



First things first: het prepatchproces

S. Kerre

Bij het klinische onderzoek van een allergische contactdermatitis (ACD) primeren het klinische beeld en de lokalisatie. De klassieke presentatie van een ACD is die van een eczeem, in de vorm van sterk jeukende erythemateuze papels en vesikels in de acute fase tot een meer droog, schilferend gelichenificeerd beeld in de chronische fase en dit gelokaliseerd op de plaats van contact. Valkuilen zijn een niet-eczemateuze presentatie en een niet-evidente lokalisatie.

KLINISCHE BEELD

De prototypische eczemateuze presentatie

Hoewel dit beeld (vooral in de acute fase) uiteraard steeds een allergisch contacteczeem suggereert, is niet ieder eczeem van contactallergische origine en dient er rekeninggehouden te worden met:

- andere vormen van eczeem zoals een irritatieve contactdermatitis, atopisch, seborroïsch, nummulair/coccogeen dyshidrotisch en hyperkeratotisch eczeem. Anderzijds sluiten deze vormen van eczeem geen contactallergische oorzaak uit, of kan er sprake zijn van een multifactorieel eczeem.
- andere dermatosen zoals een psoriasis, een tinea, een prebulleus stadium van een bulleus pemfigoïd, parasitosen, een cutaan lymfoma en een collagenose zoals een lupus en een dermatomyositis (die zich kan presenteren in de vorm van *mechanic hands*, sterk lijkend op een chronisch handeczeem). [1]

Niet-eczemateuze presentatie

Bij een acute contactdermatitis kan de inflammatie dermatofors zijn dat er klinisch gedacht wordt aan een bulleuze dermatose of een angio-oedeem.

Urticaria kunnen een uiting zijn van (niet) immunologische contacturticaria. Nog moeilijkere beelden ontstaan bij een allergische contactdermatitis die zich presenteert als een lichen planus, een granulomateuze dermatose, als een lupus, een neutrofiële of eosinofiële dermatitis, een pseudolymfoma, purpura, hyper- of hypopigmentatie, erythema multiforme, een vasculitis, een erythroderma of exfoliatieve dermatitis.

De presentatie van een orale contactdermatitis is zeer variabel gaande van droogte, *burning mouth*, stomatitis, cheilitis tot lichenoïde of granulomateuze reacties. Ook astma en respiratoire klachten zijn beschreven als uiting van een contactallergie zoals voor acrylaten, isocyanaten en persulfaten. Extra cutane presentaties van contactallergie worden vooral in verband gebracht met problemen met implantaten (prothesen en stents).

Hoofdpijn, buikpijn, diarree en algemene malaise zijn mogelijk (en vaak gecontesteerde) uitingen van een contactallergie. [2,3]

LOKALISATIE

Aangezien een ACD per definitie ontstaat op de plaats van contact is de lokalisatie van essentieel belang in de diagnostiek en het achterhalen van het oorzakelijke allergeen. Een ACD die ontstaat op de plaats van contact geeft dan ook meestal geen problemen. Diagnostische verwarring ontstaat wanneer lokalisatie en allergeen niet lijken te matchen. Het is belangrijk hierbij rekening te houden met de wijze waarop het allergeen in contact komt met de huid en met bevorderende factoren.

Wijze van contact met de huid

Direct contact met de huid. Een ACD op een oorlel bij het dragen van oorbellen stelt meestal geen probleem. Toch dient men ook bij dergelijke evidente diagnoses op zijn hoede te blijven en rekening te houden met verrassende allergenen (bijvoorbeeld door contaminatie). Bij een perianale dermatitis zijn gebruikte topica, vochtige doekjes maar ook kruiden aangevoerd via de darm verdacht. [4]

Naast een direct contact met de huid, dient men ook rekening te houden met indirect of niet-intentioneel contact.

Ectopische dermatitis betekent dat de contactdermatitis ontstaat op een andere lokalisatie dan de oorspronkelijke contactplaats. Door de handen wordt het allergeen overgebracht naar een plaats die het ontstaan van een contactdermatitis faciliteert omdat de huid er bijvoorbeeld dunner is. Ectopische dermatitis is vooral van belang bij aantasting van de oogleden en anogenitaal. Allergenen hiervoor verantwoordelijk zijn metalen, nagelcosmetica en lijmen.

Een **aerogene** dermatitis manifesteert zich vooral op lucht blootgestelde delen van het lichaam (gelaat, in het bijzonder de oogleden), nek, bovenste deel van de romp, handen, polsen en onderarmen. Aantasting van bedekte lichaamsdelen sluit een aerogene contactdermatitis niet uit omdat de allergenen bijvoorbeeld kunnen achterblijven in kleding.

Ook de plooiën kunnen aangetast zijn ten gevolge van inhalatie van allergene partikels die ingeademd worden en resulteren in een systemische contactdermatitis (SCD).

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Imeldaziekenhuis, Bonheiden

Aerogene dermatitis wordt vooral uitgelokt door professionele allergenen; plastics, rubbers, lijmen, harsen, metalen, planten en hout maar ook medicatie en bewaarmiddelen zijn recentere stijgers. [5-7]

Een **systemische** contactdermatitis ontstaat na systemische (percutaan, transmucosaal, oraal, intraveneus, intramusculair, via inhalatie of door implantaten) blootstelling van een reeds gesensibiliseerde patiënt aan zijn allergeen of kruisreagerende substantie.

In principe kan dergelijke reactie op elk allergeen ontstaan op voorwaarde dat de patiënt zeer gevoelig is en/of het allergeen voldoende krachtig is, of in grote hoeveelheid toegediend wordt. [8]

Medicatie zoals antibiotica, antihistaminica, NSAID maar ook steroiden toegediend in de vorm van neus- of oorspray zijn bekende uitlokkende factoren. [9]

Voeding is een tweede belangrijke bron van een SCD. Meer specifiek betreft het reacties op sesquiterpeenlactonen aanwezig in groenten of thee, perubalsem, kaneel, knoflook en urushiol. [10-12]

Metalen en in het bijzonder nikkel in voeding blijven een bron van controversie maar kunnen zeer uitzonderlijk toch systemische reacties uitlokken. Inhalatie van kwik en meer recentelijk van isothazolines in bijvoorbeeld verven zijn andere oorzaken van een SCD. [13]

Allergie voor metalen in implantaten (orthopedisch, dentaal, stents, gynaecologisch) kan uitzonderlijk leiden tot systemische reacties, maar resulteert eerder in functieverlies of lokale reacties. [14]

Een SCD kan zich manifesteren als een recall dermatitis met opflakking van de oorspronkelijke dermatitishaard of een eerder uitgevoerde patchtest. Perianale aantasting, een vesiculous handeczem (dyshidrotisch eczeem of pompholyx) is ook mogelijk. Vaak is er een symmetrische aantasting van de oksels en of de liezen, eventueel met een typisch baboon-aspect. Een symmetrische (!) aantasting van de armen onder de vorm van vesikels of sterk jeukende papels is uiteraard minder specifiek. Gegeneraliseerde reacties kunnen gemengd eczematous, urticaal of zelfs erythrodermisch of EEM-like zijn. Een gegeneraliseerde contactdermatitis kan dus wijzen op een SCD. De oorzaak kan echter ook een allergeen zijn met meerdere toepassingen zoals parfum gebruikt in haarshampoo,

Oorzakelijke allergenen
zijn cosmetica, parfums,
haarkleurstoffen
en medicatie.

douchegel en bodylotion, een allergeen dat over een grote oppervlakte in contact komt met de huid, zoals bij textiel of een sofa dermatitis, of ook een allergie voor meerdere allergenen tegelijkertijd. [15,16]

Ten slotte kan een gegeneraliseerd beeld ook het gevolg zijn van een strooireactie waarbij er aanvankelijk sprake was van een gelokaliseerde reactie.

Een **connubial** dermatitis (ook wel consort of dermatitis by proxy genoemd) ontstaat wanneer het allergeen door een ander persoon wordt aangebracht. Dit kan rechtstreeks zijn, aerogeen of door middel van gecontamineerde kleding, beddengoed of gebruiksvoorwerpen. Dit kan het beeld zijn van een klassiek contacteczem of een niet-eczemateuze presentatie. De lokalisatie kan een typische contactplaats zijn (bijvoorbeeld genitaal), unilateraal, gegeneraliseerd maar ook bizar en op het eerste gezicht onlogisch. Oorzakelijke allergenen zijn cosmetica, parfums, haarkleurstoffen en medicatie. [2,17]

Bevorderende factoren

Dat dikte van de huid een rol speelt in de lokalisatie van een eczeem blijkt uit het gemakkelijker ontstaan van een ACD voor handschoenen op de rugzijde van de handen. Ectopische dermatitis voor nagellak op de dunne oogleden is een ander typisch voorbeeld.

Zonlicht is een noodzakelijke factor bij een fotoallergische contactdermatitis.

Fotoallergische contactdermatitis presenteert zich meestal in de vorm van een scherp begrensd, symmetrisch contacteczem op zonblootgestelde delen van het lichaam met typische uitsparing retroauriculair of submentaal maar kan zich vervolgens ook generaliseren. Bekende uitlokkers zijn zonnefilters (ook aanwezig in dagcrèmes), topische NSAID, pesticiden en parfums.

Wrijving, frictie en zweten bevorderen het ontstaan van een contactdermatitis voor textiel in de plooiën.

Een voorafgaandelijke beschadigde huid bijvoorbeeld rond een stoma of bij een eerderbestaande dermatose (stase dermatitis) faciliteert penetratie in een bovendien zeer allergeniserend milieu en is mede een verklaring voor de lanoline paradox.

ANAMNESE [18-20]

Een goede, uitgebreide en gerichte anamnese is essentieel bij het vermoeden van een ACD. Uiteraard zullen de klinische presentatie, lokalisatie en tijdsrelatie hierin een belangrijke leidraad zijn. Vragen hebben vooral betrekking op de thuis-situatie, de werkomgeving, vrijetijdsbestedingen, relaties, en gebeurtenissen waarbij telkens gepolst wordt naar potentiële allergenen (beroepsgebonden, cosmetica, hulpmiddelen, kleding, medicatie en voeding) en mogelijke wijzen van blootstelling.

Het is ook zinvol om op basis van de kliniek rekening te houden met profielen van contactallergenen. Bepaalde lokalisaties, bepaalde klinische presentaties kunnen immers vrij 'typisch' zijn voor sommige allergenen. Zo kunnen PPD en ketoprofen zeer hevige reacties uitlokken op karakteristieke lokalisaties. Vooroordelen en onvoldoende kennis bij zowel patiënt als de arts kunnen leiden tot het missen van de diagnose.

Tabel 1. Vragenlijst bij contactdermatitis.

De anamnese behelst vragen naar	
Een reeds vooraf bestaande dermatose	Atopisch eczeem? Seborroïsch eczeem? Psoriasis?
Vragen over de lokalisatie	Waar zit de dermatose? Waar is de dermatose begonnen?
<i>Ziet u zelf ergens een verband mee?</i>	
Vragen over de tijdsrelatie	Sedert wanneer bestaat de last? Is de last continu of gaat ze op en af? Wordt ze geritmeerd door werk, hobby's of vakanties? Hoe lang na de applicatie van een product ontstond de last? Is er een verband met de zomer of winter?
Vragen over de thuissituatie	Welke producten [topica, cosmetica] gebruikt u? Welke cosmetica gebruikt u voor anderen? Wat gebruiken andere leden van het gezin? Ziet u een verband met bezigheden van andere leden van het gezin, familie, huisdieren? Ziet u een verband met huishoudelijke bezigheden? Woont u op één plaats?
Vragen over het beroep	Wat doet u precies? Waar komt u mee in contact? Draagt u werkkleding of handschoenen of een masker?
Vragen over woon-werkverkeer	Gaat u met auto, fiets of openbaar vervoer?
Vragen over hobby's	Wat behelst de hobby precies? Wat heb je ervoor nodig? Speciale kleding of hulpmiddelen?
<i>Vragen over bezoek aan kapper, pedicure, manicure, schoonheidsinstituut, tandarts of fysiotherapeut</i>	
Vragen over medicatie	Welke pillen, supplementen, zalven, crèmes, neus- of oordruppels gebruikt u? Gebruikt u homeopathische geneesmiddelen? Gaat u naar de fysiotherapeut, krijgt u massages? Recente inspuitingen of vaccinaties? Recent bezoek aan de tandarts?
Vragen over voeding	Zijn vooral zinvol bij periorale, perianale problemen of bij het vermoeden van een SCD.
Vragen over behandeling	Wat heeft u al gebruikt? Trad hiermee verbetering op?
Valkuilen kunnen zowel bij de patiënt als bij de arts liggen	
Bij de patiënt	Bij de arts
Heeft vaak reeds een vooringenomen idee	Vooringenomenheid (patiënt is al bekend met een dermatose)
Legt meestal een verband met iets nieuws	Het klinische beeld past niet bij een allergische contactdermatitis
Legt een verkeerde tijdsrelatie	Een allergisch contacteczeem moet steeds vertraagd optreden
Denkt vaak aan voeding, medicatie	Detergenten veroorzaken enkel orthoërgische reacties (allergische contactdermatitis voor vloeibare wasmiddelen en tandpasta bewijzen het tegendeel)
Selecteert op basis van eigenschappen, labels zoals hypoallergeen, natuurlijk, biologisch en plaats van aankoop	Allergische contactdermatitis voor steroïden, harde voorwerpen, edele metalen, niet-latex handschoenen en wondverbanden bestaat niet
Gebruikt meer producten dan hij vertelt (aankopen via internet)	Onvoldoende inschatting beroepsomstandigheden van patiënt
Houdt (on)bewust informatie achter (zwart werk)	Onvoldoende of niet-geactualiseerde kennis

LITERATUUR

- Mori T, Ohashi T, et al. Clinicopathological analysis of mechanic's hand associated with dermatomyositis. *Australas J Dermatol* 2016;57:e2123-e126.
- Pongpaioj K, Ale I, et al. Proposed ICDRG Classification of the clinical presentation of contact allergy. *Dermatitis* 2016;27(5):248-58.
- Van Aerde E, Kerre S, Goossens A. Discoid lupus triggered by allergic contact dermatitis caused by a hair dye. *Contact Derm* 2016;74(1):61-4.
- Vermaat H, Smienk F, et al. Anogenital allergic contact dermatitis, the role of spices and flavour allergy. *Contact Derm* 2008;59(4):233-7.
- Swinnen I, Goossens A. An update on airborne contact dermatitis: 2007-2011. *Contact Derm* 2013;68(4):232-8.
- Swinnen I, Ghys K, Kerre S. Occupational airborne contact dermatitis from benzodiazepines and other drugs. *Contact Derm* 2014;70(4):227-32.
- Amsler E, Aerts O, et al. Airborne allergic contact dermatitis caused by isothiazolinones in water-based paints: a retrospective study of 44 cases. *Contact Derm* 2017;77(3):163-70.
- Kulberg A, Schliemann S, Elsner P. Contact dermatitis as a systemic disease. *Clin Dermatol* 2014;32(3):414-9.

9. Faber MA, Sabato V, et al. Systemic allergic dermatitis caused by prednisone derivatives in nose and ear drops. *Contact Derm* 2015;73(5):317-20.
10. Paulsen E. Systemic allergic dermatitis caused by sesquiterpene lactones. *Contact Derm* 2017;76(1):1-10.
11. Mertens M, Gilissen L. Generalized systemic allergic dermatitis caused by *Cinnamomum zeylanicum* in a herbal tea. *Contact Derm* 2017;77(4):259-61
12. Wolf R, Orion E, et al. Contact dermatitis: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2013;31(4):467-78.
13. Aerts O, Cattaert N, et al. Airborne and systemic dermatitis, mimicking atopic dermatitis, caused by methylisothiazolinone in a young child. *Contact Derm* 2013;68(4):250-1.
14. Schalock PC, Menné T, et al. Hypersensitivity reactions to metallic implants - diagnostic algorithm and suggested patch test series for clinical use. *Contact Derm* 2012;66(1):4-19.
15. Lisi P, Stingeni L, et al. Clinical and epidemiological features of textile contact dermatitis: an Italian multicentre study. *Contact Derm* 2014;70(6):344-50.

De complete literatuurlijst is, vanaf drie weken na publicatie in dit tijdschrift, te vinden op www.nvdv.nl.

CORRESPONDENTIEADRES

Stefan Kerre

E-mail: stefan.kerre@imelda.be

SAMENVATTING

De diagnose van een allergische contactdermatitis is gebaseerd op een aantal stappen; klinisch onderzoek, anamnese, patchtesten, de relevantie hiervan en het effect van vermijden van het allergeen.

Idealiter is er een beeld van een contacteczeem, is er een duidelijke anamnese van een contactfactor, zijn er positieve patchtesten die relevant zijn en leidt vermijden van het/de allerge(e)nen tot verdwijnen van de contactdermatitis.

In deze tekst wordt er verder ingegaan op de aanpak en valkuilen bij klinisch onderzoek en anamnese.

TREFWOORDEN

contactdermatitis – klinisch onderzoek – anamnese

SUMMARY

The diagnosis of an allergic contact dermatitis is based on clinical examination, a thorough history, patch tests and awaiting the effect of avoiding the allergen.

Under ideal circumstances the patient presents with an eczematous dermatitis, has a clear history, with positive, relevant patch tests and subsequently the avoidance of the allergen leads to healing.

This article deals with the approach to contact dermatitis and pitfalls in the clinical examination and history taking in patients with contact dermatitis.

KEYWORDS

allergic contact dermatitis – clinical examination – anamnesis

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling.

Geen.