

Hautarzt 2010 · 61:735–736
 DOI 10.1007/s00105-010-2015-7
 Online publiziert: 13. August 2010
 © Springer-Verlag 2010

B. Wedi¹ · T. Zuberbier²

¹ Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie,
 Medizinische Hochschule Hannover

² Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Allergie-Centrum-
 Charité, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Berlin

Update „Urtikaria“

Seit dem letzten Leitthemenheft „Urtikaria“ in der Zeitschrift *Der Hautarzt* (Hautarzt 58:300–320) sind 3 Jahre vergangen. Auch wenn mit 5 Beiträgen nicht alle Aspekte der Urtikaria umfassend abgedeckt werden können, bietet dieses Leitthemenheft Ihnen die Möglichkeit, sich über neue Erkenntnisse zu informieren.

Das häufige Reaktionsmuster Urtikaria ist per Blick einfach zu diagnostizieren, seine Pathogenese aber multifaktoriell. Die Differenzierung der verschiedenen Urtikariasubtypen mit geeigneten diagnostischen Maßnahmen ist wesentliche Voraussetzung für die Auswahl einer adäquaten Therapie. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass die meisten Urtikariaformen, v. a. die chronische spontane Urtikaria, mehrjährig persistieren und zu einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität und Minderung von Arbeitsfähigkeit bzw. Schulfähigkeit führen und somit eine erhebliche sozioökonomische Bedeutung haben.

Die stark eingeschränkte Lebensqualität bei allen Urtikariaformen beruht v. a. auf dem ausgeprägten Juckreiz, der entgegen der weit verbreiteten Ansicht wohl nicht ausschließlich histaminvermittelt ist, denn zunehmend wird deutlich, dass H₁-Antihistaminika die Symptome oft nicht suffizient behandeln. Frau Prof. Dr. Ulrike Raap et al. zeigen in ihrer Übersicht den aktuellen Kenntnisstand zur Pathogenese des Pruritus bei Urtikaria auf und eröffnen die Diskussion über neue therapeutische Ansätze.

Mithilfe einer gezielten Anamnese sowie standardisierter physikalischer Testungen sollten induzierbare Formen klar von den spontanen Urtikariaformen abgegrenzt werden, auch wenn sie parallel auftreten können. Zu den induzierbaren Urtikariaformen zählt neben Urticaria factitia und verzögerter Druckurtikaria sowie cholinergischer Urtikaria die relativ häufige Kälteurtikaria. Diagnostik und Management der Kälteurtikaria und die klare Abgrenzung zur inzwischen gut charakterisierten Gruppe der cryopyrinassoziierten periodischen Syndrome (CAPS) werden von Dr. Karoline Krause et al. anschaulich vorgestellt.

Die Differenzierung der Urtikariasubtypen ist Voraussetzung für eine adäquate Therapie

Bei den spontanen Urtikariaformen stellt nach wie vor die chronische spontane Urtikaria die größte Herausforderung dar. Den Themen Prävalenz, Verlauf, Prognosefaktoren und Folgen widmen sich Dr. K. Weller et al.

Eine effektive, spezifische medikamentöse Therapie der Urtikaria wurde bisher nicht entwickelt. Die einzig zugelassene Therapie ist die symptomatische Behandlung mit H₁-Antihistaminika in Standarddosis, die häufig unzureichend ist. Vor diesem Hintergrund ist die Identifikation potenzieller behandelbarer Triggerfaktoren essenziell. Derzeit berücksichtigt das empfohlene diagnostische Standardprogramm bei chronischer spontaner Urtikaria persistierende, meist subklinische Infekte (v. a. mit *Helicobacter pylori*, Streptokokken, Staphylokokken, Yer-

sinien), Autoreaktivität (autologer Serumtest, Schilddrüsenautoantikörper, evtl. antinukleäre Antikörper) und die Neigung zu nichtallergischen (pseudoallergischen) Überempfindlichkeitsreaktionen (v. a. gegenüber Acetylsalicylsäure und anderen nichtsteroidalen Antirheumatika, in Einzelfällen auch gegenüber Nahrungsmitteladditiven). Nichtsdestotrotz wird die Rolle persistierender Infekte kontrovers diskutiert. Ältere und neue Literatur bezüglich Infektfokus und chronische spontane Urtikaria werden von Prof. Dr. Bettina Wedi et al. präsentiert.

Trotz Beseitigung von Triggerfaktoren und symptomatischer Therapie mit H₁-Antihistaminika kann die Urtikaria persistieren. Die therapeutischen Alternativen für diese schwer Betroffenen werden mit zahlreichen praktischen Tipps im letzten Beitrag von Prof. Dr. Marcus Maurer et al. aufgezeigt. Besonders spannend sind hierbei die vielversprechenden und bisher vom Wirkmechanismus her unerklärten Erfolge mit Omalizumab.

Die Beiträge in diesem Leitthemenheft „Urtikaria“ zeigen, dass die letzten Jahre hochinteressante Erkenntnisse gebracht haben. Das Forschungsfeld wird immer spannender, und das ist gut so, denn es werden dringend effiziente, möglichst zugelassene alternative Therapieoptionen benötigt. Bis dahin müssen wir auf Bewährtes, meist aber nicht Evidenzbasiertes zurückgreifen. Immerhin konnten durch die systematische Literatursichtung und die nationale und internationale Konsensbildung von Experten Klassifikation und Management vereinheitlicht werden. Für weitere Informationen empfehlen wir die beiden deutschsprachigen Leitlinien zur Urtikaria, die in Kürze auf

den Seiten der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (<http://www.awmf-online.de>) sowie in den entsprechenden Organen der beteiligten Fachgesellschaften veröffentlicht werden.

Mit besten kollegialen Grüßen



Prof. Dr. Bettina Wedi



Prof. Dr. Torsten Zuberbier

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. B. Wedi

Klinik für Dermatologie,
Allergologie und Venerologie,
Medizinische Hochschule Hannover
Ricklinger Straße 5, 30449 Hannover
Wedi.Bettina@MH-Hannover.de

Prof. Dr. T. Zuberbier

Klinik für Dermatologie, Venerologie und
Allergologie, Allergie-Centrum-Charité,
Charité - Universitätsmedizin Berlin,
Campus Mitte
Berlin
torsten.zuberbier@charite.de

Für Autoren



Kasuistiken verfassen

**Eindrucksvoll bebilderte Fallbeispiele
kompakt und strukturiert dargestellt**

Sehr geehrte Autorin,
sehr geehrter Autor,

wir freuen uns, dass Sie die Zeitschrift „Der Hautarzt“ mitgestalten möchten. Frei zur Publikation eingereichte Kasuistiken zeigen interessante Fallbeispiele und ungewöhnliche Krankheits- und Behandlungsverläufe. Damit unsere Leser den größtmöglichen Nutzen aus der Lektüre Ihres Beitrags ziehen können und umsetzbare Hinweise zu Diagnostik und Behandlung erhalten, möchten wir Ihnen mit der folgenden **Checkliste** gerne bei der Manuskripterstellung behilflich sein.

- Text bitte immer als Datei schicken (.doc oder .rtf)
- Komplette Anschrift des Korrespondenzautors mit Tel.-Nr., Fax, E-Mail sowie Portraitfoto
- Gesamtumfang inkl. Literatur: max. 8.500 Zeichen inkl. Leerzeichen (nutzen Sie in Word unter „Extras“ die Funktion „Wörter zählen“)
- Kurzer, prägnanter Beitragstitel (ca. 50 Zeichen), ggf. erläuternder Untertitel
- Deutsche Zusammenfassung (500 Zeichen), 5 Schlüsselwörter
- Englischer Titel, englisches Abstract (500 Zeichen), 5 Keywords
- Gliederung in Anamnese, Befunde, Diagnose, Verlauf und Therapie, Diskussion
- Prägnante und möglichst kurze Zwischenüberschriften (max. 50 Zeichen). 4 Hierarchien sind möglich.
- Fazit für die Praxis (max. 500 Zeichen)
- 3-4 Abbildungen pro Beitrag sind erwünscht
- möglichst kurze Abbildungslegenden
- Abbildungen und Tabellen im Text chronologisch erwähnen
- max. 10 Literaturzitate

Bitte senden Sie Ihren fertigen Beitrag an:

Prof. Dr. Thomas Ruzicka
Klinik und Poliklinik für Dermatologie, und Allergologie,
LMU München

Manuskripte in 3facher Ausführung an:

Prof. Dr. Daniela Bruch-Gerharz

Hautklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf, Moorenstr. 5,
40225 Düsseldorf, s.gehrke@med.uni-duesseldorf.de