



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2013

---

## **Grosse Ursachenvielfalt macht Diagnose und Therapie schwierig**

Schmid-Grendelmeier, P

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-92789>

Journal Article

Originally published at:

Schmid-Grendelmeier, P (2013). Grosse Ursachenvielfalt macht Diagnose und Therapie schwierig. *Dermatologie Praxis*:8-9.

## Urtikaria

# Grosse Ursachenvielfalt macht Diagnose und Therapie schwierig

PETER SCHMID-GRENDELMEIER, ZÜRICH

Urtikaria ist ein diagnostisches Chamäleon und eine grosse therapeutische Herausforderung. Während die akute Form meist nach wenigen Tagen wieder verschwindet, kann die chronische Urtikaria über Jahre bestehen. Therapiert wird in beiden Fällen meist mit Antihistaminika. Schwierig gestaltet sich insbesondere die Suche nach der Ursache: Das Spektrum reicht von physikalischen Faktoren über Nahrungs-induzierte Reizstoffe bis hin zu kreuzreagierenden Allergien. Mit verschiedenen Testmethoden kann der Arzt die Diagnose erhärten.

Die akute Urtikaria (<6 Wochen, meist 1–2 Tage) lässt sich von der akut rezidivierenden Urtikaria (akute Urtikaria wiederholt) unterscheiden. Die chronische Urtikaria, die ebenfalls rezidivierend (freie Intervalle von Tagen bis Wochen) oder kontinuierlich (täglich) sein kann, dauert in jedem Fall länger als sechs Wochen, bei etwa 50% der Patienten gar länger als fünf Jahre. Die Krankheitsdauer ist üblicherweise kürzer, wenn mit der Behandlung früh begonnen wurde [1]. Es können eine chronisch spontane (ohne externen physikalischen Trigger) und eine chronisch induzierbare Form (mit nachweisbarem Trigger) unterschieden werden. In etwa 30–40% der Fälle tritt die Urtikaria zusammen mit einem Angioödem auf (Abb. 1).



Abb. 1: Quincke-Ödem

## Akute Urtikaria

Die akute Form ist sehr häufig: 15–25% der Bevölkerung durchleben mindestens einmal im Leben eine solche Episode. Die Patienten suchen in über 60% der Fälle die Ursache in der Nahrung. Während bei der akut rezidivierenden Urtikaria nebst Infekten und Medikamenten tatsächlich ca. 10% der Fälle IgE-vermittelt sind, ist dies bei der akut einmaligen Form in weniger als 1% der Fälle [2]. Ein Spezialfall und weiterer Beweis für das Chamäleon-artige Auftreten einer Urtikaria ist die Tropomyosin-Kreuzallergie. Das Protein Tropomyosin, ein Allergen der Krusten- und Weichtiere, ist hierbei kreuzreaktiv zum Allergen der Hausstaubmilbe. Betroffen sind beispielsweise Personen, die Meeresfrüchte konsumieren und danach eine allergische Reaktion erleben [3].

Zur Diagnose gehört in jedem Fall eine genaue Anamnese. Wenn es sich um eine einmalige Episode handelt, sind keine weiteren Abklärungen notwendig. Bei wiederholtem Auftreten sollten Angaben zu den eingenom-

menen Medikamenten gesammelt und die Möglichkeit einer atopischen Erkrankung überprüft werden. Bei Bedarf sind hier allergologische Tests denkbar.

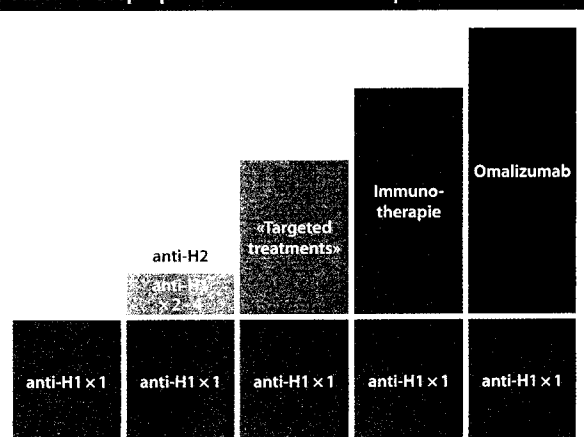
Die symptomatische Therapie beruht auf der Gabe von Antihistaminika (übliche Dosierung: 1×/Tag über 3–5 Tage) und Glukokortikosteroiden (1 mg/kgKG, 2–3 Tage, dann reduzieren). Ausserdem kann ein Notfall-Set bestehend aus zwei Tabletten Prednison à 50 mg und zwei Tabletten eines H1-Blockers abgegeben werden.

## Chronische Urtikaria

Die Prävalenz für beide Arten der chronischen Urtikaria liegt etwa bei 0,5–1,0% [4]. Frauen sind fast doppelt so häufig betroffen wie Männer, der Peak findet sich im Alter zwischen 20 und 40, also meist in den Arbeitsjahren.

Idiopathische, physikalische, cholinergische und IgE-vermittelte Gründe sowie Urtikariavaskulitis, Infektionen oder ein Hereditäres Angioödem kommen als Ursache der chronischen Urtikaria in Frage. Nicht selten bleibt der konkrete Auslöser aber unklar und ist schwer zu bestimmen. Ein Fallbeispiel eines 27-jährigen REGA-Arztes, der sich

Abb. 2: «Step-up»-Protokoll chronisch spontane Urtikaria



wiederholt in Südost-Asien aufhielt und anschliessend über zwei Monate eine Urtikaria entwickelte, zeigte interessanterweise eine Allergie auf Fischparasiten als wahrscheinlichsten Auslöser («Sushi-Allergie»). Der sog. Heringwurm (*Anisakis*) ist teilweise in rohem Fisch (Sushi) enthalten, kann zu Abdominalschmerzen, Diarrhöe und eben Urtikaria oder Anaphylaxie führen. Spezifische IgE gegen *Anisakis* sind hier wirksam.

Die Therapie der chronischen Urtikaria basiert primär auf Antihistaminika (H1-Blocker), in aufsteigender Dosierung. Bei etwa 50–60% der Patienten mit chronisch spontaner Urtikaria ist diese Behandlung erfolgreich [5]. Das «Step-up»-Protokoll beleuchtet einige weitere Optionen, die für die Therapie solcher Patienten zur Verfügung stehen (Abb. 2). Immunmodulatoren wie Omalizumab befinden sich zurzeit in Phase-III-Studien. Erste Resultate zu Omalizumab zeigen, dass es schnell und sicher wirken kann. Bei Patienten, die auf Antihistaminika zu wenig reagierten, konnten dadurch klinische Symptome und Zeichen einer chronisch spontanen Urtikaria wirksam reduziert werden [6]. Es handelt sich allerdings um eine Off-Label-Indikation, die einer speziellen Kostensprache bedarf.

### Physikalische Urtikaria

Die physikalische Urtikaria kann unter anderem durch Druck, Reibung, Kälte, Wärme, Vibration oder Licht (insbesondere UV-Strahlung) hervorgerufen werden.

Die häufigste physikalische Ursache der chronischen Urtikaria ist unmittelbar mechanischer Druck (Urtikaria factitia). Der urtikarielle Dermographismus bei der Urtikaria factitia umfasst nach Scherkräften auftretende Quaddeln, die sich mit einer Verzögerung von 1–5 Min. zeigen und mit Juckreiz verbunden sind (Abb. 3). Dadurch wird es möglich, auf der Haut zu «schreiben», indem kurz nach dem Bestreichen der Haut mit einem stumpfen Gegenstand die symptomatischen Erhebungen erscheinen. Meist tritt diese physikalische Urtikariaform bei jungen Erwachsenen auf, im Durchschnitt dauert sie ganze 6,5 Jahre.

Die Therapie erfolgt mittels nicht-sedierenden H1-Antagonisten, deren Wirksamkeit bereits schon in niedrigen Dosen belegt ist. Zu empfehlen ist eine Dauertherapie über mind. 4–6 Wochen, bei Ansprechen kann sie probatorisch

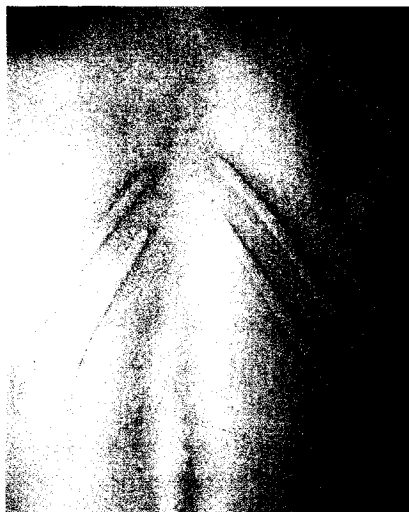


Abb. 3: Urtikaria factitia

schrittweise reduziert werden. Die Dosisreduktion sollte alle 4 Wochen erfolgen.

Es gibt Hinweise, dass die Kälteurtikaria mit Infektionen wie Borreliose, Syphilis, Masern, Varizella-Zoster-Viren, Hepatitis, dem Pfeifferschen Drüsenfieber, HIV, Giardiasis, Strongyloidosis assoziiert ist, ebenso mit einer Neoplasie und Autoimmun-Erkrankungen. Die Routinediagnostik wird mittels einer Kälteprovokation und einem Schwellentest (Eiswürfel, kaltes Wasser oder Wind) durchgeführt. Ein erweitertes Diagnoseprogramm kann Labortests (ESR/CRP, «Differential Blood Count») umfassen. Damit sollten andere Krankheiten, insbesondere Infektionen, ausgeschlossen werden.

### Die Autoimmun-Urtikaria, Infektionen, Allergie

Die Ursache der Autoimmun-Urtikaria sind Auto-Antikörper gegen den IgE-Rezeptor. Die Diagnose lässt sich anhand des autologen Serum-Hauttests («Autologous Serum Skin Test», ASST) bestätigen. Bei einer Injektion mit autologem Serum zeigen sich nach 30 Min. charakteristische Quaddeln [7].

Infektionen mit Parasiten können insbesondere in endemischen Gebieten eine Urtikaria auslösen. Bakterien und Würmer, die auch für gastrointestinale Probleme verantwortlich sind, kommen häufig in ländlichen, tropischen und seltener in industrialisierten Gebieten vor. Diese Parasiten sollten immer dann behandelt werden, wenn zusätzlich gastrointestinale Beschwerden auftreten, wenn die Patienten aus endemischen Regionen

stammen oder einreisen, im Falle einer Amöbiasis, oder wenn sich keine anderen Ursachen der Urtikaria finden lassen.

Allergien als Auslöser sind bei der chronischen Urtikaria eher selten. Dennoch gibt es Beispiele wie z.B. die sog. «Wheat-dependent, exercise-induced Anaphylaxis» (WDEIA), welche mittels einer erhöhten Sensitivität spezifischer IgE-Antikörper auf den Weizenbestandteil  $\alpha$ -5 Gliadin gemessen wird [8].

### Mastozytose

Auch die Mastozytose ist mit urtikariellen Hautveränderungen verbunden. Bei der kutanen Form kommt es zu Mastzellansammlungen in der Haut, bei der systemischen sind auch die Knochen, das Blut, gastrointestinale sowie kardiovaskuläre Organe betroffen. Gefahr droht hier vor allem auch durch Insektenstiche, die bei zusätzlicher Allergie in einer schweren Anaphylaxis enden können.

### Prof. Dr. med.

### Peter Schmid-Grendelmeier

Leiter der Allergiestation  
Dermatologische Klinik  
Universitätsspital Zürich  
Gloriastrasse 31, 8091 Zürich  
peter.schmid@usz.ch



### Literatur:

1. Van der Valk PG, et al.: Br J Dermatol 2002; 146: 110–113.
2. Chong SU: Int Arch Allergy Immunol 2002; 129: 19–26. doi:10.1159/000065181.
3. Kütting B, Brehler R: Hautarzt. 2001; 52: 708–711.
4. Maurer M, et al.: Allergy 2011 Mar; 66(3): 317–30. doi: 10.1111/j.1398-9995.2010.02496.x. Epub 2010 Nov 17.
5. Kaplan AP: Allergy Asthma Immunol Res 2012 Nov; 4(6): 326–31. doi: 10.4168/aaair.2012.4.6.326. Epub 2012 May 14.
6. Maurer M, et al.: N Engl J Med 2013 Mar 7; 368(10): 924–35. doi: 10.1056/NEJMoa1215372. Epub 2013 Feb 24.
7. Konstantinou GN, et al.: Allergy 2009 Sep; 64(9): 1256–68. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02132.x. Epub 2009 Jul 24.
8. Matsuo H, et al.: Allergy 2008; 63(2) : 233–236.