

skifte jobb for pasientene med allergisk sykdom og nødvendig tilrettelegging på arbeid for de med ikke-allergisk sykdom (ramme 1).

I dette tilfellet tok utredningen for lang tid. Ved nyoppstått astma hos en arbeidstaker er det en fordel å få gjort toppstrøms hastighetsregistreringer og testing av bronkial reaktivitet før behandlingen starter. Spørsmålet om videre arbeid ble i dette tilfellet reist på et tidlig tidspunkt, men pasienten var ikke selv i stand til å gjøre noe med det. Derfor fortsatte han i eksponert arbeid med den følge at sykdommen forverret seg. Det å skifte arbeid er en alvorlig beslutning og de fleste trenger konkret veiledning og hjelp til å komme i kontakt med arbeidskraftsmyndighetene.

Jon Andsnes Berg*

jonandsnesberg@gmail.com

Håkon Lasse Leira

Unni Bratt

Siri Slåstad

Arbeidsmedisinsk avdeling

St. Olavs hospital

7006 Trondheim

* Nåværende arbeidssted:

Glittrelinnikken
1488 Hakadal

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Anees W, Gannon PF, Huggins V et al. Effect of peak expiratory flow data quantity on diagnostic sensitivity and specificity in occupational asthma. *Eur Respir J* 2004; 23: 730–4.
2. Leira HL, Bratt U, Slåstad S. Notified cases of occupational asthma in Norway: exposure and consequences for health and income. *Am J Ind Med* 2005; 48: 359–64.
3. Karjalainen A, Kurppa K, Martikainen R et al. Work is related to a substantial portion of adult-onset asthma incidence in the Finnish population. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 565–8.
4. Newman Taylor AJ, Cullinan P et al. BOHRF guidelines for occupational asthma. *Thorax* 2005; 60: 364–6.
5. Douwes J, Gibson P, Pekkanen J et al. Non-eosinophilic asthma: importance and possible mechanisms. *Thorax* 2002; 57: 643–8.

6. Malo J-L. Future advances in work-related asthma and the impact on occupational health. *Occup Med* 2005; 55: 606–11.
7. Leira HL, Berg JA, Bratt U et al. Mye arbeidsrelatert sykdom blant astmatikere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2367–9.
8. Tarlo SM, Boulet L, Cartier A et al. Canadian Thoracic Society. Guidelines for occupational asthma. *Can Respir J* 1998; 5: 289–300.
9. Nicholson PJ, Cullinan P, Taylor AJ et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma. *Occup Environ Health* 2005; 62: 290–9.
10. Beach JR, Dennis JH, Avery AJ et al. An epidemiologic investigation of asthma in welders. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1394–400.
11. Norsk arbeidsmedisinsk forening – Kvalitetsutvalget. Arbeidsmedisinske veiledninger: Astma. www.nhi.no/amv [25.2.2008].

Manuskriptet ble mottatt 3.1. 2007 og godkjent 13.6. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Kommentar

Når jobben er problemet

I omkring 15% av nyoppståtte astmatikere hos voksne er eksponering i arbeidet vesentlig for utvikling av sykdommen (1). Korrekt diagnose er en forutsetning for å kunne igangsette adekvate tiltak når astma opptrer som følge av eksponering i arbeidet. I tilfeller som skyldes sensibilisering mot allergener i arbeid, vil tidlig intervensjon kunne bedre prognosen vesentlig. Dette forutsetter at legene kan identifisere tilstanden og evner å iverksette nødvendige tiltak. Går det mer enn et år etter symptomdebut før sanering av de aktuelle allergener, vil imidlertid mer enn halvparten av pasientene utvikle kronisk astma, selv om de tas ut av arbeidet (2).

Berg og medarbeidere viser et godt eksempel på de utfordringer som diagnostikk og oppfølging av nyoppstått astma medfører hos yrkesaktive voksne. Astmadiagnosen kan være vanskelig og bør prinsipielt være stilt på objektivt grunnlag så tidlig som mulig i forløpet. Målinger av ekspiratorisk toppstrøms hastighet (PEF) i tidlig fase iverksatt av allmennlege eller bedriftslege mens pasienten fortsatt er i arbeid, kan gi gode holdepunkter for at arbeidsavhengig bronkokonstriksjon foreligger. Metoden skiller ikke absolutt mellom allergisk og annen type astma, for eksempel arbeidsforverret astma (3). I alt er ca. 250 forskjellige sensibiliserende stoffer beskrevet som årsak til allergisk astma i arbeid (4). Påvisning av sensibilisering kan kreve betydelig innsats. Innhentning av produktopplysninger fra be-

driften kan være et nyttig hjelpemiddel for å oppspore allergener i arbeidsatmosfæren. Mistanke om sensibilisering kan bekreftes ved prikktest eller spesifikt IgE i serum, men få allergenekstrakter er kommersielt tilgjengelig. Spesielt ved småmolekylære allergener, slik som isocyanater, vil hudtester eller blodprøver som oftest ikke kunne gi diagnosen. Luftveisprovokasjon er referansemetoden, men denne er bare unntaksvis tilgjengelig i Norge (5). Atopi er risikofaktor for sensibilisering for høymolekylære allergener. Arbeidsbetinget rhinitt opptrer før astma i mange tilfeller og diagnostisering av denne vil i slike tilfeller kunne føre til at adekvate tiltak blir satt inn før astma utvikles (6). På grunn av forsinket og lite presis diagnostikk vil beslutningsgrunnlaget i mange tilfeller være spinkelt.

Ved alle tilfeller av nyoppstått astma hos voksne må man overveie muligheten av sensibilisering i arbeidet som årsak til sykdommen. Ut fra dette kan effektiv intervensjon igangsettes i tidlig fase og kronisk astma forebygges. Påvisning av ett eneste tilfelle av allergisk yrkesastma gir grunnlag for primærforebyggende tiltak på arbeidsplassen som kan forhindre at nye arbeidstakere blir sensibilisert.

Tor Brøvig Aasen

tor.aasen@helse-bergen.no

Yrkesmedisinsk avdeling

Haukeland universitetssykehus

5021 Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Eagan TM, Gulsvik A, Eide GE et al. Occupational airborne exposure and the incidence of respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 933–8.
2. Rachiotis G, Savani R, Brant A et al. Outcome of occupational asthma after cessation of exposure: a systematic review. *Thorax* 2007; 62: 147–52.
3. Chiry S, Cartier A, Malo JL et al. Comparison of peak expiratory flow variability between workers with work-exacerbated asthma and occupational asthma. *Chest* 2007; 132: 483–8.
4. van Kampen V, Merget R, Baur X. Occupational airway sensitizers: an overview on the respective literature. *Am J Ind Med* 2000; 38: 164–218.
5. Vandenplas O, Malo JL. Inhalation challenges with agents causing occupational asthma. *Eur Respir J* 1997; 10: 2612–29.
6. Moscato G, Vandenplas O, Gerth van WR et al. Occupational rhinitis. *Allergy* 2008; 63: 969–80.

Manuskriptet ble mottatt 12.1. 2009 og godkjent 21.1. 2009. Medisinsk redaktør Erlend Hem.