

Der Informationsverbund
Dermatologischer Kliniken – IVDK

*Kontaktallergie verstehen
Allergene vermeiden
Präventiv arbeiten*

www.ivdk.org



*Kontaktallergie verstehen
Allergene vermeiden
Präventiv arbeiten*

IMPRESSUM

Anbieter gemäß § 5 TMG

Informationsverbund
Dermatologischer Kliniken (IVDK)
Geiststr. 3
D-37073 Göttingen

Tel: +49 551 505 39 625
Fax: +49 551 505 39 629

www.ivdk.org
jgeier@gwdg.de

Vertreter

Der IVDK wird gesetzlich vertreten
durch Prof. Dr. med. Johannes Geier,
Leiter des An-Institutes »IVDK an der
Universitätsmedizin Göttingen«.

Rechtliche Hinweise zur Organisationsform

Träger des An-Institutes ist der IVDK e.V.
(eingetragen beim Amtsgericht Göttingen,
NZSVR 2040)

August 2020

Inhaltsverzeichnis

Unser Anliegen	6
Die Aufgabe des IVDK	9
Wer wir sind	10
Wie wir arbeiten	12
Die Datenerhebung	12
Die Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse	12
Allergologische und methodische Schwerpunkte	13
Organisation des IVDK e.V.	15
Die Förderung des IVDK	15
Warum Förderer werden?	17
Die Kontaktallergie	19
Das allergische Kontaktekzem	19
Der Epikutantest	20
»Hitliste« der häufigsten Kontaktallergene	22
Ausgewählte Kontaktallergene	24
Konservierungsmittelallergie	24
Duftstoffallergie	26
Unverträglichkeitsreaktionen auf Tätowierungen	27
Kontaktallergie im Baugewerbe	28
Wie werde ich Fördermitglied?	30

Unser Anliegen

Etwa 20% der Bevölkerung haben eine Kontaktallergie. Im Verlauf eines Jahres erkranken ungefähr 7% der Bevölkerung an einem allergischen Kontaktekzem, das sich mit juckenden Hautrötungen, Entzündungen, Bläschen und nässenden Erosionen manifestiert. Ein solches Ekzem belastet die Betroffenen sehr; es stigmatisiert und schränkt die Lebensqualität ein, und kann – im Falle einer Kontaktallergie gegen einen Berufsstoff – zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.

Auch volkswirtschaftlich ist die Kontaktallergie von Bedeutung. Berufsbedingte Hauterkrankungen, meist Kontaktekzeme, stehen in Deutschland an der Spitze der gemeldeten Berufskrankheiten. Die in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten werden auf über 100 Mio. Euro pro Jahr geschätzt.

Im Gegensatz zu anderen Allergien, z.B. an den Atemwegen, ist die Kontaktallergie nicht heilbar. Es gibt keine ursächliche Therapie, keine Hyposensibilisierung. Die Betroffenen müssen ihre Kontaktallergene lebenslang strikt meiden, um ekzempfrem zu bleiben. Dazu müssen sie ihre Allergene und deren Vorkommen kennen. Damit sich möglichst wenig Menschen sensibilisieren, also überhaupt eine Kontaktallergie bekommen, ist Prävention wichtig. In den Produkten des täglichen Bedarfs wie auch in beruflich genutzten Produkten sollten möglichst wenig Allergene in möglichst geringer Konzentration enthalten sein. Gerade im beruflichen Kontext ist es jedoch nicht immer möglich, auf den Einsatz allergener Stoffe zu verzichten. Dann ist ein sicherer Umgang mit diesen Produkten von umso größerer Bedeutung.

Der IVDK mit seinen mehr als 50 angeschlossenen Hautkliniken widmet sich seit über 30 Jahren wissenschaftlich der Kontaktallergie – ihrer Diagnostik und Verbreitung, ihrer Überwachung und Eindämmung, den Risikogruppen und Expositionen, und vor allem der Prävention, denn die Menschen und ihre Gesundheit stehen für uns im Mittelpunkt.

Als gemeinnütziger Verein finanziert sich der IVDK aus den Fördergeldern der Mitglieder und den Fördergeldern für wissenschaftliche Arbeiten.

Diese Broschüre soll Ihnen einen Einblick in unsere Tätigkeit geben.

Prof. Dr. med. Johannes Geier

Die Aufgabe des IVDK

Der Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK) hat sich zum Ziel gesetzt, Kontaktallergien zu reduzieren, Produkte sicherer zu machen und die Allergiediagnostik zu verbessern. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt dabei auf der Prävention. Werden beispielsweise bestimmte Risiko-Expositionen erkannt, kann eine gezielte Beratung der Hersteller hinsichtlich ihrer Produkte erfolgen, um neue Sensibilisierungen zu verringern oder zu vermeiden. Werden bestimmte Allergien gehäuft in bestimmten Patientengruppen beobachtet, so können entsprechende Personen im Hinblick auf Allergenmeidung beraten werden.

Wir verfolgen unsere Ziele durch die kontinuierliche Erfassung, Analyse und Auswertung von Daten zur Kontaktallergie aus über 50 dermatologischen Abteilungen in Deutschland, der Schweiz und Österreich. Durch die große Datenmenge können Trends im Bereich der Kontaktallergie frühzeitig erkannt, Verläufe beobachtet, und speziell betroffene Patientengruppen gut identifiziert werden.

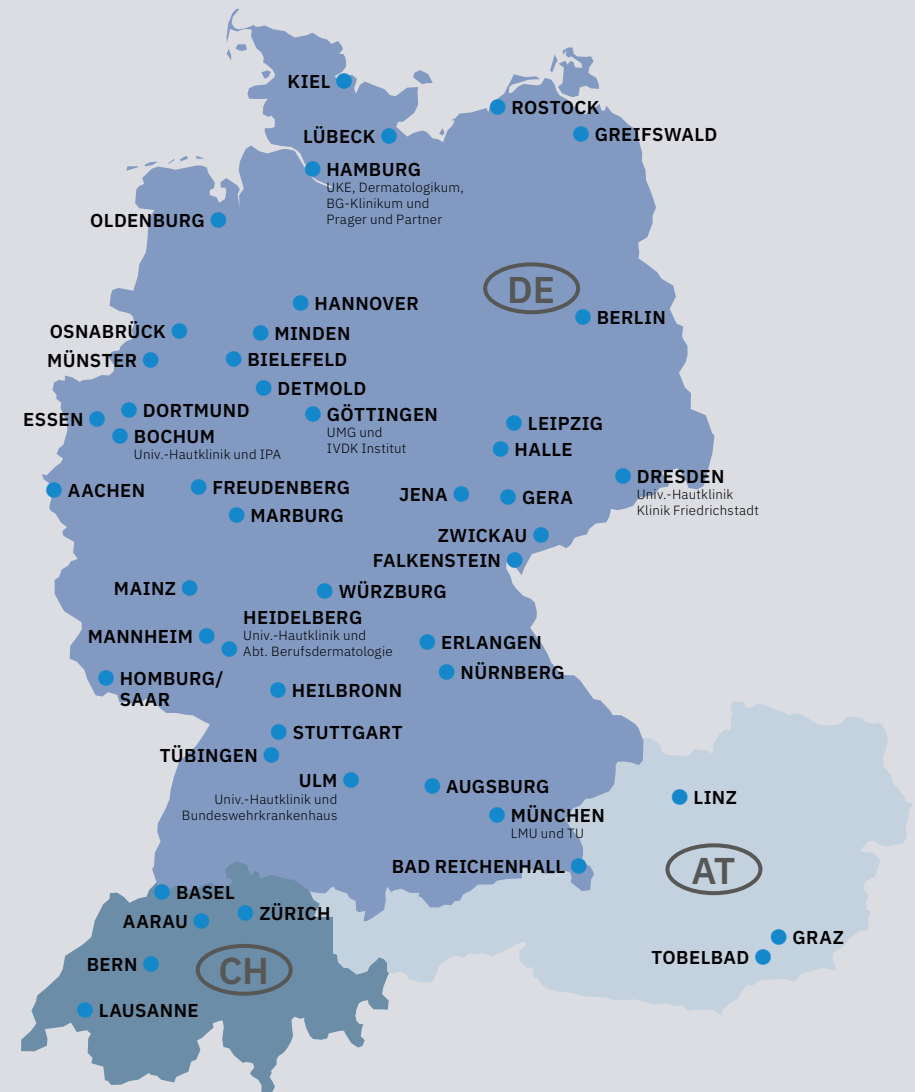
Die Vielzahl untersuchter Patienten ermöglicht es außerdem, die in Klinik und Praxis verwendeten Testallergene hinsichtlich ihrer diagnostischen Aussagekraft und Trennschärfe zu beurteilen, und die untersuchenden Dermatologinnen und Dermatologen bei der Auswahl geeigneter Testsubstanzen zu beraten.

Unsere Ergebnisse werden bei den halbjährlich stattfindenden Arbeitstreffen mit den beteiligten Kliniken diskutiert, auf Kongressen, Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen präsentiert und in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht. Darüber hinaus arbeiten wir im Sinne unserer Ziele eng mit der herstellenden Industrie, regulatorischen Behörden, und den Berufsgenossenschaften zusammen.

Wer wir sind

Der IVDK wurde 1988 von Prof. Dr. med. Axel Schnuch an der Universitäts-Hautklinik Göttingen gegründet. Zu Beginn nahmen 8 Hautkliniken am Verbund teil; inzwischen sind mehr als 50 dermatologische Zentren in Deutschland, der Schweiz und Österreich im IVDK aktiv, darunter die meisten der deutschen und schweizerischen Universitäts-Hautkliniken. Seit Beginn werden kontinuierlich Daten zur Kontaktallergie erfasst; aktuell kommen jährlich die Daten von gut 10.000 epikutan getesteten Patientinnen und Patienten neu hinzu. Die zentrale Datenbank des IVDK umfasst derzeit (Mai 2020) die pseudonymisierten Daten von ca. 280.000 Patientinnen und Patienten, und ist damit die weltweit größte Datenbank dieser Art.

Alle am IVDK beteiligten Zentren sind Mitglieder der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG), also der medizinisch-wissenschaftlichen Vereinigung interessierter Experten unter dem Dach der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG).



Am IVDK beteiligte dermatologische Zentren

Wie wir arbeiten

Die Datenerhebung

Alle Epikutantestungen werden nach den Leitlinien der DKG durchgeführt und abgelesen, wodurch eine einheitliche Codierung und ein hohes diagnostisches Niveau gewährleistet sind.

Klinische Details und Angaben zur Krankheitsvorgeschichte der betroffenen Patientinnen und Patienten werden mit einem einheitlichen, vom IVDK entwickelten und den Partnern kostenlos zur Verfügung gestellten Datenerfassungssystem (WinAlldat NET) in lokalen Datenbanken dokumentiert. Zu den erfassten Angaben gehören unter anderem: Geschlecht, Alter, Diagnose, Lokalisation der Hautveränderungen, vermutete Allergenquelle (individuelle Exposition), berufliche oder außerberufliche Verursachung der Hautkrankheit, relevante Kofaktoren u.a.m. – und selbstverständlich die Ergebnisse sämtlicher durchgeführter Epikutantests. Im Durchschnitt werden pro Fall (Patientenkonsultation) 65 ± 35 Allergene epikutan getestet.

Unter Beachtung aller Datenschutzbestimmungen, insbesondere der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), werden zweimal jährlich pseudonymisierte Auszüge aus den lokalen Datenbanken verschlüsselt an die IVDK-Zentrale gesandt, wo sie nach Entschlüsselung und einer standardisierten Qualitätskontrolle der zentralen Datenbank des IVDK hinzugefügt werden.

Die Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse

Der IVDK veröffentlicht die Ergebnisse seiner Tätigkeit in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und stellt sie auf nationalen und internationalen Kongressen und Tagungen vor. Außerdem werden jeweils betroffene Stakeholder wie die kosmetische oder die chemische Industrie, Hersteller

bestimmter Produkte oder auch die Berufsgenossenschaften oder regulatorische Behörden frühzeitig informiert, wenn Interventionsbedarf besteht.

Die am IVDK beteiligten Hautkliniken stellen (selbstverständlich mit dem Einverständnis der Patienten) dem IVDK die oben genannten Daten in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Gegenzug erhalten sie ein komfortables Dokumentationssystem, Qualitätssicherungsauswertungen, einen umfangreichen Service in allen Fragen der Kontaktallergie, Daten für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge sowie Beteiligungen an entsprechenden Veröffentlichungen.

Bisher sind über 500 wissenschaftliche Publikationen aus dem IVDK hervorgegangen (Stand Mai 2020). Eine Auflistung in (umgekehrt) chronologischer Reihenfolge findet man unter <http://ivdk.org/de/aktivitäten/publikationsliste/>.

Allergologische und methodische Schwerpunkte

- Darstellung des Sensibilisierungsspektrums einer bestimmten Patientengruppe, z.B. definiert durch den Beruf, die Lokalisation der Hauterkrankung oder bestimmte Expositionen
- Analyse von Risikofaktoren (z.B. Expositionen oder Berufe) für Sensibilisierungen gegen bestimmte Allergene
- Beschreibung der zeitlichen Entwicklung der Häufigkeit von Sensibilisierungen gegen bestimmte Allergene, insbesondere nach Interventionen zur Reduzierung der Exposition
- Untersuchungen zu den Epikutantestreaktionen auf bestimmte Testallergene unter dem Aspekt der Optimierung der Diagnostik

Regelmäßig wird das Spektrum der häufigsten Kontaktallergene untersucht. Vertiefte Datenanalysen wurden und werden unter anderem zu folgenden Bereichen publiziert:

Kontaktallergie gegen

- Metalle (vor allem Nickel, Kobalt, Chrom)
- Konservierungsmittel (Isothiazolinone, Formaldehyd-Depotstoffe, Parabene u.a.m.)
- Duftstoffe (die 26 deklarationspflichtigen Duftstoffe und mehr) und ätherische Öle

Kontaktallergie durch

- Friseurchemikalien
- Gummihandschuhe
- Kühlschmierstoffe
- Epoxidharzsysteme

Berufsbedingte Kontaktallergie bei

- Friseurinnen
- Maurern, Fliesenlegern und Bauarbeitern
- Metallarbeitern
- Krankenschwestern
- Altenpflegerinnen

Dies ist selbstverständlich nur eine Auswahl. Es wurden und werden zahlreiche Datenanalysen unter weiteren methodischen und inhaltlichen Aspekten bearbeitet.

Organisation des IVDK e.V.

Der IVDK e.V. ist der Träger des IVDK. Er ist ein beim Amtsgericht Göttingen eingetragener gemeinnütziger Verein mit dem satzungsgemäßen Zweck der »Förderung der klinischen Forschung und der Präventionsforschung unter Einschluss epidemiologischer Verfahren auf dem Gebiet der beruflich und außerberuflich hervorgerufenen allergischen Erkrankungen, insbesondere des Kontaktekzems«.

Zur Verfolgung dieses Zwecks unterhält der Verein das An-Institut »Zentrale des IVDK« an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG). Die gegenseitigen Verpflichtungen und Rechte, die sich im Wesentlichen auf die wissenschaftliche Kooperation und die Nutzung der (elektronischen) Infrastruktur der UMG erstrecken, sind in einem Vertrag zwischen dem IVDK e.V. und der UMG geregelt.

Das An-Institut wird ausschließlich durch Drittmittel finanziert; die Mitarbeiter der IVDK-Zentrale sind Angestellte des IVDK e.V.

Die Förderung des IVDK

Mitglieder des IVDK e.V. sind die am Verbund beteiligten dermatologischen Abteilungen und fördernde Mitglieder. Dabei handelt es sich vorwiegend um Firmen und Verbände aus dem Bereich der kosmetischen und chemischen Industrie, aber auch aus der Duftstoff-Industrie, sowie Konsumgüter-Konzerne. Eine vollständige Liste der aktuellen Förderer des IVDK e.V. finden Sie unter <http://ivdk.org/de/förderer>.

Die Beiträge der fördernden Mitglieder stellen die wichtigste Säule in der Finanzierung der IVDK-Zentrale dar. Hinzu kommen – in deutlich geringerem Umfang – Fördergelder für zeitlich befristete wissenschaftliche Projekte aus unterschiedlichen Quellen und mit unterschiedlichen Kooperationspartnern.

Das Geschäftsjahr des Vereins beträgt zwei Kalenderjahre. Alle zwei Jahre (im Frühjahr gerader Kalenderjahre) wird eine Mitgliederversammlung abgehalten, bei der nicht nur die üblichen und vorgeschriebenen Vereinsformalitäten erfüllt werden, sondern die Mitglieder auch über die aktuellen allergologischen Entwicklungen informiert werden.

Förderer des IVDK e.V. können sich selbstverständlich jederzeit mit speziellen Fragen direkt an die IVDK-Zentrale wenden.

Warum Förderer werden?

Der IVDK unterstützt seine Mitglieder mit einer Vielzahl an wissenschaftlich fundierten Daten und Analysen. Die IVDK-Daten bieten eine solide Grundlage für die Produktsicherheit, Verbrauchersicherheit und Arbeitssicherheit im Bereich der Kontaktallergie, die sich letztlich auch finanziell auszahlt. Unternehmen profitieren zum Beispiel von diesen Daten, wenn es darum geht, die Sicherheit der eigenen Produkte zu gewährleisten und langfristig zu überwachen. Dabei sind unterschiedliche Aspekte und Zielsetzungen von Bedeutung.

- **Bestätigung oder Nicht-Bestätigung der pre-marketing Risikoabschätzung:**
Beispiel: Im Falle des Konservierungsmittels Methylisothiazolinon verursachte eine höhere Einsatzkonzentration in Kosmetika unerwartet viele Sensibilisierungen.
- **Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen auf einer wissenschaftlichen Datenbasis:**
Beispiele: Zunahme der Sensibilisierungen gegen Methylisothiazolinon bei Patientinnen mit Verdacht auf Kosmetikaunverträglichkeit und gegen Epoxidharz im Baugewerbe.
- **Nachweis der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen:**
Beispiele: Rückgang der Sensibilisierungen gegen die Duftstoffe Eichenmoos und Isoeugenol nach Absenkung der Einsatzkonzentrationen. Rückgang der Neusensibilisierungen gegen Nickel bei jungen Frauen nach Implementierung der EU-Vorschriften zur Begrenzung der Nickelfreisetzung aus Modeschmuck.
- **Kontinuierlicher Nachweis der Sicherheit von Stoffen:**
Beispiele: Trotz weiter Verbreitung in kosmetischen Produkten werden kaum Sensibilisierungen gegen Phenoxyethanol oder Benzylalkohol beobachtet. Limonen-haltige Reinigungsmittel bringen offenbar kein erhöhtes Risiko für eine Sensibilisierung mit sich.

- **Wissenschaftliche Einordnung und Relativierung pauschalisierender Berichte zur Kontaktallergie in Medien oder Fachzeitschriften durch differenzierte Analysen:**

Beispiel: Insbesondere bei den Duftstoffen, aber auch bei den Konservierungsmitteln ergeben sich große Unterschiede in Bezug auf Verbreitung und Sensibilisierungshäufigkeit.

- **Identifikation der Produktgruppen, die Sensibilisierungen verursachen:**

Beispiel: Dieselben chemischen Verbindungen, z.B. bestimmte Konservierungsmittel, werden in völlig unterschiedlichen Bereichen eingesetzt. Methylisothiazolinon in Haushaltsreinigern führt eher nicht zur Sensibilisierung, ist aber in hohen Konzentrationen in Wandfarben (oder früher in Kosmetika) ein Problem.

Diese Ziele werden durch ein Monitoring-System, das wie im IVDK auf einer großen Datengrundlage basiert und die Daten aktiv generiert, zuverlässig erreicht. Passive Überwachungssysteme, die auf (freiwilligen) Meldungen von Unverträglichkeitsreaktionen basieren, sind diesbezüglich langsamer und unsicherer.

Für die IVDK-Mitglieder wird (ab 2020) alle zwei Jahre ein umfassender Bericht zum Kontaktallergiegesehen verfasst. Fördermitglieder beraten wir gern bei allen Fragen zu Allergenen und zur Kontaktallergie.

Eine Fördermitgliedschaft bietet sich auch für Privatpersonen, Gesellschaften und Vereine an, denen es ein persönliches Anliegen ist, einen gesellschaftlichen Beitrag dazu zu leisten, dass Menschen aller Lebensphasen gesund und mit hoher Lebensqualität im Einklang mit ihrer Umwelt leben können.

Die Kontaktallergie

Das allergische Kontaktekzem

Juckende Rötungen mit Verdickung der Haut sowie das Entstehen von Bläschen und nässenden Erosionen sind die typischen Merkmale eines allergischen Kontaktekzems.

Das allergische Kontaktekzem ist Ausdruck einer Überempfindlichkeitsreaktion bei Hautkontakt mit einem Allergen. Die Überempfindlichkeit selbst, die man als Fehlfunktion des Immunsystems ansehen kann, wird auch als Sensibilisierung bezeichnet.

Etwa 20% der Bevölkerung haben eine Kontaktsensibilisierung, und etwa 7% der Bevölkerung erkranken im Verlauf eines Jahres an einem allergischen Kontaktekzem.



Allergisches Kontaktekzem der Achsel bzw. der Hand

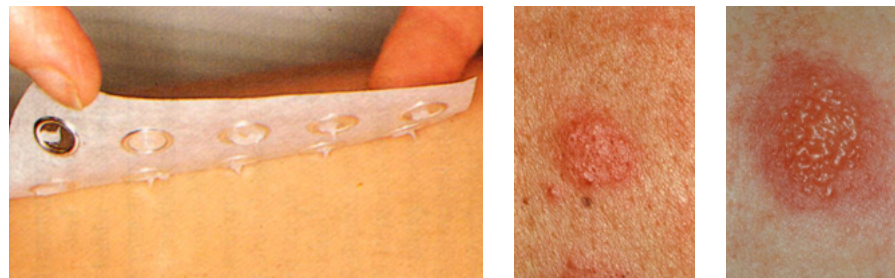
Wie alle anderen Formen der Allergie (Nahrungsmittelallergie, allergischer Schnupfen, allergisches Asthma) wird auch die Kontaktallergie im Laufe des Lebens erst durch den Kontakt mit dem jeweiligen Allergen erworben.

Das allergische Kontaktekzem kann man behandeln, die zugrunde liegende Allergie ist aber im Gegensatz zu den anderen Allergieformen nicht heilbar. Die Sensibilisierung bleibt lebenslang bestehen. Für die Betroffenen ist die strikte Meidung des Kontaktes mit dem Allergen die einzige Möglichkeit, langfristig ekzemfrei zu bleiben. Daher ist es wichtig, genau zu wissen, gegen welches Allergen die oder der jeweils Betroffene sensibilisiert ist, und wo es vorkommen kann.

Der Epikutantest

Die Diagnostik der Kontaktallergie erfolgt mit dem Epikutantest. Dabei werden Kontaktallergene in standardisierter Form in kleinen Testkammern auf die Rückenhaut geklebt, wo sie in der Regel zwei Tage verbleiben. Nach dem Entfernen der Testpflaster wird der Test noch mindestens einen Tag oder zwei Tage später, idealerweise auch nach einer Woche, erneut abgelesen, weil sich allergische Reaktionen oft erst mit Verzögerung manifestieren.

Bei nicht sensibilisierten Patienten bleibt die Haut unverändert; im Fall einer kontaktallergischen Reaktion (also dem Vorliegen einer Sensibilisierung) entsteht ein kleines allergisches Kontaktekzem im Testfeld, was als positive Reaktion bezeichnet wird.



Epikutantest: Aufbringen der Testpflaster, schwach bzw. stark positive, allergische Reaktion

Wie bei jedem biologischen Test gibt es selbstverständlich nicht nur eindeutig negative und eindeutig positive, also allergische Reaktionen. Es kommen auch fragliche Reaktionen oder Irritationen durch den Test sowie falsch-positive Reaktionen vor. Oft kann der Anteil derartiger unerwünschter Reaktionen durch die Wahl einer geeigneten Testkonzentration bei der Testung minimiert werden. Zudem können besonders empfindliche Patienten durch die parallele Epikutantestung mit einem obligat hautreizenden Stoff, nämlich Natriumlaurylsulfat, identifiziert werden.

Auch in dieser Hinsicht hilft die klinische Epidemiologie unserem Wissen über die Kontaktallergie weiter. Die Analyse einer großen Zahl von Reaktionen, die auf eine bestimmte Testsubstanz beobachtet werden, zeigt, ob eine gute diagnostische Trennschärfe gegeben ist, oder ob viele unerwünschte, also fragliche oder irritative Reaktionen auftreten.

»Hitliste« der häufigsten Kontaktallergene

Die regelmäßige Analyse der Trends bei den häufigsten Kontaktallergenen ist eine unserer zentralen Aufgaben. Aus der Organisation und Struktur des IVDK ergibt sich, dass die festgestellten Sensibilisierungsquoten nicht die Häufigkeit der Kontaktallergie in der Allgemeinbevölkerung angeben, sondern die Sensibilisierungshäufigkeit bei Ekzempatienten, die in spezialisierten dermatologischen Zentren epikutan getestet werden. Es handelt sich also um Daten aus dem Bereich der klinischen Epidemiologie, die eine höhere Sensitivität haben, als entsprechende Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung erreichen könnten.

Bei derartigen »Hitlisten« ist zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der untersuchten Patientengruppe einen Einfluss auf die Reaktionshäufigkeit auf bestimmte Allergene haben kann. Frauen haben eine andere Allergenexposition als Männer und ältere Menschen eine andere als jüngere. Daher unterscheiden sich die Sensibilisierungshäufigkeiten auf bestimmte Allergene bei Frauen und Männern bzw. bei jüngeren und älteren Menschen. Um zu vermeiden, dass etwaige Änderungen der Zusammensetzung der untersuchten Patientengruppe zeitliche Trends bei den Kontaktsensibilisierungen vortäuschen, wird das statistische Verfahren der Standardisierung nach Alter und Geschlecht angewandt, um die Einflüsse der Alters- und Geschlechtsverteilung zu minimieren.

In der nachfolgenden Tabelle sind die im IVDK in den Jahren 2016 bis 2018 registrierten, alters- und geschlechtsstandardisierten Reaktionsquoten auf die am häufigsten positiv getesteten Allergenzubereitungen zusammengestellt. Dabei wurden nur solche Allergene berücksichtigt, die bei mehr als 85% der jeweiligen Patientenpopulation epikutan getestet wurden. Bei seltener getesteten Allergenen muss man davon ausgehen, dass aufgrund eines individuellen Verdachtes gezielt getestet wurde, was die Reaktionsquoten in unkontrollierter Weise beeinflusst.

IVDK, 2016–2018: Alters- und geschlechtsstandardisierte Quoten positiver Reaktionen auf die am häufigsten positiv getesteten Allergenzubereitungen.

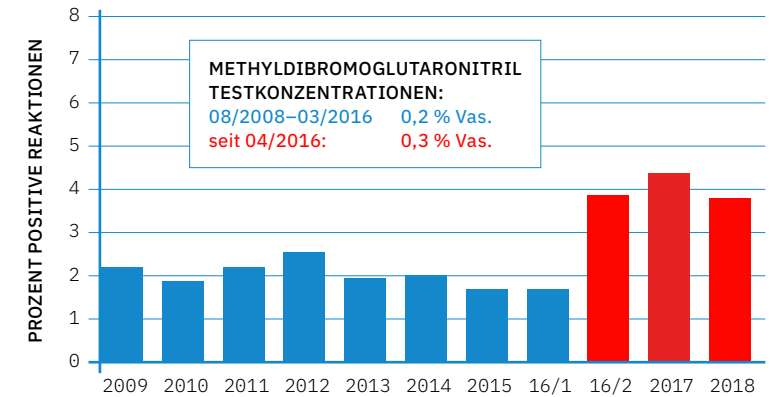
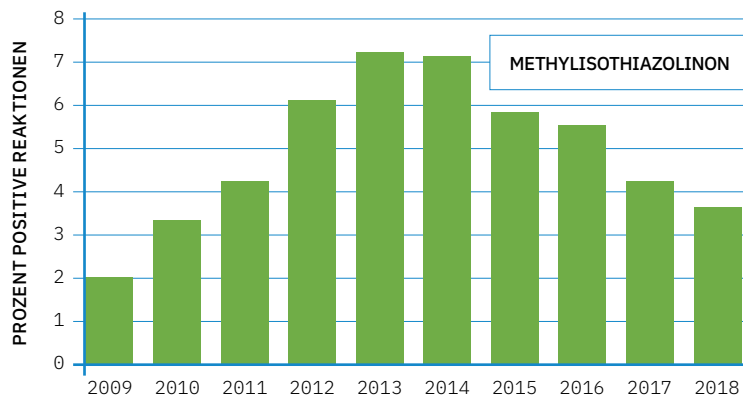
	Jahr	2016	2017	2018
	Anzahl Patienten	11.271	10.968	10.263
Allergen-Testzubereitung				
Nickelsulfat	5 % Vas.	16,0 %	17,1 %	16,0 %
Kobaltchlorid	1 % Vas.	5,1 %	6,5 %	7,3 %
Duftstoff-Mix I	8 % Vas.	6,5 %	5,9 %	5,5 %
Perubalsam	25 % Vas.	5,5 %	6,1 %	5,2 %
Kaliumdichromat	0,5% Vas.	3,7 %	4,8 %	4,6 %
Methyldibromo Glutaronitril	0,2 % Vas.	1,8 %	NT	NT
Methyldibromo Glutaronitril	0,3 % Vas.	4,1 %	4,3 %	4,1 %
Propolis	10 % Vas.	3,0 %	4,1 %	4,1 %
Duftstoff-Mix II	14 % Vas.	4,2 %	3,8 %	3,4 %
Kolophonium	20 % Vas.	3,4 %	3,8 %	3,4 %
Methylisothiazolinon	0,05 % Aqu.	4,5 %	3,8 %	3,2 %
MCI / MI	0,01 % Aqu.	3,8 %	3,7 %	3,0 %
Thiuram-Mix	1 % Vas.	2,6 %	2,2 %	2,5 %
Ylang-ylang (I + II) Öl	10 % Vas.	2,0 %	2,2 %	2,1 %
Wollwachsalkohole	30 % Vas.	2,2 %	1,6 %	1,6 %
Epoxidharz	1 % Vas.	1,5 %	1,3 %	1,5 %
HICC	5 % Vas.	1,5 %	1,5 %	1,4 %
Sandelholzöl	10 % Vas.	1,1 %	1,4 %	1,2 %
Compositae Mix II	5 % Vas.	1,3 %	1,3 %	1,2 %
Jasmin absolut	5 % Vas.	1,1 %	1,3 %	1,2 %
Formaldehyd	1 % Aqu.	1,3 %	1,1 %	1,1 %
IPPD	0,1 % Vas.	0,8 %	0,8 %	0,9 %
Paraben-Mix	16 % Vas.	0,6 %	1,0 %	0,9 %
Iodpropinylbutylcarbamate	0,2 % Vas.	0,9 %	1,0 %	0,6 %
Sorbitansesquioleat	20 % Vas.	0,8 %	0,9 %	0,6 %

Aqu. = Wasser (Aqua) • HICC = Hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde • IPPD = N-Isopropyl-N'-phenyl-p-phenylendiamin • MBT = Mercaptobenzothiazol • MCI / MI = Methylchloroisothiazolinon / Methylisothiazolinon • NT = not tested (bei weniger als 85 % der jeweiligen Population getestet) • Vas. = Vaseline

Ausgewählte Kontaktallergene

Konservierungsmittelallergie

Ab 2009 fiel in den Daten des IVDK eine stetige Zunahme der Sensibilisierungen gegen Methylisothiazolinon (MI) auf. In den Jahren 2013 und 2014 war ein gewisses Plateau erreicht; seither sind die Reaktionsquoten wieder rückläufig. Schon früh zeigte sich, dass insbesondere Frauen, Patientinnen / Patienten mit Gesichtsekzem und Patientinnen / Patienten, die unter dem Verdacht auf eine Kosmetika-Unverträglichkeit getestet wurden, betroffen waren. Diese »Epidemie« von Sensibilisierungen gegen MI war hauptsächlich auf dessen vermehrten – und vor allem höher konzentrierten – Einsatz in kosmetischen Mitteln zurückzuführen. Der Dachverband der Kosmetik-Hersteller, Cosmetics Europe, empfahl seinen Mitgliedern angesichts der Zunahme der Sensibilisierungen 2013, auf den Einsatz von MI in leave-on Produkten zu verzichten, mit der Folge, dass ab 2014 die Sensibilisierungsquoten langsam wieder abnahmen. Heute beobachten wir MI-Sensibilisierungen vorwiegend bei Patienten mit berufsbedingtem Ekzem, oft bei Malern und Lackieren, die sich durch entsprechend konservierte Farben sensibilisieren.



Methyldibromoglutaronitril (MDBGN; Dibromdicyanobutan) wird in der EU seit 2008 nicht mehr zur Konservierung kosmetischer Mittel verwendet. Auch berufliche Expositionen sind in der EU aufgrund entsprechender Richtlinien seit 2010 praktisch nicht mehr gegeben. Es gibt also keine breite Exposition gegenüber MDBGN in der Bevölkerung. Dennoch stieg im Frühjahr 2016 die Quote positiver Epikutantestreaktionen auf MDBGN sprunghaft an, weil die Testkonzentration von 0,2% auf 0,3% erhöht werden musste, da die niedrigere Konzentration nicht mehr erhältlich war. Die Analyse der Reaktionsmuster zeigte in Übereinstimmung mit früheren Studien der DKG und des IVDK, dass die höhere Testkonzentration vermehrt zu irritativen und falsch-positiven Reaktionen führt. Hier liegt also keine reale Zunahme von Sensibilisierungen vor.

Andere in kosmetischen Mitteln eingesetzte Konservierungsmittel führen trotz zum Teil sehr großer Verbreitung nur selten zur Kontakt-sensibilisierung. Aus allergologisch-epidemiologischer Sicht können daher Phenoxyethanol, Benzoate, Benzylalkohol, Parabene und Sorbate zur Konservierung von Kosmetika empfohlen werden.

Duftstoffallergie

Duftstoffe werden allgemein als häufige Kontaktallergene angesehen. Gemäß einer EU-Verordnung müssen 26 Duftstoffe, die angeblich besonders häufig sensibilisieren, auf den Packungen von Kosmetika deklariert werden, wenn sie im Produkt enthalten sind. Zur primären Diagnostik der Duftstoffallergie mit dem Epikutantest werden zwei Duftstoff-Mixe verwendet, die insgesamt 14 der deklarationspflichtigen Duftstoffe abdecken. Die Annahme, dass Duftstoffallergien häufig sind, fußt zum großen Teil auf den Quoten positiver Testreaktionen auf diese Duftstoff-Mixe.

Wir konnten anhand von IVDK-Daten zeigen, dass beide Mixe eine relativ hohe Quote mutmaßlich falsch-positiver Reaktionen hervorrufen, denn bei der Testung mit den einzelnen Duftstoffen ergeben sich bei über 40% der Patientinnen und Patienten mit positiver Reaktion auf die Mixe keinerlei Reaktionen auf die einzelnen Duftstoffe. Zudem zeigten die IVDK-Daten, dass es nur einzelne Duftstoffe sind, die wirklich häufig sensibilisieren, nämlich Eichenmoos absolute, Isoeugenol und Hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyd (HICC). Freiwillige Senkungen der Einsatzkonzentrationen dieser Duftstoffe durch die kosmetische Industrie haben bereits in der Vergangenheit zu einem Rückgang entsprechender Sensibilisierungen geführt. Seit August 2019 ist der Einsatz von Atranol und Chloratranol (die wichtigsten Allergene im Eichenmoos) und von HICC in Kosmetika EU-weit verboten, so dass mit einem weiteren Rückgang dieser Sensibilisierungen zu rechnen ist.

Unter Einbeziehung externer Daten zur Verbreitung bestimmter Duftstoffe konnte anhand der im IVDK festgestellten Sensibilisierungshäufigkeiten nachgewiesen werden, dass zwischen den 26 deklarationspflichtigen Duftstoffen große Unterschiede in Bezug auf ihr allergieauslösendes Risiko bestehen. An der Spitze stehen Eichenmoos, Baummoos, Farnesol, Methylheptincarboxat und Isoeugenol, während Butylphenylmethylpropional, Hexylcinnamal, Citronellol, Linalool und Limonene nur ein sehr geringes Risiko aufweisen.

In Bezug auf die in der letzten Zeit in die Diskussion geratenen Hydroperoxide von Linalool und Limonen konnten wir anhand von IVDK-Daten zeigen, dass die verwendeten Testzubereitungen keine gute diagnostische Trennschärfe haben, insbesondere bei Patienten mit leicht irritierbarer Haut positive Reaktionen auslösen, und mit einem hohen Risiko falsch-positiver Reaktionen behaftet sind. Hinweise dafür, dass der Gebrauch limonenhaltiger Reinigungsmittel vermehrt zu allergischen Reaktionen führt, konnten wir nicht finden.

Die Diskussion um die Kontaktallergie gegen Duftstoffe muss dringend weiter versachlicht und auf eine solide, wissenschaftlich fundierte Basis gestellt werden, bevor weitere Regulierungsmaßnahmen ergriffen werden. Hier trägt der IVDK durch die differenzierte Betrachtung einzelner Duftstoffe und Expositionsszenarien wichtige Informationen bei.

Unverträglichkeitsreaktionen auf Tätowierungen

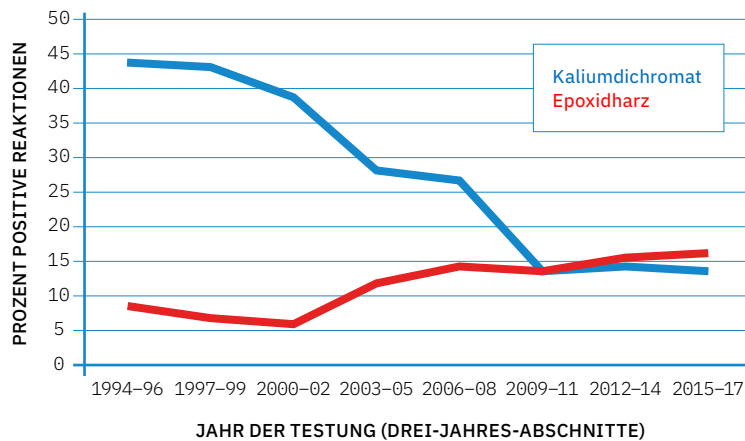
Tätowierungen sind »in«. In den westlichen Industrieländern sind etwa 10-20% der Bevölkerung tätowiert. Unter jungen Erwachsenen liegt der Prozentsatz noch höher. Über die Häufigkeit von Unverträglichkeitsreaktionen gibt es keine zuverlässigen Daten; man vermutet eine Größenordnung zwischen 5 und 20%. Experten rechnen mit einer hohen Dunkelziffer. Ein großer Teil der unerwünschten Entzündungen in Tätowierungen ist wahrscheinlich auf allergische Reaktionen zurückzuführen, die sich gegen Pigmente, Farbstoffe, Hilfs- und Bindemittel richten können. Im Lauf der Jahre verändern sich die Farbstoffe unter UV-Einwirkung (Sonnenlicht), wobei weitere Allergene entstehen können.

Bisher ist über allergische Reaktionen durch Tätowierungen wenig bekannt. Im IVDK wird dieses Thema mit großem Interesse und Engagement verfolgt. Wir haben auf der Basis der derzeitigen Erkenntnisse eine Testreihe mit verfügbaren Substanzen zusammengestellt, die im Verdachtsfall getestet wird. Kooperationen mit dem Bundesinstitut für Risikobewertung und mit spezialisierten Zentren, auch im europäischen

Ausland, sollen helfen, die Reaktionsmechanismen zu verstehen, problematische Inhaltsstoffe zu identifizieren, und das Tätowieren in Zukunft sicherer zu machen.

Kontaktallergie im Baugewerbe

Das als Verunreinigung im Zement enthaltene Chromat war traditionell das Berufsallergen schlechthin bei Maurern, Fliesenlegern und Bauarbeitern. Seit der Einführung von chromatarmem Zement in den 1980er Jahren ging in den skandinavischen Ländern die Häufigkeit des allergischen Zementekzems dramatisch zurück. In Deutschland wurden erste chromatarmer Fliesenkleber 1994 eingeführt, und im Jahr 2000 wurde eine freiwillige Branchenvereinbarung zur Senkung des Chromatgehaltes in Zement getroffen. Erst seit 2005 muss in der gesamten EU aller mit den Händen verarbeiteter Zement chromatarm sein.



Dass die zunächst in Deutschland, später EU-weit ergriffenen Maßnahmen zur Senkung des Chromatgehaltes auf unter 2 ppm tatsächlich einen Erfolg hatten, konnten wir im IVDK in Zeitverlaufsanalysen nachweisen. Die Sensibilisierungsquoten bei Maurern, Bauarbeitern und Fliesenlegern mit beruflich bedingter Hauterkrankung gingen ab 1995 mehr oder weniger kontinuierlich zurück. Besonders auffällig ist diese Entwicklung, wenn man berücksichtigt, wann die Betroffenen begonnen haben, im Baugewerbe zu arbeiten.

Gleichzeitig nehmen Epoxidharzsensibilisierungen in dieser Berufsgruppe seit Jahren zu. Epoxidharzsysteme werden im Hochbau immer häufiger eingesetzt, und die Bemühungen um eine Verbesserung der Arbeitshygiene haben bisher noch keine ausreichenden Früchte getragen. Hier sind weitere Maßnahmen erforderlich, um den direkten Hautkontakt wirksam zu unterbinden, denn die Mono- und Oligomere des Epoxidharzes sind potente Allergene, die schon nach kurzer Zeit sensibilisieren können. Außerdem zeigten die Daten des IVDK, dass nicht nur die Harze selbst, sondern auch weitere Komponenten der Epoxidharzsysteme, nämlich die Härter, insbesondere das m-Xylen-diamin, und die als Reaktivverdünner eingesetzten Glycidylether zu Sensibilisierungen führen können.

Ja, ich möchte Fördermitglied werden und von der Arbeit des IVDK profitieren.

Wir konnten Sie von unserer Arbeit überzeugen, und Sie möchten uns unterstützen?

Das geht unkompliziert und formlos.

Bitte wenden Sie sich an den Leiter der IVDK-Zentrale, am einfachsten per E-Mail:

Prof. Dr. med. Johannes Geier
Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK)
Geiststr. 3
D-37073 Göttingen
Tel.: +49 551 505 39 625
Fax: +49 551 505 39 629
E-Mail: jgeier@ivdk.org

Informationsverbund
Dermatologischer Kliniken (IVDK)
Geiststr. 3
D-37073 Göttingen

Tel: +49 551 505 39 625
Fax: +49 551 505 39 629

www.ivdk.org
jgeier@gwdg.de

