

# Urtikaria: bei akuten Formen keine weitreichende Ursachenforschung

Chronische Verläufe verlangen nach genauen Abklärungen

Die Urtikaria ist eine der häufigsten Hauterkrankungen, die über Jahre Bestand haben kann. Grundsätzlich kommt es darauf an, den verantwortlichen Auslöser zu finden und ihn auszuschalten. Therapie der Wahl während des gesamten Erkrankungszeitraums sind nichtsedierende Antihistaminika – häufig in hohen Dosen.

## PETRA STAUBACH-RENZ

Die Urtikaria ist gekennzeichnet durch Quaddeln, oft auch Angioödem. Die Lebensqualität der Patienten ist durch den massiven Juckreiz stark beeinträchtigt. Die Diagnose einer Urtikaria erscheint aufgrund der typischen Morphe einfach. Jedoch können das Auftreten (spontan oder induziert), der Verlauf (akut oder chronisch) und die Dauer des Bestands der Effloreszenzen sehr unterschiedlich sein. Deshalb ist es notwendig, die Urtikaria in verschiedene Subformen (*Tabelle*) einzuteilen. Grundsätzlich sollte man bei der Diagnostik und Therapie aller dieser Subformen nach folgendem Schema vorgehen:

- Meiden des auslösenden Stimulus beziehungsweise der auslösenden Ursache
- Hemmen der Freisetzung von Mastzellmediatoren (z.B. Toleranzinduktion)
- Hemmen des Effekts der Mastzellmediatoren am Zielgewebe (z.B. mit nichtsedierenden Antihistaminika).

### Akute Urtikaria – keine Diagnostik

Die spontane akute Urtikaria (AU), die jeder vierte Europäer im Laufe seines Lebens durchläuft, bedarf keiner erweiterten Ursachensuche. Hauptauslöser sind vorangegangene oder noch persistierende Infekte (bakteriell, viral), seltener Allergene. Die Therapie ist symptomatisch mit nichtsedierenden Antihistaminika oder auch oralen beziehungsweise i.v.-Kortikosteroiden. Bei Verdacht einer Allergie sollte gesondert eine allergologische Diagnostik nach Abklingen des Krankheitsbildes und Absetzen der Antihistaminika erfolgen (7, 8).

### Chronische Urtikaria – Ursache suchen!

Bleibt die spontane akute Urtikaria länger als sechs bis acht Wochen bestehen, spricht man von der spontanen chronischen Urtikaria (CU). Die CU kann viele Ursachen haben, wobei die Infekturtikaria, die Intoleranzurtikaria und die autoreaktive Urtikaria am häufigsten vorkommen (7, 8). Hier ist eine Ursachensuche unabdingbar.

Bei der Infekturtikaria lohnt sich eine Abklärung im HNO-, Zahn- und Magen-Darm-Bereich. Gerade asymptomatische Infekte wie chronische Sinusitiden, insuffiziente Zahnwurzelfüllungen oder auch *Helicobacter-pylori*-assoziierte Gastritiden können eine spontane chronische Urtikaria unterhalten (6). Der Patient muss darüber informiert sein, dass es während der Sanierung zu einer verstärkten urtikariellen Symptomatik kommen kann und eine Besserung häufig erst verzögert (nach 3–6 Wochen) eintritt.

Bei der Intoleranzurtikaria reagieren die Patienten auf Konservierungsmittel oder Farbstoffe. Auch Medikamente wie nichtsteroidale Antiphlogistika können die Symptome auslösen. Hier empfiehlt sich eine pseudoallergenarme Kost, die mindestens über drei Wochen durchzuführen ist. Bessern sich in dieser Zeit die Symptome um mindestens 50 Prozent, muss diese Diät über mindestens drei Monate durchgeführt werden, anschließend darf sie langsam gelockert werden (jeden dritten Tag ein neues Lebensmittel) (1, 2). Diätvorlagen können ebenso wie Patiententageblätter zur Befunddokumentation unter [www.urtikaria.net](http://www.urtikaria.net) kostenfrei genutzt werden.

Die autoreaktive Urtikaria diagnostiziert man durch einen autologen Serumtest (Intrakutantestung am Patienten mit Patientenserum). Bei positivem Befund sollten andere Autoimmunerkrankungen, vor allem Thyreositiden, abgeklärt werden (3, 4).

## ..... Merksätze .....

- Infekturtikaria, Intoleranzurtikaria und autoreaktive Urtikaria sind häufige Ursachen der chronischen Urtikaria.
- Therapie der Wahl bei chronischer Urtikaria sind nichtsedierende Antihistaminika.
- Bei getriggertem Urtikaria ist die Toleranzinduktion eine Option.

**Tabelle 1: Klassifikation der Urtikariaerkrankungen**

Gruppe	Urtikariaerkrankung	Auftreten	Lokalisation	Häufigkeit
spontane Urtikaria	akute Urtikaria	spontan	generalisiert	++++
	chronische Urtikaria			
	- autoreaktive Urtikaria	spontan	generalisiert	+++.
	- Intoleranzurtikaria	spontan	generalisiert	+++
	- Infekturtikaria	spontan	generalisiert	+++
	- Urtikaria anderer Ursache	spontan	generalisiert	++
	- idiopathische Urtikaria	spontan	generalisiert	++
physikalische Urtikaria	Druckurtikaria	induziert	in der Regel	++
	Kälteurtikaria		lokalisiert,	++
	Vibrationsurtikaria		d.h. dort, wo	+
	Lichturtikaria		der äussere Reiz	+
	Wärmeurtikaria		einwirkt	+
	Urticaria factitia			+++
andere Urtikariaformen	aquagene Urtikaria		generalisiert	+
	Kontakturtikaria			++
	anstrengungsinduzierte Urtikaria/Anaphylaxie			+
	cholinergische Urtikaria			+++

+ = sehr selten, ++ = selten, +++ = häufig, ++++ sehr häufig

**Tabelle 2: Stufenschema der symptomatischen Therapie bei spontaner chronischer Urtikaria**

- nichtsedierendes Antihistaminikum**  
in der empfohlenen Tagesdosis, täglich oder bei Bedarf (z.B.: Desloratadin, Ebastin, Fexofenadin, Levocetirizin etc.), wenn erfolglos:
- Dosierung des Antihistaminikums erhöhen**  
entsprechend der aktuellen EAACI/GA  
2. LEN/EDF-Leitlinien bis zur vierfachen empfohlenen Tagesdosis (z.B.: Desloratadin 2-0-2), wenn erfolglos:
- H<sub>2</sub>-Rezeptoren-Blocker hinzufügen**  
(z.B.: Ranitidin) und/oder  
Leukotrienantagonist hinzufügen (z.B. Montelukast) und/oder  
sedierendes Antihistaminikum zur Nacht hinzufügen  
(z.B. Clemastin, Doxepin, Hydroxyzin),  
wenn erfolglos:
- immunsuppressive Therapie**  
(z.B. Cyclosporin, Dapson, Kortikosteroid)

**Therapie der chronischen Urtikaria**

Die Therapie der ersten Wahl bei der CU sind nichtsedierende Antihistaminika (Tabelle 2). Damit sind die meisten Patienten mit CU gut therapierbar. Wenn erforderlich, kann additiv auf eine Kombinationstherapie umgestellt werden und ein H<sub>2</sub>-Blocker und/oder ein Leukotrienantagonist sowie ein sedierendes Antihistaminikum verabreicht werden. Sollte dies immer noch nicht zu einer Symptombfreiheit führen, muss die Diagnose Urtikaria überdacht und gegebenenfalls eine Probebiopsie durchgeführt werden, zum Beispiel zum Ausschluss einer Urtikariavaskulitis. In seltenen Fällen kann eine immunmodulierende Therapie mit Cyclosporin, Dapson, Kortikosteroiden oder anderen Medikamenten für einen begrenzten Zeitraum erforderlich sein.

**Induzierbare Urtikariaformen**

Bei den induzierbaren Subformen der Urtikaria, zum Beispiel Urticaria factitia, Kälteurtikaria, ist der Triggerfaktor meist bekannt. Dieser sollte dann gemieden werden. Grundsätzlich ist bei Verdacht auf eine induzierbare Urtikaria immer eine physikalische Testung durchzuführen und die Reizschwelle zu bestimmen. So lässt sich die Schwere der Erkrankung einschätzen, eine therapeutische Strategie festlegen und der Verlauf kontrollieren (5).

Da das Meiden der möglichen Triggerfaktoren nicht immer möglich ist, kann man auch hier auf nichtsedierende Antihistaminika zurückgreifen. Eine weitere Therapieoption ist die Toleranzinduktion. Hier wird der Körper kontinuierlich in kleinen Dosen mit dem vermeintlichen Triggerfaktor in steigender Dosis konfrontiert (z.B. Kälte, Anstrengung, Licht). ■

*Dr. med. Petra Staubach-Renz  
Universitäts-Hautklinik Mainz  
D-55101 Mainz*

Interessenkonflikte: keine

Literatur über [www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de)

Dieser Artikel erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 14/07. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.