

Työperäinen kosketusallergia ei ole katoamassa vaan muuttaa muotoaan

Työperäiset ihottumat ovat meluvammojen ja asbestisairauksien jälkeen kolmanneksi merkittävin ammattitautiryhmä Suomessa. Vuonna 2010 Työperäisten sairauksien rekisterissä oli 1 059 ammatti-ihotautiepäilyä tai ammattitautia, joista allergisten ihottumien epäilyjä oli 349. Vahvistettuja ammatti-ihotautitapauksia oli 358, ja niistä 164 oli allergisia. Muut vahvistetut tapaukset olivat pääasiassa ärsytyskosketusihottumia. Allergisten ammatti-ihotautien määrä on vähentynyt 1990-luvun alun vuosista, jolloin epäilyjä ja ammattitauteja oli jopa 1 500 vuodessa ja allergisen ihottuman epäilyjä noin 550. Aikaisempina vuosina ei ollut tietoa, kuinka moni epäilyistä vahvistettiin ammattitaudiksi.

Kosketusallergian aiheuttajia tunnetaan useita tuhansia, ja suuri osa niistä voi aiheuttaa myös työperäistä herkistymistä. Yksittäisten allergioiden yleisyys vaihtelee altistumisen muuttuessa: osa vanhoista allergioista katoaa, koska aineita ei enää käytetä, mutta työpaikoilla otetaan myös jatkuvasti käyttöön uusia kemikaaleja. Viivästyntä kosketusallergiaa tutkitaan epikutaanitestillä. Kaupallisia testiaineita on saatavilla vain noin 600:sta eri allergeenista. Ne eivät luonnollisestikaan sisällä aineita, joiden herkistävyttä ei ole vielä tunnistettu. Ainoa tapa löytää uusia kosketusallergioiden aiheuttajia on tutkia ihottuman syyksi epäiltyjä tuotteita. Omien aineiden ihotestaus on vaativaa, ja siinä on suuri mahdollisuus tehdä virhetulkintoja eri suuntiin. Vuonna 2013 Euroopan unioni on alkanut rahoittaa työperäisten ihosairauksien ehkäisyyn tähtäävää StanDerm COST -hanketta (www.cost.eu/TD1206), jonka osatavoitteena on kerätä tietoa uusista työpaikkojen allergeeneista.

Työperäinen kosketusallergia ilmenee yleensä käsien tai kyynärvarsien ihottumana. Asianmukaisten suojakäsineiden käyttö on tärkein työperäisen allergian ehkäisymenetelmä, silloin kun ihokosketusta allergeeniin ei voida muutoin estää. Suojakäsineet ovat kuitenkin varsin yleinen kosketusallergian aiheuttaja, koska suojakäsineen allergeenit ovat tiiviissä ja pitkäaikaisessa kosketuksessa käsien ihoon ja käsineen aiheuttama ihon hautuminen lisää allergeenien tunkeutumista ihoon. Vielä 1980-luvulla kumikemikaalit olivat merkittävin työperäisen kosketusallergian aiheuttajaryhmä. Tavallisin syy kumikemikaali-allergiaan ovat edelleen kumiset suojakäsineet. Luonnonkumikäsineet aiheuttivat allergiaepidemian terveydenhuollossa 1990-luvulla, ja silloin opittiin tuntemaan välitön luonnonkumiallergia. Monissa ammateissa ruvettiin käyttämään vinyylimuovisia käsineitä luonnonkumikäsineiden tilalla. Myös vinylylikäsineet ovat aiheuttaneet kohtalaisen paljon allergiseksi epäiltyä ihottumaa 2000-luvun puolella. Vinylylikäsineissä ei ole mitään selkeää yhtä allergeenia tai allergeeniryhmää, vaan monet eri aineet ovat aiheuttaneet yksittäisiä tai muutamia allergiatapauksia. Työterveyslaitoksessa havaittuja vinylylikäsineiden allergeeneja ovat olleet orgaaninen väriaine Irgalite Orange F2G (1), bisfenoli A (2, 3), bentsisotiatsolinoni (4) ja viimeisimpänä trifenyylifosfiitti (5). Näitä yhdisteitä ei ole kaikissa vinylylikäsineissä, ja ne voidaan korvata muilla aineilla. Uusien allergeenien havaitseminen johtaa yleensä niiden poistamiseen käsineistä mutta tilalle ilmaantuu uusia. Poistetut allergeenit saatetaan ottaa käyttöön uudestaan, kun allergia-asia on ehtinyt unohtua: vuonna 2013 havaitsimme

Työterveyslaitoksessa noin kymmenen vuoden tauon jälkeen muovikäsineen bisfenoli A:n aiheuttaman uuden allergiatapauksen.

Muovikemikaalit ovat ohittaneet kumikemikaalit allergisten ammatti-ihotautien aiheuttajina viime vuosikymmeninä, ja merkittävien muovikemikaaliryhmä on epoksiyhdisteet. Saksassa on havaittu hälyttävä epoksiallergian lisääntyminen rakennusalaalla erityisesti nuorilla työntekijöillä, jotka olivat olleet alalla alle kaksi vuotta (6). Uusi epoksiyhdisteiden käyttökohde Suomessa on putkistojen saneeraus niin sanotulla sukitusmenetelmällä. Ruotsissa on tutkittu tätä putkistojen pinnoitustyötä ja havaittu työntekijöiden nopea herkistyminen epoksiyhdisteille (7). Tutkijat havaitsivat työpaikoilla huomattavia puutteita työhygieniassa ja työntekijöiden perehdytyksessä (8). Työterveyslaitoksessa olemme juuri aloittaneet kolmivuotisen työperäisen epoksiallergian ehkäisyyn tähtäävän tutkimus-, kehittämis- ja tiedotusprojektin Työsuojelurahaston tuella.

Muovipaikka-aineiden käyttöönotto hammashoidossa aiheutti metakrylaattiallergiaepidemian hammashoidon ammattiteissa 1990-luvulla ja teki yhdessä luonnonkumikäsineiden käytön lisääntymisen kanssa hammashoidosta vaarallisimman ammatin allergisen kosketusihottuman suhteen. Hammaslääkärit ja -hoitajat ovat oppineet varomaan ihokosketusta muovipaikka-aineisiin. Anaerobiliimat ovat tällä hetkellä tärkeä metakrylaattiallergian lähde – niitä käytetään kokoonpanoteollisuudessa. Uusi riskiala akrylaattiallergian suhteen on kauneudenhoito: rakennekynnet ja aivan uusimpana ripsien pidennykset ovat tulleet muotiin Suomessakin. Rakennekynnet sisältävät samoja metakrylaatteja kuin hammaspaikka-aineet. Ripsiliimat sisältävät yleensä pääkomponenttina syanoakrylaatteja (9) mutta voivat sisältää myös metakrylaattiyhdisteitä (10).

Metalliala on edelleen tärkeä tuotantoala Suomessa. Metallityöstönesteet sisältävät herkistäviä antimikrobisia aineita, hartsihappoja ja etanoliamiineja. Uusia Työterveyslaitoksella löydettyjä metallialan allergeeneja ovat polyolefiniesteri (11), mäntyöljyn rasvahappojen monoetanoliamiiniyhdistös (12) sekä uusimpana vielä julkaisematon kapryyliidietanoliamiini.

Yksittäisen potilaan kannalta on tärkeää päästä täsmälliseen diagnoosiin mahdollisimman nopeasti. Jos aiheuttajaa ei tunneta, on sitä vaikea välttää. Jos altistuminen jatkuu, ihottuma voi kroonistua. Työterveyslaitoksen melko tuoreessa isossa työperäisen käsi-ihottuman aineistossa tärkein tekijä ennusteen kannalta oli ihottuman kesto diagnosihetkellä (13). Allergisella ihottumalla on usein hyvä ennuste, jos aiheuttaja voidaan poistaa. ■



KRISTIINA AALTO-KORTE, dosentti, ylilääkäri
Työterveyslaitos

SIDONNAISUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Kanerva L, Jolanki R, Estlander T. Organic pigment as a cause of plastic glove dermatitis. *Contact Dermatitis* 1985;13:41–3.
2. Estlander T, Jolanki R, Henriks-Eckerman ML, Kanerva L. Occupational contact allergy to bisphenol A. *Contact Dermatitis* 1999;40:52–3.
3. Aalto-Korte K, Alanko K, Henriks-Eckerman ML, Estlander T, Jolanki R. Allergic contact dermatitis from bisphenol A in PVC gloves. *Contact Dermatitis* 2003;49:202–5.
4. Aalto-Korte K, Alanko K, Henriks-Eckerman ML, Jolanki R. Antimicrobial allergy from polyvinyl chloride gloves. *Arch Dermatol* 2006;142:1326–30.
5. Suuronen K, Pesonen M, Henriks-Eckerman ML, Aalto-Korte K. Triphenyl phosphite, a new allergen in polyvinylchloride gloves. *Contact Dermatitis* 2013;68:42–9.
6. Geier J, Krauthelm A, Uter W, Lessmann H, Schnuch A. Occupational contact allergy in the building trade in Germany: influence of preventive measures and changing exposure. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84:403–11.
7. Berglind IA, Lind ML, Liden C. Epoxy pipe relining – an emerging contact allergy risk for workers. *Contact Dermatitis* 2012;67:59–65.
8. Fillenham G, Liden C, Anveden Berglind I. Skin exposure to epoxy in the pipe relining trade – an observational study. *Contact Dermatitis* 2012;67:66–72.
9. Bhargava K, White JM, White IR. Eyelid allergic contact dermatitis caused by ethyl cyanoacrylate-containing eyelash adhesive. *Contact Dermatitis* 2012;67:306–7.
10. Pesonen M, Kuuliala O, Henriks-Eckerman ML, Aalto-Korte K. Occupational allergic contact dermatitis caused by eyelash extension glues. *Contact Dermatitis* 2012;67:307–8.
11. Aalto-Korte K, Suuronen K. Contact allergy to polyolefin ester in a lubricant grease. *Contact Dermatitis* 2009;60:63.
12. Aalto-Korte K, Pesonen M, Kuuliala O, Suuronen K. Contact allergy from metal-working fluid traced to tall oil fatty acids monoethanolamide. *Contact Dermatitis* 2013;69:316–7.
13. Malkonen T, Alanko K, Jolanki R, ym. Long-term follow-up study of occupational hand eczema. *Br J Dermatol* 2010;163:999–1006.