

Ein praxisorientierter Therapieleitfaden Chronische Urtikaria (csU und ciU)

Dieser kurze Leitfaden soll einen raschen Überblick über die notwendige Diagnostik und Therapie bei chronischer spontaner Urtikaria bieten; er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Wann spricht man von einer chronischen Urtikaria?

Bei Auftreten von Quaddeln und/oder Angioödemem über mehr als 6 Wochen.

Klassifikation der chronischen Urtikaria

Treten Quaddeln und/oder Angioödemem ohne externe Ursache auf, spricht man von einer chronisch-spontanen Urtikaria (csU). Zu dieser Gruppe zählt auch die autoreaktive Urtikaria, die z.B. durch Mastzell-aktivierende Auto-Antikörper verursacht wird. Zur chronischen Urtikaria zählen auch die induzierbaren Formen (ciU), deren Auslöser (Hitze, Kälte, etc.) jedoch meist offensichtlich sind.

Chronische Urtikaria	
Chronische spontane Urtikaria	Induzierbare Urtikaria
Spontanes Auftreten von Quaddeln und/oder Angioödemem über einen Zeitraum ≥ 6 Wochen (auch durch z.B. Mastzell-aktivierende Antikörper bedingt)	Physikalische Urtikaria - Urticaria factitia - Kälteurtikaria - Wärmeurtikaria - Druckurtikaria - Lichturtikaria - Vibrationsinduziertes Angioödem Cholinerge Urtikaria Aquagene Urtikaria Kontakturtikaria

Welche Untersuchungen/Maßnahmen sollten durchgeführt werden?

Da eine chronische spontane Urtikaria per definitionem ohne erkennbaren Auslöser auftritt, sollte primär ihre Behandlung im Vordergrund stehen. Entgegen der allgemeinen Meinung sind auch Allergien nur sehr selten Ursache der chronischen Urtikaria.

Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sind empfohlen:

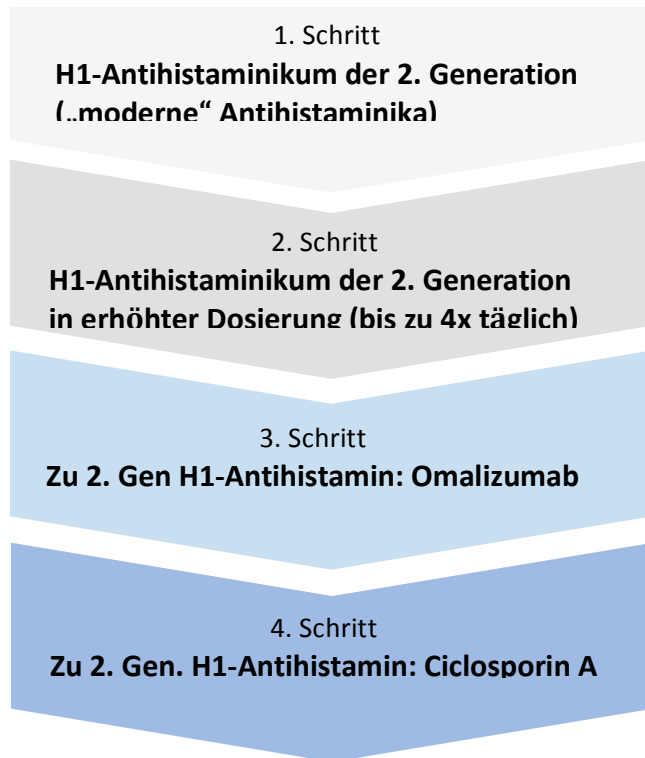
Basismaßnahmen zur Differentialdiagnose anderer chronischer Urtikariaformen

- Ausschluss von induzierbaren Urtikariaformen mittels Anamnese und gegebenenfalls physikalischen Tests (Kälte, Wärme, Druck, Reibung)
- Anamnestischer Ausschluss von Differentialdiagnosen: zB. Allergie, NSAR Einnahme, Mastzellerkrankungen, Histaminintoleranz.

Erweitert (jeweils nur bei entsprechendem Verdacht)

- Labor: (Differential-)blutbild, BSG/CRP, Schilddrüsenwerte inkl. Antikörper (TPO, TAK, TRAK)
- Zahnstatus / HNO Status
- Helicobacter pylori (Stuhl/Atemtest/Gastroskopie)
- Harnstreifen
- Autologer Serumtest
- psychosoziale Exploration (z.B. Stressfaktoren)
- bei isoliertem Angioödem: ACE-Hemmer /AT II Antagonisten möglicher Auslöser?

Medikamentöse Therapie der chronischen Urtikaria



1. Therapie der 1. Wahl

Aufgrund ihres guten Wirksamkeits- und Sicherheitsprofils ist die kontinuierliche Gabe nicht sedierender H1-Antihistaminika wie (Levo)cetirizin, (Des)loratadin und Fexofenadin* in der normalen Tagesdosis, täglich eingenommen, das Mittel der ersten Wahl.

2. Therapie der 2. Wahl – bei Nichtansprechen nach 2-4 Wochen

Bei Patienten, die auf eine Behandlung mit nicht sedierenden H1-Antihistaminika nicht oder nicht ausreichend ansprechen, kann nach 2 bis 4 Wochen oder bei unerträglichen Beschwerden auch früher eine Erhöhung der Dosis auf das bis zu Vierfache der Standarddosis* versucht werden. Der Wechsel auf ein anderes nicht sedierendes H1-Antihistaminikum kann hierbei in Betracht gezogen werden*. Auf eine Kombination zweier unterschiedlicher Präparate sollte jedoch verzichtet werden. Im Falle akuter Exazerbationen der csU und schweren Verlaufsformen (Angioödemen) kann ein kurzer Kortisonstoß über max. 7 Tage angezeigt sein*.

3. Therapie der 3. Wahl – bei Nichtansprechen nach 2-4 Wochen

Gelingt es durch Ausschöpfen der herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen nicht, die Symptome der Urtikaria zu beherrschen, wird nach 2 bis 4 Wochen oder bei unerträglichen Beschwerden auch früher die zusätzliche Verabreichung von Omalizumab empfohlen.

4. Therapie der 4. Wahl- bei Therapieversagen von Omalizumab

Nach 6 Monaten oder bei unerträglichen Beschwerden auch früher kann die Therapie mit Omalizumab beendet und statt dessen eine Therapie mit Ciclosporin A* begonnen werden.

Omalizumab

Aufgrund der guten Wirksamkeit, der guten Verträglichkeit und der Zulassung für die Behandlung der csU, ist bei Versagen der herkömmlichen Therapie Omalizumab als Drittlinientherapie Mittel der Wahl. Da es sich um eine sehr teure Therapie handelt, muss die Therapie gegenüber den Krankenkassen gut begründet werden.

Voraussetzungen:

- Versagen der herkömmlichen Therapie mit Antihistaminika auch in bis zu 4-facher Dosierung über 2-4 Wochen mit unkontrollierter Urtikaria und Juckreiz trotz Therapie.

Zur Dokumentation eignet sich z.B. der Urtikaria Activity Score über 7 Tage, der sogenannte UAS7 Score. Hierfür bietet sich der Patientenpass „Chronische spontane Urtikaria“** an.

Beginn der Therapie

Anders als bei der Anwendung von Omalizumab ist bei der Behandlung des allergischen Asthmas keine Bestimmung der Gesamt-IgE-Konzentrationen erforderlich. Die zugelassene Dosis beträgt 300 mg Omalizumab (zwei Fertigspritzen zu je 150 mg) als subkutane Injektion alle 4 Wochen. Nach der Injektion ist eine Observanz über 30 min empfehlenswert. Im Rahmen der beiden darauffolgenden Visiten in Woche 4 und 8 sollten neben der Verabreichung von Omalizumab eine klinische Begutachtung des Patienten sowie eine Beurteilung der Krankheitsaktivität durchgeführt werden.

Beurteilung des Behandlungserfolgs in Woche 12

Der Wirkungseintritt von Omalizumab in der Behandlung der csU erfolgt bei vielen Patienten bereits innerhalb einer Woche nach der ersten Injektion. Wegen der Möglichkeit des späteren Wirkungseintrittes sollte der Behandlungserfolg erst nach Woche 12 beurteilt werden. Bei zufriedenstellendem Ansprechen wird die Therapie mit Omalizumab fortgesetzt. Bei Bedarf kann das Verabreichungsintervall von 4 Wochen je nach individuellem Ansprechen des Patienten verlängert oder verkürzt werden (cave: Intervalländerung = Off-Label-Use). Bei Erfolglosigkeit ist die Therapie zu beenden; es sind zu keinem Zeitpunkt Laborkontrollen notwendig.

Vorübergehendes Absetzen von Omalizumab in Woche 24

Angesichts der relativ hohen Spontanheilungsrate der csU sollte, etwa in Woche 24, bei rezidivfreien Patienten ein Auslassversuch durchgeführt werden. Falls erforderlich, kann über 6 Monate hinaus therapiert werden*

* Off-Label-Use. Bei der Erstlinientherapie ist nur Fexofenadin Off-Label-Use

**Über die Firma Novartis erhältlich

Die inhaltliche Verantwortung liegt bei der Arbeitsgruppe Allergologie. Literatur beim Verfasser.

Basierend auf der Europäischen Leitlinie: Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria *Allergy* 2018; **73**: 1393-1414.

Stand 03/2018