

# Urtikaria



Dr. Patricia Gill-Figwer

Die Urtikaria (Nesselausschlag) ist eine durch eine Urtica (Quaddel) definierte Hauterkrankung. Sie gehört mit einer Inzidenz von 20% zu den häufigsten Hautkrankheiten.

Sie ist charakterisiert durch oberflächlich juckende Schwellungen der Haut. Diese Schwellungen (= Quaddeln) ist beetartig und flüchtig, d.h. sie bestehen an ein und derselben Körperstelle nicht länger als sechs Stunden. Bei unklarem Hautbefund kann man diese Veränderung markieren – im Falle einer Urtikaria ändert sich die Konfiguration (Begrenzung) der Hauterscheinung.

Falls diese Veränderungen länger als sechs Wochen rezidivierend auftreten, spricht man von chronischer Urtikaria, sonst handelt es sich um eine Akutform. Zu 80% tritt Urtikaria spontan auf (Tab. 1).

Urtikaria tritt leider häufig chronisch auf und kann auch mehrjährig bestehen. Dadurch sind die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Patienten deutlich eingeschränkt.

Eine Quaddel entsteht durch lokale Vasodilatation mit erhöhter Kapillarpermeabilität und Plasmaaustritt. Das Auftreten einer Quaddel wird durch die Ausschüttung von Histamin aus Mastzellen

verursacht. Diese Hautveränderungen können überall am Integument auftreten. Manchmal kommt es auch zu systemischen Reaktionen wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Zusätzlich können auch gastrointestinale und respiratorische Symptome vorhanden sein.

Mehr als die Hälfte der von Urtikaria betroffenen Patienten leidet zusätzlich unter einem Angioödem. Der Pathomechanismus des Angioödems ist ident mit dem der Urtikaria, jedoch treten die Hautveränderungen eher in der tiefen Dermis auf. Dadurch werden sie auch eher schmerzhaft als juckend empfunden. Diese zum Teil massiven Schwellungen können bis zu drei Tagen anhalten. Bevorzugt tritt ein Angioödem im Bereich der Lippen und des Genitale auf. Sind die Zunge oder der Laryngopharynx betroffen, kann diese Schwellung lebensbedrohlich sein.

Ein Angioödem kann durch C1-Esterase-Inhibitor-Mangel auftreten und ist durch Substitution desselben zu therapieren. Falls bei einem Angioödem kein solcher Mangel nachweisbar ist, kommt als Auslöser eine histaminbedingte Aktivierung der Mastzellen – wie bei der Urtikaria – in Frage. Diese Aktivierung kann IgE-abhängig oder ohne Abhängigkeit von IgE verlaufen.

## Akute Urtikaria

Bei der akuten Urtikaria unterscheidet man eine allergische und eine nichtallergische Verlaufsform. Die akute Urtikaria ist definiert durch das Auftreten von Quaddeln (urticae), welche nicht länger als sechs Wochen bestehen.

Die allergische Urtikaria wird durch eine IgE-vermittelte Allergie auf z.B. Nahrungsmittelallergene ausgelöst. Diese Form kommt vor allem bei Atopikern vor.

Die nichtallergische Form ist häufig mit Infekten assoziiert. Dabei spielen vor allem akute Infekte des oberen Respirationstraktes und der Harnwege eine Rolle. Oftmals findet man auch eine „pseudoallergische“ Reaktion auf NSTAR (nicht steroidale Antiphlogistika), vor allem Acetylsalicylsäure löst oft eine solche Reaktion aus.

Bei der Therapie der akuten Urtikaria sollten in erster Linie die auslösenden Faktoren eliminiert werden. Möglicherweise auslösende Medikamente müssen abgesetzt werden. Infekte sollen bei Bedarf auch antibiotisch behandelt werden.

Als primär symptomatische Therapie werden nicht sedierende H1-Antihistaminika verabreicht. Die Dosierung ist allerdings deutlich höher als bei „normaler“ Allergie (wie z.B. Pollinose) anzusetzen und dadurch ist auch mit erhöhten Nebenwirkungen zu rechnen (vor allem Müdigkeit). Damit besteht ein Off Label Use und der Patient ist dementsprechend aufzuklären. Die Antihistamintherapie wird über einen längeren Zeitraum verabreicht, wobei bei klinischer Erscheinungsfreiheit eine langsame Dosisreduktion angestrebt wird.

## Chronische Urtikaria

Bei chronischen Verläufen muss mittels genauer Anamnese nach einem aus-

Tabelle 1

<b>Spontane Urtikaria:</b>	akut chronisch
<b>Physikalische Urticaria</b> Sonderformen	

lösenden Agen gesucht werden. Chronische Infekte (viral, bakteriell, parasitär) müssen genauso ausgeschlossen werden wie rezidivierend auftretende Allergien.

Mastzellaktivierende Medikamente wie NSTAR, Morphin, Codein, Muskelrelaxantien und Dextran können für das Auftreten einer chronischen Urtikaria verantwortlich sein. Ebenso muss eine Autoreaktivität ausgeschlossen werden (z.B. Nachweis von Schilddrüsenantikörpern).

Manchmal bestehen andere internistische Erkrankungen und sogar Malignome als ursächliche Auslöser.

Routine-Pricktests auf Inhalations- oder Nahrungsmittelallergene sind von geringem diagnostischem Wert, da eine IgE-vermittelte Hyposensibilisierung sehr selten als Auslöser einer chronischen Urtikaria auftritt.

Die Therapie der chronischen Urtikaria besteht in erster Linie in einer Vermeidung von Triggerfaktoren. Als Therapieziel sollte eine Maximierung von Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit im Mittelpunkt stehen.

Als Antihistaminika sind in erster Linie wenige bis gar nichtsedierende Präparate zu verwenden. Bei fehlendem Ansprechen auf Antihistaminika auch in erhöhter Dosis (oft bei positivem autologem Serotest) müssen oft Medikamente im Off Label Use eingesetzt werden. Dabei muss ein Risiko-Nutzen-Profil deutlich abgewogen werden und der Patient ist über den Off Label Use aufzuklären.

Anzeige Plus  
27

**Physikalische Urtikaria**

Eine physikalische Urtikaria wird durch reproduzierbare externe physikalische Stimuli ausgelöst. Urtikae persistieren meist bis zu Stunden. Der genaue Pathomechanismus dieser Form ist ungelöst. Leider besteht diese Form der Urtikaria oft bis zu fünf Jahren oder län-

Tabelle 2

<b>Physikalische Urtikariaformen</b>
Urticaria factitia
Wärmeurtikaria
Kälteurtikaria
Druckurtikaria
Solare Urtikaria
Vibratorische Urtikaria

ger. Manchmal kann eine physikalische Form gemeinsam mit einer chronischen Form auftreten. Je nach Auslöser unterscheidet man verschiedene Formen (Tab. 2).

Die Urticaria factitia wird durch physikalische Scherkräfte ausgelöst. Typisch sind lineare, stark juckende Urtikae im Verlauf des Kontaktes (z.B. Streifen mit einem Stift). Zur Diagnosestellung sollte ein Dermographismus überprüft werden, zusätzlich ist eine Infektdiagnostik wie bei einer chronischen Urtikaria durchzuführen. Auch die Therapie entspricht der Therapie der chronischen Urtikaria.

Eine Wärmeurtikaria wird durch lokale Wärme ausgelöst und tritt manchmal in Kombination mit einer Druckurtikaria auf. Die Diagnose erfolgt durch Wärmetestung. Als Therapeutika stehen Antihistaminika und in seltenen Fällen auch Hydroxychloroquin (Off Label Use!) zur Verfügung.

Bei der Kälteurtikaria ist neben einem Kälteauslöser (Luft, Wasser, Wind, Gegenstände) auch eine Abklärung der Kryoglobuline, Kälteagglutinine und von Kryofibrinogen durchzuführen.

Zusätzlich ist eine Serologie auf Borrelien, Lues und ev. HIV als infektiöse Trigger zu erheben. Eine Kombination mit cholinergischer Urtikaria ist möglich. Therapeutisch kommen neben Antihistaminika oft auch länger dosierte Antibiotika (Doxycyclin, Penicillin) zum Einsatz.

Die verzögerte Druckurtikaria tritt meist erst bis zu sechs Stunden nach Einwirken eines vertikalen Drucks auf. Die Schwellungen sind eher tief und schmerzhaft als juckend. Bevorzugt betroffen sind die Handinnenflächen, Fußsohlen, Hüften, die Haut unter BH-Trägern und Gürteln. Es können sogar Allgemeinsymptome (Müdigkeit, Arthralgien, Myalgien) assoziiert sein. Die Diagnose erfolgt durch eine genaue Drucktestung. Bei länger bestehenden Hautveränderungen muss eine Vaskulitis biopsisch ausgeschlossen werden.

Als Therapie dieser vor allem bei Männern auftretenden Form sind manchmal zusätzlich zu Antihistaminika orale Glukokortikosteroide oder Dapsone in Erwägung zu ziehen.

Die solare Urtikaria, ausgelöst durch UV oder im schlimmsten Fall durch

Tabelle 3

Sonderformen der Urtikaria
Cholinergische Urtikaria
Anstrengungsinduzierte Urtikaria
Aquagene Urtikaria
Kontakturtikaria

sichtbares Licht, ist durch Photoprovo- kation zu diagnostizieren. Differential- diagnostisch ist immer eine polymorphe Lichtdermatose, ein Lupus erythemato- des und eine erythropoetische Protopor- phyrie abzugrenzen.

Als Therapie stehen das Photoharde- ning und Antihistaminika zur Verfü- gung. Bei Nichtansprechen muss auf eine Plasmapherese oder intravenöse Im- munglobuline zurückgegriffen werden.

Die Vibrationsurtikaria kann durch Vermeidung des auslösenden Agens (z.B. Presslufthammer, Radfahren über Kopf- steinpflaster) vermieden werden.

### Cholinergische Urtikaria

Die cholinergische Urtikaria tritt meist bei Jugendlichen auf und persis- tiert für fünf bis sechs Jahre. Die Urtikae in diesen Fällen sind sehr klein (steckna- delkopfgroß) und treten infolge der Er- höhung der Körperkerntemperatur auf (heißes Bad, emotionaler Stress, physi- kalische Anstrengung).

Manchmal finden sich auch Allge- meinsymptome wie Kopfschmerz und Schwindel. Therapeutisch kommen wie- der Antihistaminika zur Anwendung.

### Anstrengungsinduzierte Urtikaria/Angioödem

Diese Form tritt nur nach körperlicher Anstrengung auf und kann bis zum aller- gischen Schock führen. Einige Formen treten nach Nahrungsmittelaufnahme, gleich welcher Art, auf. Manchmal sind solche Reaktionen durch Acetylsalicyl- säure getriggert.

Die Diagnose wird am besten durch Belastungsaustestung (Ergometer) oder Provokationstestung gestellt.

Als Therapie gelten Antihistaminika als Mittel der ersten Wahl, das Mitführen eines Notfallsets (Adrenalin) sollte den Patienten angeraten werden.

### Aquagene Urticaria

Diese wird durch temperaturunab- hängigen Wasserkontakt ausgelöst. Die- ser bewirkt wahrscheinlich die Freiset- zung eines wasserlöslichen Allergens aus dem Stratum corneum. Therapeutisch verwendet man Antihistaminika.

### Kontakturtikaria

Durch Kontakt mit einer urtikarioge- nen Substanz können Urtikae (IgE-ver- mittelt oder IgE-unabhängig) im Kon- taktareal auftreten. IgE-unabhängig fin- den sich solche Reaktionen nach Kontakt mit Brennesseln, Perubalsam, Benzoesäure oder Zimtaldehyd (in Kos- metika). IgE-abhängige (allergische) Reaktionen treten vor allem bei Atopi- kern auf. Als Auslöser fungieren z.B. Nahrungsmittel, Latex und Tierepithe- lien.

Die Diagnose wird durch Pricktestung bzw. Nachweis von spezifischen IgE-An- tikörpern gesichert. Als Therapie wer- den Antihistaminika verabreicht.

### Conclusio

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine Urtikaria einer genauen Anamnese und Diagnostik bedarf, um den Patien- ten entsprechend aufklären zu können – besonders hinsichtlich der eventuell über Jahre erforderlichen Therapie.

### Literatur beim Verfasser

Dr. Patricia Gill-Figwer  
FA für Dermatologie und Venerologie  
Speisinger Straße 11, A-1130 Wien  
Tel.: +43/1/804 55 03  
Fax: +43/1/804 55 03-4  
gill-figwer@hautaerztin.at