

Leitlinie »Urtikaria«

Definition und Basisinformation

Die Grundeffloreszenz der Urtikaria ist die Quaddel, die mit Rötung und Juckreiz einhergeht, wobei Histamin den wichtigsten Mediator darstellt. Man unterscheidet die akute und die akut rezidivierende Urtikaria (Dauer der einzelnen Schübe Stunden bis Tage) von der chronischen Urtikaria (Dauer mindestens sechs Wochen).

Die mit Abstand häufigste Ursache der akuten und der akut rezidivierenden Urtikaria im Kindesalter sind Urtikariaschübe, die im Rahmen von allgemeinen fieberhaften Atemwegsinfekten auftreten. IgE-vermittelte Ursachen von Urtikaria (z. B. im Rahmen einer Nahrungsmittelallergie) oder physikalische Urtikaria-Formen (z. B. mechanische Urtikaria) kommen viel seltener vor. Bei der chronischen Urtikaria kann ein verursachender Triggerfaktor nur selten diagnostiziert werden: in ungefähr 10 bis 20 Prozent der Fälle können dabei Nahrungsmittelinhaltsstoffe verantwortlich gemacht werden. In der Regel läßt das klinische Bild der urtikariellen Hautveränderungen keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zu. Lediglich die cholinergi-



Urtikaria bei einem Kleinkind.

sche Urtikaria kann aufgrund ihrer charakteristischen kleinfleckigen Effloreszenzen der Urtikaria zugeordnet werden.

Leitsymptome

Die juckende Quaddel ist das Leitsymptom der Urtikaria.

Diagnostik

Zielsetzung einzelner diagnostischer Verfahren

Die Anamnese ergibt in manchen Fällen Hinweise auf den Zusammenhang zwischen möglichen Auslösern und der klinischen Symptomatik. Für den häufigen Fall einer einmaligen akuten Urtikaria ist eine weitergehende diagnostische Abklärung in der Regel nicht erfolgversprechend und daher nicht notwendig. Bei rezidivierender oder chronischer Form sollte jedoch – insbesondere bei schwerem Verlauf – ein im Folgenden angegebenes diagnostisches Programm durchgeführt werden. Zur Abklärung einer häufig rezidivierenden akuten oder einer chronischen Urtikaria wird für mindestens 14 Tage ambulant eine pseudoallergenarme Diät durchgeführt, an deren Ende ein stationärer Aufenthalt zur Durchführung von Nahrungsmittelinhaltsstoff-Provokationen steht; im Rahmen dieses kurzen stationären Aufenthaltes werden dann auch die verschiedenen physikalischen Tests durchgeführt.

Zusammensetzung einer gebräuchlichen Auswahl

- Haut-Prick-Test oder
- Spezifisches IgE im Serum auf die häufigsten Inhalations- und Nahrungsmittelallergene
- Physikalische Tests (Eiswürfel, Schwitzen, warmes Armbad, Druck)
- -Pseudoallergenarme Diät für mindestens zwei Wochen
- Nahrungsmittelinhaltsstoff-Provokationen (z. B. Farb- und Konservierungsstoffe)
- Ggf. Diverses (Stuhl auf Wurmeier, Hauttest mit autologem Serum, Atemtest auf Helicobacter pylori, etc.)
- Urinstatus

Bewertung einzelner diagnostischer Verfahren

Während der Haut-Prick-Test und die Bestimmung des spezifischen IgE im Serum nur selten



zur Aufklärung beitragen, kann eine genaue von einem allergologisch Erfahrenen durchgeführte Anamnese manchmal hilfreiche Hinweise bringen. Bei ausgeprägter akut rezidivierender und bei chronischer Urtikaria ist eine pseudoallergenarme Diät mit nachfolgender oraler Provokation sinnvoll; darüber hinaus sind physikalische Tests angezeigt.

Ausschlussdiagnostik

Entfällt.

Nachweisdiagnostik

Nahrungsmittelinhaltsstoffe.

Entbehrliche Diagnostik

Bei der akuten Urtikaria, die zeitlich im Zusammenhang mit einer typischen Infektionskrankheit des Kindesalters (Virusinfektion) auftritt, ist eine medikamentöse Therapie indiziert. Eine weitergehende Diagnostik über die klinische Untersuchung des Patienten hinaus ist nicht erforderlich und in der Regel ergebnislos.

Durchführung der Diagnostik

Kinder- und Jugendarzt, bei rezidivierender akuter oder chronischer Urtikaria Kinderallergologe.

Therapie

Kausale Therapie

Karenzmassnahmen, d. h. das Meiden von entsprechenden Auslösern.

Symptomatische Therapie

Bei akuten Symptomen werden orale nicht-sedierende Antihistaminika verabreicht. Bei schwerer Ausprägung kann die altersentsprechende Dosierung verdoppelt werden. Bei sehr schweren Formen können ggf. systemische Steroide eingesetzt werden.

Medikamentöse Therapie

Oft ist bei rezidivierender akuter oder chronischer Urtikaria eine Langzeitbehandlung über z. B. drei bis sechs Monate mit oralen nicht-sedierenden Antihistaminika sinnvoll. Falls die Symptomatik nach dieser Zeit wieder auftritt, wird die Therapie um weitere drei bis sechs Monate verlängert oder eine diagnostische Phase angeschlossen.

Interventionelle Therapie

Entfällt.

Chirurgische Therapie

Entfällt.

Therapiedurchführung

Allergologisch erfahrener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie.

Rehabilitation

Entfällt.

Primäre und sekundäre Prävention

Entfällt.

Prognose

Die Prognose auch der chronischen Urtikaria ist gut. In der Regel kommt es innerhalb einiger Monate bis weniger Jahre zu einem spontanen Sistieren der Symptome.

*Prof. Dr. Bodo Niggemann,
Charité, Berlin*

Literatur

1. Zuberbier T, Czarnetzki BM (1993). Nahrungsmittelunverträglichkeit (II). *Hautarzt* 44: 57-62
2. Ehlers I, Niggemann B, Binder C, Zuberbier T (1998). Role of nonallergic hypersensitivity reactions in children with chronic urticaria. *Allergy* 53: 1074-1077
3. Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taïeb A (1998). Acute Urticaria in infancy and early childhood. *Arch Dermatol* 134: 319-323