

Nikkelallergie

DOOR DR. F. H. J. KORTENHORST, HUISARTS TE EINDHOVEN

Wanneer men in de overzichten der medische literatuur zoekt onder het hoofd „nikkel”, dan blijkt over dit onderwerp slechts weinig te zijn geschreven, hetgeen te meer opvalt wanneer een vergelijking wordt gemaakt met de uitgebreide gegevens over andere min of meer verwante metalen uit de eerste overgangsrEEKS van het periodieke systeem, zoals in volgorde: chroom, mangaan, ijzer, kobalt, koper en zink. Nikkel staat in deze reeks tussen kobalt en koper. Biochemisch lijkt nikkel niet belangrijk, toxische werkingen van dit metaal worden in de industrie tegenwoordig weinig gezien, als carcinoogeen is dit element een van de vele verdachten. Als allergeen blijkt het echter opvallende eigenschappen te bezitten, het is tegenwoordig het meest aange- toonde contactallergeen.

De dermatoloog *Calnan* schatte in 1956 dat drie procent van de vrouwen die zijn Londense polikliniek bezochten allergisch was voor nikkel. In mijn huisartsenpraktijk te Eindhoven kon ik in 1961 een nikkelallergie aantonen bij 27 van de 1100 vrouwen boven de twintig jaar, dat is dus bij 2½ procent. Bij mannen komt nikkelsensibilisatie veel minder voor.

Waarom de veelvuldigheid van het vóórkomen van nikkelallergie zo weinig in het oog springt blijkt uit het volgende. Van de 27 door mij onderzochte vrouwen met een nikkelallergie, hadden elf het nooit nodig gevonden voor hun klachten een arts te raadplegen. Van de overige zestien patiëntes waren er slechts drie wegens nikkelallergieverschijnselen door een dermatoloog gezien. Daar de huisarts vaak maar eenmaal de patiënte met een advies helpt, wordt ook hij betrekkelijk zelden met het ziektebeeld geconfronteerd. De gebleken grote frequentie van het vóórkomen van nikkelsensibilisatie onder vrouwen geeft deze allergie echter recht op meer belangstelling dan welke zij tot op heden in literatuur en praktijk heeft mogen ontvangen.

Blaschko vermeldde als eerste in 1889 bij een beschrijving van het galvaniseurseczeem verschijnselen welke, achteraf beschouwd, als secundaire uitingen van een nikkelallergie zijn te duiden. *Schittenhelm* en *Stockinger* toonden in 1925 aan, dat sensibilisatie door nikkelionen de belangrijkste voorwaarde was voor het optreden van eczemen bij galvaniseurs. Door verbeterde bedrijfshygiëne werden de arbeiders nadien beter beschermd tegen contact met nikkelzouten, zodat het optreden van „nikkelschurft” thans in de galvaniseerbedrijven tot de zeldzaamheden behoort. Buiten de galvaniseerindustrie werd aan het nikkel als allergeen weinig

aandacht besteed, totdat *Calnan* in 1956 vaststelde dat in Londen het nikkelion de meest voorkomende oorzaak was van contactallergieën bij vrouwen. *Marcussen* (1959 en 1960) kwam wat betreft Kopenhagen tot dezelfde conclusie. *Wells* stelde vast dat uit munten en metalen kledingonderdelen nikkelionen oplossen in kunstmatig zweet. Door bewerking van gegevens van het Finsen Instituut te Kopenhagen toonde *Marcussen* aan, dat van 1934 tot 1955 de percentages positief uitgevallen plakproeven parallel liepen met de nikkelimport van Denemarken. Van de 727 voor nikkel gesensibiliseerden bleken er slechts 24 ooit werkzaam te zijn geweest in de nikkelindustrie. Deze onderzoekingen maakten duidelijk dat de kans op nikkelsensibilisatie in een welvaartstaat zich verplaatst „van de producent naar de consument”.

Over de verschijnselen waarmee de nikkelallergische patiënt de arts benadert kan het volgende worden gezegd.

De primaire nikkelallergie-uitingen bevinden zich op en om de directe contactplaatsen van het metaal. Deze geven het beeld van het contacteczeem. Het jarreteleczeem is de meest voorkomende primaire uiting. Treedt het eczeem op door nikkelhoudende oorbellen, dan imponeert het als een impetigo. Allerlei metaalhoudende kledingonderdelen en versieringen zoals goedkope kettinkjes, armbanden, ringen en onderdelen van polshorloges kunnen dit directe contacteczeem geven. Omdat de oorzaak de patiënt gauw duidelijk is en de jeuk niet al te heftig, komt een groot deel van de patiënten met deze klachten niet bij de arts. Wanneer de aandoening zich beperkt tot deze contacteczemen dan is verwijdering van het metaal (niet het omwikkelen of tegennaaien van lapjes!) voldoende om het eczeem in enkele dagen tot weken te laten verdwijnen. Zalfbehandeling is niet nodig.

De secundaire uitingen van een nikkelallergie treden op als uitbreiding van de primaire haarden en ook als symmetrisch verspreide erythemateuze gebieden, al of niet met papels of papulovesikels, met vaak zeer heftige jeuk, heftiger dan die van de primaire eczemen. Er kan lichenificatie optreden. Door deze erupties onderscheidt zich het ziektebeeld van dat van de meeste andere contactallergieën. Enerzijds kan dit doen denken aan zgn. „id”-reacties zoals bijvoorbeeld bij schimmelinfecties, anderzijds is er gewezen op de gelijkenis met de neurodermatitis, het late constitutionele eczeem. Het was *Calnan* al opgevallen dat de secundaire allergie-uitingen konden optreden ook zonder pri-

maire eczemen, zelfs konden zij worden gezien voordat er van primaire eczemen sprake was. De meest voorkomende lokalisaties van deze secundaire verschijnselen zijn de elleboogsplooiën, de zijkanalen van de hals, de romp, de binnenkant van de bovenbenen en soms het gehele lichaam. Ook aanvallen van algemene jeuk en van jeuk van de oogleden mag men tot deze groep rekenen.

Wat de therapie betreft kan worden gezegd dat, zonder tot zelfbehandeling over te gaan, weer eerst moet worden geprobeerd alle metaalcontact te vermijden, met name ook wat betreft de handen. Verder moet de patiënt worden gesedeerd. Wanneer de patiënt met deze behandeling niet duidelijk en snel verbetert dient er allereerst rekening te worden gehouden met de vaak praktische onmogelijkheid nikkelcontact van de handen te vermijden. Verder kan het zijn dat ander eczemen het beeld zijn gaan compliceren.

Andere eczemen werden door Calnan bij plm. 33 procent van zijn nikkelallergische patiëntes gevonden. Dat een van de vijf patiëntes een eczeem van de handen, „huisvrouweneczeem”, bleek te hebben kan worden gezien als een oorzaak voor, maar even goed als een gevolg van nikkelsensibilisatie. Wanneer men bedenkt dat er vaak een predispositie zal zijn om allergisch te worden en dat het optreden van de ene allergie predisponeert tot het verkrijgen van een andere allergie, dan is het

duidelijk dat deze bijkomende eczemen, al of niet allergisch van origine, het bovenbeschreven klinische beeld bij enkele patiënten kunnen vertroebelen. Wanneer dan ook een vermoedelijk nikkelallergische patiënt met de hierboven beschreven voorschriften niet geneest, is het verstandig de patiënt naar de dermatoloog te verwijzen, daar bij een groot aantal van deze patiënten zich andere allergieën hebben ontwikkeld, die alleen met plakproeven kunnen worden aangetoond.

Samenvatting. In een stadspraktijk werd bij 27 van 1100 vrouwen een sensibilisatie door nikkel aangetoond. Een verklaring wordt gegeven waarom de grote frequentie van dit ziektebeeld bij de huisarts en doorgaans ook bij de huidarts zo weinig in het oog springt. Verschijnselen en complicaties van nikkelallergie worden beschreven.

Summary. Nickel sensitivity. Sensitization to nickel was demonstrated in 27 out of 1100 women in a city practice. An attempt is made to explain why general practitioners, and as a rule also dermatologists, pay so little attention to the high frequency of nickel allergy, the symptoms and complications of which are discussed.

- Blaschko, A. (1889) Dtsch. Med. Wschr. 15, 925.
Calnan, C. D. (1956) Brit. J. Derm. 68, 229.
Calnan, C. D. en G. C. Wells (1956) Brit. med. J. I, 1265.
Kortenhorst, F. H. J. (1964) Nikkelallergie in een huisartsenpraktijk. Academisch proefschrift, Amsterdam.
Marcussen, P. V. (1959) Brit. J. Derm. 71, 97.
Marcussen, P. V. (1960) Brit. J. industr. Med. 17, 65.
Schittenhelm, A. en W. Stockinger (1925) Z.ges. exp. Med. 45, 58.
Wells, G. C. (1956) Brit. J. Derm. 68, 237.

World Health Organization-seminar on Public Health Practice and the Prevention of Mental Illness

Naar een definitie van Van de Calseyde — (1964) T. Soc. Geneesk. 42, 604 — directeur van het Regional Office Europe van de World Health Organization (W.H.O.), is een seminar een kleine bijeenkomst, waar in een bepaald onderwerp gespecialiseerde deelnemers onder leiding van een deskundige gezamenlijk het gekozen onderwerp bespreken en hun ervaringen uitwisselen.

Vergeleken met internationale conferenties, waar soms tot 2000 deelnemers aanwezig zijn, was op deze van 6 tot 17 juli 1964 in Londen gehouden bijeenkomst inderdaad sprake van een gering aantal deelnemers, aangezien het nimmer de zestig overtrof. Naar Nederlandse begrippen is dit nog een grote groep, welke vergadertechneisch moeilijk te hanteren is, zeker indien men bedenkt, dat deze deelnemers uit alle landen van Europa afkomstig waren en in hun communicatie waren aangewezen op het spreken van een taal, welke meestal niet hun moedertaal was. Het seminar was drietalig: Engels, Frans en Russisch. Zowel in de plenaire zitting als in twee van de vier gemengde discussiegroepen (Engels-Russische en Frans-Engelse) vond simultane vertaling plaats van het gesprokene. Door een knop te bedienen kon men de taal kiezen, welke men, via zijn koptelefoon, wilde beluisteren.

De dagindeling van het seminar bestond in het algemeen uit een plenaire ochtendzitting van ongeveer anderhalf uur, waarin door een forum van drie tot vier personen het onder-

werp van de dag werd ingeleid. Deze forumleden waren daartoe aangezocht uit de deelnemers of speciaal van buiten daartoe aangetrokken. Na deze inleiding was er alleen gelegenheid tot het stellen van „clarifying questions”. Vervolgens ging men naar een van de vier vaste werkgroepen, welke, in zittingen van eveneens ongeveer anderhalf uur, welke zowel in de ochtend als in de middag plaatsvonden, het leeuwedeel van het werk van het seminar verzetten. Er was een Engelse, Franse, Engels-Russische en Frans-Engelse discussiegroep met een vaste discussieleider en een wisselende rapporteur. In een de werkdag afsluitende plenaire middagzitting werd uit de vier discussiegroepen gerapporteerd. Daarna werd gelegenheid gegeven over het gehoorde in discussie te treden. Hiervan werd veel gebruik gemaakt.

Er waren vier categorieën deelnemers: deskundigen op het gebied der openbare gezondheidszorg, verantwoordelijk voor gezondheidsdiensten op districts- of plaatselijk niveau (Medical Officers of Health); psychiaters en sociaal-psychiaters; kinderartsen en huisartsen; wijkverpleegsters, districtsverpleegsters en maatschappelijke werkers.

Teneinde een evenredige verdeling van de disciplines op het seminar te waarborgen, had het secretariaat van de W.H.O. voor Europa aan elke regering medegedeeld uit welke van bovengenoemde categorieën het een afvaardiging van het betrokken land wenste. Elk land mocht een of twee afvaardigden zenden en desgewenst ook nog een waarnemer, zij het