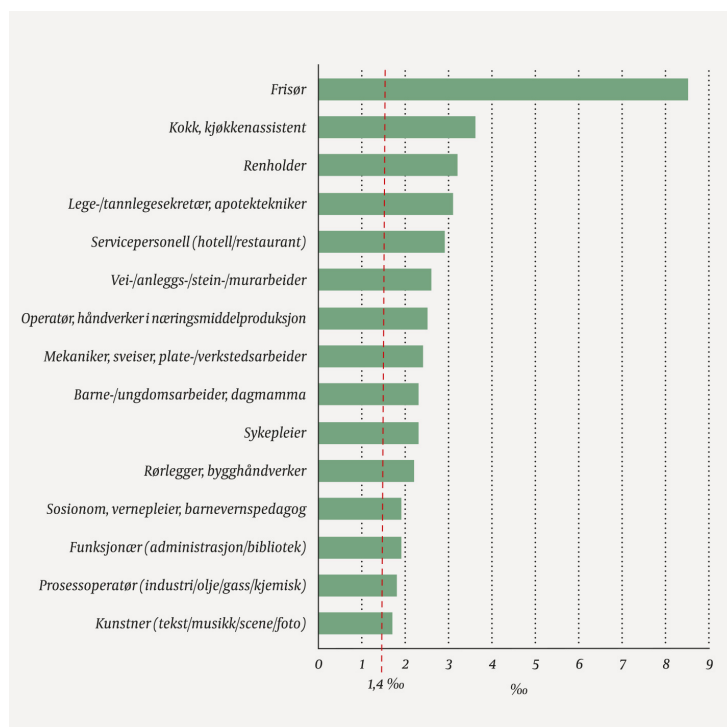
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mari Sveen Kvam og Jose Hernán Alfonso har bidratt i like stor grad til artikkelen.

Håndeksem er den vanligste arbeidsrelaterte hudsykdommen og forekommer oftest i «våtyrker». Samarbeid mellom fastlege, hudlege og arbeidsmedisiner er gjerne nødvendig for å finne ut om yrkeseksponering er årsak til håndeksem. Målet for utredningen er å påvise utløsende allergen eller irritant. Forebygging, tidlig diagnose og intervensjon er viktig for å unngå kronifisering, sykefravær, omskolering og arbeidsuførhet.

Håndeksem er en inflammatorisk hudsykdom lokalisert til hender, håndledd eller nedre del av underarmer (1). Håndeksem anses som arbeidsrelatert når yrkeseksponering, helt eller delvis, er årsak til lidelsen. Arbeidsrelatert håndeksem bør mistenkes når pasienten forteller om debut/forverring ved arbeid og bedring i ferier og/eller helger (2).

En norsk populasjonsbasert studie viste en prevalens av håndeksem på 11,3 %, hvorav litt over en tredel var arbeidsrelatert (3). Ulike datakilder tyder på at sykdommen forekommer hyppig hos servicearbeidere og offshorearbeidere (4, 5). Figur 1 viser andel av yrkesaktive behandlet for kontakteksem i spesialisthelsetjenesten i perioden 2012–14.



**Figur 1** Andel yrkesaktive, født 1967–76, med diagnose kontakteksem i spesialisthelsetjenesten i perioden 2012–14 (15 mest utsatte yrker på topp). Antall per 1 000 (‰). Rød stripe viser gjennomsnittet for norske yrkesaktive. Kilde: Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø, Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Denne kliniske oversikten bygger på et skjønnsmessig utvalg litteratur kombinert med forfattergruppens erfaring.

## Klinisk bilde, risikofaktorer og inndeling

Håndeksem kan inndeles etter etiologi, morfologi og/eller lokalisasjon (1). Klinisk er det praktisk å skille mellom akutt og kronisk eksem (1).

Akutt håndeksem viser seg oftest med erytem, ødem, vesikler og papler. Utslettet starter vanligvis med kløende millimeterstore vesikler, ofte lokalisert palmart og på sidene av fingrene.

Kronisk håndeksem er karakterisert ved erytem, ødem, hudfortykkelse, skjelling, fissurer og

erosjoner. Det har oftest en varighet over tre måneder, med tre eller flere utbrudd siste år, uten annen bakenforliggende sykdom eller infeksjon og uten respons på lokal steroidbehandling (6).

Endogene risikofaktorer omfatter forandringer i hudbarrieren som for eksempel atopisk eksem (7, 8). Mutasjon i genet for filaggrin, et barriereprotein i huden, er en risikofaktor både for atopisk eksem og kronisk håndeksem (9).

Eksogene risikofaktorer kan deles inn i to hovedtyper: irritativt og allergisk håndeksem.

Irritativt håndeksem skyldes en inflammatorisk reaksjon etter eksponering for kjemiske, fysiske og/eller mekaniske irritanter. Den vanligste årsaken er vått arbeid (ramme 1) (10). Eksempler på yrkesgrupper spesielt eksponert for vått arbeid er frisører, helsepersonell, renholdere, kjøkken/kantinearbeidere, mekanikere, bygningsarbeidere og bønder (4, 11). Kvinner og unge arbeidstagere er oftest mest eksponert (3, 4). Irritativt håndeksem er en eksklusjonsdiagnose, og pasienter må utredes for mulige allergiske årsaker til eksemet (2).

---

### Ramme 1 Definisjon på vått arbeid (10)

Vått arbeid er arbeid som gjør at hendene

- er i kontakt med vann i to timer eller mer per dag, eller
- vaskes over 20 ganger per dag, eller
- dekkes av tette hansker to timer eller mer per dag

---

Allergisk håndeksem skyldes hudkontakt med et stoff som igangsetter en immunologisk reaksjon. Den vanligste reaksjonen er en cellemediert, immunologisk reaksjon (type IV-reaksjon). Hyppig forekommende yrkesallergener er hårfargemidler, konserveringsmidler, metaller, gummi, formaldehyd, epoksy, akrylater og isocyanater (11). Eksempler på de mest utsatte yrkesgruppene er frisører, mekanikere, sveisere og tannleger (11) (figur 2).



**Figur 2** Eksempel på kontakteksem hos en frisør. Foto: Science Photo Library / NTB scanpix

Proteinkontakteksem er en subgruppe av allergisk kontakteksem. Det utløses av hudkontakt med et protein som igangsetter en IgE-mediert, immunologisk reaksjon (type I-reaksjon) med en etterfølgende eksematisering. Den eksakte patofysiologiske mekanismen er ukjent. Pasienten vil rapportere svie, kløe og brenning sekunder til minutter etter eksponering for det aktuelle proteinet. Proteinkontakteksem forekommer i yrker med vått arbeid og hyppig hudkontakt med proteiner fra mat, dyr og/eller planter. Eksempler på utsatte yrkesgrupper er kokker, fiskere, bakere, veterinærer og dyrepleiere (11).

# Diagnostikk

Ved mistanke om arbeidsrelatert håndeksem er målet å påvise utløsende allergen eller irritant. Diagnosen stilles gjennom en grundig, målrettet sykehistorie, klinisk undersøkelse og supplerende testing (2). Dette er en tidkrevende prosess som krever samarbeid mellom fastlege, hudlege, bedriftshelsetjeneste og/eller arbeidsmedisinsk avdeling. Når det er mistanke om arbeidsrelatert håndeksem, bør pasienten tidlig henvises til spesialisthelsetjenesten.

## SYKEHISTORIE

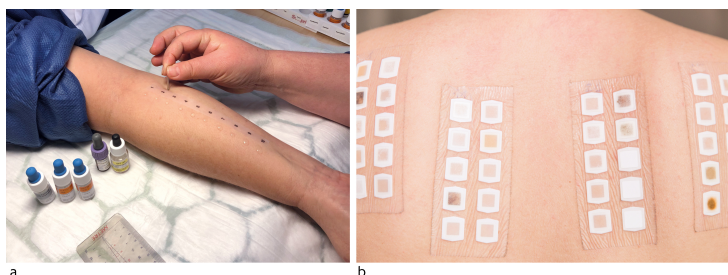
Arbeidsanamnesen kartlegger pasientens yrkeseksponeringer for hudirritanter og allergener for å identifisere sammenheng mellom arbeidseksponering og sykdomsdebut/forverring og forbedring i friperioder. Arbeidsanamnese og systematisk gjennomgang av sikkerhetsdatablad kan ofte bidra til diagnostiseringen av arbeidsrelatert allergisk håndeksem (12).

Sikkerhetsdatablad inneholder informasjon om farlige egenskaper og anbefalte vernetiltak ved bruk av kjemikalier. Arbeidsgiver har plikt til å sørge for at sikkerhetsdatabladene er tilgjengelige. Arbeidsmedisinsk bistand kan være nyttig i tolkning av disse. Bedriftshelsetjenesten kan bistå med opplysninger om eksponeringsforhold, yrkeshygieniske målinger, arbeidsplassbesøk, tilrettelegging av arbeidsoppgaver og omplassering i behandlingsfasen.

Miljøanamnesen fokuserer på risikofaktorer i hjemmet og fritidsaktiviteter. Kosmetikk og hygieneprodukter kan inneholde allergifremkallende stoffer. Pleie av små barn, hagearbeid og vedlikehold av biler og maskiner kan innebære vått arbeid. Hobbyer kan involvere håndtering av lim, maling, planter og eksotiske treslag. I ulike sportsaktiviteter som håndball, vektløfting, gripetak på golfkølle og tennisracket kan man komme i kontakt med gummibaserte allergener eller harpiks. Klimaforhold som luftfuktighet, varme, kulde og UV-lys kan også være medvirkende faktorer.

## KLINISK UNDERSØKELSE OG SUPPLERENDE TESTING

Hendene må undersøkes for tegn på akutt eller kronisk eksem. Pasienten kan bli utredet med blant annet epikutantesting, prikktesting og/eller IgE-analyser i blod (figur 3). Hudbiopsi er unntaksvis nødvendig for å utelukke andre inflammatoriske hudsykdommer som for eksempel psoriasis. Et asymmetrisk kløende utslett kan gi klinisk mistanke om dermatofytose. Vanlige differensialdiagnoser inkluderer også atopisk eksem, skabb og pustulosis palmoplantaris.



**Figur 3** a) Prikktesting. Foto: Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, Oslo universitetssykehus. b) Epikutantesting. Foto: neeila/iStock

Epikutantesting (lappetesting) brukes for å diagnostisere allergisk kontakteksem ved kronisk eller residiverende håndeksem. Testingen foregår ved at pasienten får satt på lapper med valgte allergener, i lave konsentrasjoner, på ryggen. Lappene skal sitte på i 48 timer. Testmaterialet blir valgt ut ifra arbeids- og miljøanamnesen slik at aktuelle kontaktallergener fra både hjemmemiljø og arbeidsplass blir inkludert. Det finnes testserier for ulike yrkeseksponeringer, for eksempel frisørserie, olje- og kjølevæskeserie og dentalserie m.m. Testing med pasientens eget materiale foretas når indikasjonen er til stede (2).

Prikktesting og spesifikk IgE brukes ved mistanke om proteinkontakteksem. Prikktesting kan utføres med standardiserte ekstrakter eller med prikk-i-prikk-metode med ferskt materiale, for eksempel fisk, frukt eller grønnsaker.

Der man ikke kan påvise utløsende agens, kan det (unntaksvis) være behov for å sykmelde pasienten som en test for å avklare en mulig arbeidsrelatert eksem.

## Behandling

Tidlig intervensjon som identifiserer og sanerer aktuelle irritanter/allergener er det viktigste ved behandlingen. Vi anbefaler å følge tilgjengelige retningslinjer for behandling av kronisk håndeksem (13).

## Forebygging

Hovedmålet med primærforebygging er å beholde huden frisk i arbeidssituasjonen. Arbeidsrelatert håndeksem forebygges best ved å redusere eksponeringen for de hudirriterende og allergifremkallende stoffene, bl.a. ved å erstatte produktene som irriterer. Informasjon om risikofaktorer og hudpleie bidrar til forebygging i risikogrupper (2).

Riktig hanskebruk hjelper til med å beskytte hendene når det ikke er mulig å fjerne eller erstatte skadelige eksponeringer. Aktuell hansketype vil variere, og bedriftshelsetjenesten kan bidra med å finne riktig type hansker. Det er viktig å være klar over at hanskebruk i seg selv kan forårsake håndeksem, enten på grunn av sensibilisering overfor hanskematerialet (f.eks. tiuramer, karbamater, lateks) eller på grunn av det fuktige miljøet hansken skaper, såkalt okklusjonsdermatitt. Ved å bruke bomullshansker eller bambushansker under de tette hanskene kan hendene holde seg tørre (14).

Hovedmålet med sekundær forebygging er tidlig diagnostisering og behandling for å unngå et kronisk og residiverende forløp. Ved mistanke om arbeidsrelatert sykdom bør dette meldes til Arbeidstilsynet (skjema 154b). Arbeidstilsynet kan besøke arbeidsplassene og anbefale forebyggende tiltak (5).

Ved tertiær forebygging er målet medisinsk, yrkesmessig og sosial rehabilitering. Kronisk håndeksem kan føre til langtidssykefravær, omskolering og/eller tap av arbeidsevne (10). Man bør søke Nav om å få arbeidsrelatert håndeksem godkjent som yrkessykdom. Tiltrettelegging på arbeidsplassen kan bidra til at arbeidstageren holder seg i arbeid. Når dette ikke er mulig, kan omskolering være nødvendig.

---

### LITTERATUR:

1. Lachapelle JM. Clinical subtypes and categorization of hand eczema: an overview. I: Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach H, red. Textbook of hand eczema. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014: 25–36.
2. Alfonso JH, Bauer A, Bensefa-Colas L et al. Minimum standards on prevention, diagnosis and treatment of occupational and work-related skin diseases in Europe - position paper of the COST Action StanDerm (TD 1206). J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31 (suppl 4): 31–43. [PubMed][CrossRef]
3. Vindenes HK, Svanes C, Lygre SHL et al. Prevalence of, and work-related risk factors for, hand eczema in a Norwegian general population (The HUNT Study). Contact Dermat 2017; 77: 214–23. [PubMed][CrossRef]
4. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018, status og utviklingstrekk. STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018. <https://stami.no/content/uploads/2018/06/Faktaboka-2018.pdf> (21.1.2019).
5. Alfonso JH, Løvseth EK, Samant Y et al. Work-related skin diseases in Norway may be underreported: data from 2000 to 2013. Contact Dermat 2015; 72: 409–12. [PubMed][CrossRef]

6. Apfelbacher CJ, Akst W, Molin S et al. CARPE: a registry project of the German Dermatological Society (DDG) for the characterization and care of chronic hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011; 9: 682–8. [PubMed]
7. Ruff SMD, Engebretsen KA, Zachariae C et al. The association between atopic dermatitis and hand eczema: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2018; 178: 879–88. [PubMed][CrossRef]
8. Berents TL, Saunes M, Schopf T et al. Atopisk eksem. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0071. [PubMed][CrossRef]
9. Heede NG, Thuesen BH, Thyssen JP et al. Hand eczema, atopic dermatitis and filaggrin mutations in adult Danes: a registry-based study assessing risk of disability pension. *Contact Dermat* 2017; 77: 95–105. [PubMed][CrossRef]
10. Technical Rules for Hazardous Substances. TRGS 401: risks resulting from skin contact – determination, evaluation, measures. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2008.  
[https://www.baua.de/EN/Service/Legislative-texts-and-technical-rules/Rules/TRGS/pdf/TRGS-401.pdf?\\_\\_blobpublicationFile&v=2](https://www.baua.de/EN/Service/Legislative-texts-and-technical-rules/Rules/TRGS/pdf/TRGS-401.pdf?__blobpublicationFile&v=2) (10.1.2018).
11. Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25): Policy and Practice Review. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2008.  
[https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE7007049ENC\\_skin\\_diseases](https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE7007049ENC_skin_diseases) (21.1.2019).
12. Friis UF, Menné T, Flyvholm MA et al. Occupational allergic contact dermatitis diagnosed by a systematic stepwise exposure assessment of allergens in the work environment. *Contact Dermat* 2013; 69: 153–63. [PubMed][CrossRef]
13. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema–short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13: 77–85. [PubMed]
14. Alfonso JH. Preventive measures for occupationally induced immediate contact reactions. I: Giménez-Arnau A, Maibach H, red. *Contact urticaria syndrome – diagnosis and management*. Cham: Springer, 2018: 149–60.

---

Publisert: 5. februar 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0213  
Mottatt 2.3.2018, første revisjon innsendt 23.9.2018, godkjent 5.11.2018.  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no