

muss jedoch der Schwellenwert definiert werden.

Zur Behandlung empfiehlt Maurer bei leichtem Verlauf und kurzer Dauer ein Vorgehen wie bei chronisch spontaner Urtikaria: eine symptomatische Therapie und nach Monaten einen Auslassversuch bzw. eine Intensivierung der Therapie. Bei schwerem Verlauf und bekanntem Auslöser lohnt sich ein kurativer Therapieversuch, andernfalls wird die symptomatische Therapie fortgesetzt.

Symptomatische Therapie

Die Zahl der bei Urtikaria gebräuchlichen Medikamente ist riesig, doch welche Medikamente helfen wirklich? Dr. Bettina Wedi, Hannover, untersuchte alle zu diesem Thema publizierten Studien im Hinblick auf evidenzbasierte Kriterien. Gute Daten zur Wirksamkeit liegen laut Wedi lediglich für nicht sedierende Antihistaminika vor (s. Tabelle 2). Vergleiche zwischen den verschiedenen Substanzen fehlen allerdings. Bei erfolgloser Therapie kann sich der Umstieg auf ein anderes Präparat durchaus lohnen, weil die Patienten individuell verschieden auf die einzelnen Antihistaminika ansprechen. Wedi wies außerdem darauf hin, dass in der Praxis fast immer höhere Dosierungen der Antihistaminika erforderlich sind als in den klinischen Studien.

Gibt es Alternativen zu Antihistaminika?

Was tun, wenn Antihistaminika nicht ausreichen? Dies ist immerhin bei jedem dritten Patienten mit chronischer Urtikaria der Fall. Dann kann eine

Tabelle 2	
Nicht sedierende Antihistaminika	
Azelastin	Fexofenadin
Cetirizin	Levocetirizin
Desloratadin	Loratadin
Ebastin	Mizolastin

Kombinationstherapie sinnvoll sein, erklärte Wedi. Belegt ist die Wirksamkeit jedoch nur für die Kombination eines H1-Antihistaminikums mit Cyclosporin A.

Wie gut andere Substanzen wie Doxepin, Oxatomid, Ketotifen, Nifedipin, Warfarin, Hydroxychlorochin sind, ist schwer zu sagen, weil nur sehr wenige kontrollierte Studien vorliegen. Noch schlechter sieht es für Kortikosteroide, Dapson, Sulfasalazin, Methotrexat, Interferon, Plasmapherese und Immunglobuline aus, für die nicht einmal randomisierte kontrollierte Studien vorliegen. Der Leukotrienrezeptorantagonist Montelukast erwies sich in Monotherapie bei Patienten mit positivem Eigenserumtest als wirksam; bei anderen Patienten brachten die Studien recht unterschiedliche Ergebnisse.

Die Kombinationen eines H1-Antihistaminikums mit einem H2-Blocker (Cimetidin) oder mit einem Betasympathomimetikum (Terbutalin) sowie Tranexamsäure (Cyclokapron) und Cromoglicinsäure sind nach dem derzeitigen Kenntnisstand bei chronischer Urtikaria unwirksam.

DR. JUDITH NEUMAIER ■

■ Symposium „Urtikaria“ im Rahmen des Dt. Dermatologenkongresses 2005 in Dresden

ATOPISCHES EKZEM

Wer hat's lebenslang?

— Die Gefahr, dass ein atopisches Ekzem chronisch persistiert, ist besonders groß bei Patienten mit ausgeprägten Atopiestigmata – palmarer Hyperlinearität, Dennie-Morgan-Falte, halonierten Augen oder Juckreiz beim Schwitzen –, mit atopischen Ekzemen vorzugsweise an Ellbogen, Nacken und Hals, psychisch beein-

flussteter Erkrankung, hoher Zahl an Sensibilisierungen gegen Aero- oder Nahrungsmittelallergien sowie erhöhten IgE-Spiegeln. Dies stellte Priv.-Doz. Dr. med. Natalija Novak, Bonn, in einer retrospektiven Untersuchung mit 243 Patienten fest. Offen bleibt jedoch die Frage, welche dieser Faktoren lediglich begleitend auftreten und welche tatsächlich als Auslöser für das atopische Ekzem infrage kommen.

JN ■