

ner den vestlige befolkning møter (7, 11). Nikkelallergi er den vanligste form for kontaktallergi, og i EU ble salg av nikkelholdige produkter som vil være i kontakt med huden forbudt fra 1997. Man antar at dette tiltaket vil medføre at insidensen for nikkelallergi avtar (12). Flere studier viser at insidensen av kontaktallergi er høyere hos kvinner enn hos menn (7). Det er økt hyppighet av kontaktallergi innenfor yrker der man daglig utsettes for kontakt med allergifremkallende stoffer, det gjelder f.eks. frisører og mekanikere.

Utredning av kontaktallergi

Kontaktallergi kan utredes med epikutanter (lappetest, patchtest) (6, 8, 9, 12–14). Man har et antall testserier. Den mest brukte ved Rikshospitalet er standardserien (fra Chemotechnique Diagnostics), som inneholder 26 ulike stoffer, deriblant de vanligste allergene. Vehikkelserien som brukes ved Rikshospitalet inneholder åtte ulike midler, bl.a. Brulidine. Denne serien settes sammen i avdelingen. Det finnes også testserier rettet mot spesielle grupper av stoffer eller utsatte yrkesgrupper. Ved andre mistenkte allergener er det mulig å bruke egne stoffer som fortynnes.

Epikutantestene utføres ved at stoffene legges i små skåler på et område med normal hud, oftest på rygg eller lår. Lappene fjernes vanligvis etter to dager, og avlesning skjer etter 2–7 dager. Reaksjonen graderes fra I til IV, der II er en sikker positiv reaksjon.

Ved mistanke om allergisk kontakteksem for medikamenter, kosmetikk eller annet som

er produsert for å brukes på huden, kan man benytte seg av en såkalt brukertest. Denne utføres ved at pasienten smører mistenkt agens på et friskt hudområde på ca. 4 × 4 cm to ganger daglig i opptil sju dager. Ved reaksjon under applikasjonen skal man avslutte tidligere. Positiv brukertest, dvs. eksematøse forandringer i testområdet, indikerer oftest at pasienten har kontaktallergi for påførte agens. Irritativ reaksjon kan imidlertid også gi positiv test, mens negativ test stort sett vil utelukke allergi. Ved en positiv brukertest er det anbefalt å gå videre med epikutantesting.

Konklusjon

Disse to kasuistikkene illustrerer hvor viktig en grundig anamnese kan være for å finne årsaken til akutt eksem og sår med manglende tilheling. Pasientene har lett for å glemme å nevne håndkjøpspreparater som de har brukt i egenbehandling.

Teresa Løvold Berents

tberents@rikshospitalet.no

Karianne Nodenes

Hudavdelingen

Rikshospitalet

0027 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tørisen HM, red. Felleskatalogen. Oslo: Fagbokforlaget, 2007: 209.
2. Lützw-Holm C, Rønnevig JR. Allergic contact dermatitis from dibrompropamidine cream. Contact Dermatitis 1988; 18: 100–1.

3. Lützw-Holm C. Allergic contact dermatitis from dibrompropamidine cream. Contact Dermatitis 1989; 20: 160.
4. Tupker RA, Schuur J, Coenraads PJ. Irritancy of antiseptics tested by repeated open exposures on the human skin, evaluated by non-invasive methods. Contact Dermatitis 1997; 37: 213–7.
5. Saint-Mezard P, Rosieres A, Krasteva M et al. Allergic contact dermatitis. Eur J Dermatol 2004; 14: 284–95.
6. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH et al. Dermatology. New York: Springer Verlag, 2000, 467–81.
7. Schäfer T, Böhrer E, Ruhdorfer S et al. Epidemiology of contact allergy in adults. Allergy 2001; 56: 1192–6.
8. Kar-Seng L, Mark BYT, Anthony TJG et al. Contact sensitization in patients with chronic venous leg ulcers in Singapore. Contact Dermatitis 2007; 56: 94–8.
9. Giordano-Labadie F, Rancé F, Pellegrin F et al. Frequency of contact allergy in children with atopic dermatitis: results of a prospective study of 137 cases. Contact Dermatitis 1999; 40: 192–5.
10. Dotterud LK, Smith-Sivertsen T. Allergic contact sensitization in the general adult population: a population-based study from Northern Norway. Contact Dermatitis 2007; 56: 10–5.
11. Helsing P. NOLAR Årsrapport 2005/2006. Oslo: Norsk Dermatologisk Selskap, Kvalitetsutvalget, 2007.
12. Jensen CS, Lisby S, Baadsgaard O et al. Decrease in nickel sensitization in a Danish schoolgirl population with ears pierced after implementation of a nickel-exposure regulation. Br J Dermatol 2002; 146: 636–42.
13. Cronin E. Contact dermatitis. New York: Churchill Livingstone, 1983.
14. Hansen S, Kroon S. Epikutantesting og nikkelallergi. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 433–5.

Manuskriptet ble mottatt 2.11. 2007 og godkjent 12.6. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.

Kommentar

Når behandlingen er problemet

Artikkelen til Berents & Nodenes illustrerer flere viktige dermatologiske poenger.

For det første: De vanligste årsaker til uventet dårlig respons på behandling av hudsykdom er gal diagnose eller feilslått terapivalg. Muligheten for kompliserende allergisk kontakreaksjon overfor lokalt nyttede midler må imidlertid alltid has in mente, særlig når de kliniske funn trekker i denne retning.

For det andre: Så lenge pasienten holder seg til reseptbelagt lokalbehandling, vil legen ha god kontroll med aktuelle virkestoffer og tilsetningsstoffer. Det må imidlertid alltid tas høyde for at mange pasienter supplerer den foreskrevne behandlingen med reseptfrie legemidler, kosmetika eller naturpreparater.

Kontaktallergiske reaksjoner overfor håndkjøpspreparater er mindre vanlig enn kontaktallergi mot topikale midler generelt (1). Det stiller krav til legens årvåkenhet. Spør alltid om bruk av slike preparater samt

om bruk av ikke-medisinske midler når den kliniske utvikling ikke er som forventet!

Kontaktallergi overfor dibrompropamidin (Brulidine) ses ikke ofte, men bruken av substansen er utbredt. De samme forhold gjør seg gjeldende for velkjente håndkjøpspreparater som krotamiton (Eurax) (2), bacitracin (Bacimycin) (3) og lidokain (4). Paradoksalt nok kan også håndkjøpspreparatet hydrokortison og andre lokale steroider føre til kontaktallergi, noe som er en virkelig utfordring for dermatologen (5).

Jeg vil også, som Berents & Nodenes, slå et slag for «brukertest» som metode. Så lenge man ikke tester med åpenbare irritanter (f.eks. vaskemidler), er dette en bra og kanskje undervurdert måte å tilnærme seg fenomenet kontaktallergi på. Etter 16 år i faget hudsykdommer har jeg ennå ikke sett en henvisning som refererer til resultatet av «brukertest» – men den ville nok blitt godt mottatt! Hvorvidt en positiv «brukertest» skyldes kontaktallergi mot aktivt virkestoff eller mot andre tilsetninger i produktet, er

noe som dermatologen kan finne ut av i ettertid ved hjelp av målrettet lappetesting.

Dag Sollesnes Holsen

dag.holsen@helse-bergen.no

Hudavdelingen

Haukeland universitetssykehus

5021 Bergen

Litteratur

1. de Pàdua CA, Schnuch A, Nink K et al. Allergic contact dermatitis to topical drugs – epidemiological risk assessment. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2008; 17: 813–21. doi: 10.1002/pds.1588.
2. Hara H, Masuda T, Yokoyama A et al. Allergic contact dermatitis due to crotamiton. Contact Dermatitis 2003; 49: 219.
3. Schalock PC, Zug KA. Bacitracin. Cutis 2005; 76: 105–7.
4. Amado A, Sood A, Taylor JS. Contact allergy to lidocaine: a report of sixteen cases. Dermatitis 2007; 18: 215–20.
5. Matura M, Goossens A. Contact allergy to corticosteroids. Allergy 2000; 55: 698–704.

Manuskriptet ble mottatt 2.1. 2009 og godkjent 9.1. 2009. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.