

Update zum Management der Urtikaria

Anfang des Jahres wurden die neuen Urtikaria-Leitlinien veröffentlicht. Änderungen gibt es vor allem in Hinblick auf den Therapiealgorithmus, wie PD Mag. Dr. Stefan Wöhrl, Floridsdorfer Allergiezentrum, Wien, bei seinem Vortrag im Rahmen des 4. Symposiums Spectrum Dermatologie Kompakt erläuterte.

Von Katharina Miedzinska, MSc

I Urtikaria kommt in zwei Verlaufsformen, akut und chronisch, vor. Die chronische Form mit einer Symptombdauer von sechs Wochen, wird weiter in die chronisch spontane und die chronisch induzierte Urtikaria (CSU, CIU) unterteilt. Im Gegensatz zur akuten Urtikaria, die manchmal auch allergische Ursachen hat, ist die chronische Urtikaria fast nie allergisch bedingt. Während die CIU oftmals physikalische Auslöser hat, darunter kalte Luft, Flüssigkeiten oder Gegenstände (Kälteurtikaria), lokale Wärme (Wärmeurtikaria), sichtbares und UV-Licht (Lichturtikaria), bleiben die Ursachen der CSU in vielen Fällen unbekannt.¹ Die einzelnen Formen und Unterformen der heterogenen Erkrankung zeichnen sich durch spontanes Auftreten von Juckreiz, Quaddeln und/oder Angioödemem aus. Die Symptome können für Betroffene, insbesondere auch durch das unvorhergesehene Auftreten, eine große Belastung und Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bedeuten.

Minimale Diagnostik

In Hinblick auf die Diagnose hebt Wöhrl die in den aktualisierten Leitlinien empfohlene minimale Diagnostik hervor: „Wichtigstes diagnostisches Instrument ist eine gründliche Anamnese, die alle möglichen Ursachen und Urtikaria-Auslöser berücksichtigt, gefolgt von einer körperlichen Untersuchung.“ Von einer Durchuntersuchung wird in den Leitlinien abgeraten.¹ Eine ausführliche Untersuchung sollte nur in Einzelfällen erfolgen, „beispielsweise, wenn seitens des Patienten im Rahmen der Erstuntersuchung Hinweise auf eine mögliche Ursache erbracht werden“, unterstreicht Wöhrl und ergänzt: „Wesentlicher Aspekt der neuen Leitlinien ist das Management der Erkrankung und nicht eine langwierige Standard-Durchuntersuchung bei allen Patienten. Wichtig ist zu berücksichtigen, was der Patient berichtet und danach individuell und zielgerichtet einzelne Befunde wie CRP und Differentialblutbild, Allergietests und physikalische Provokationstest zu erheben.“



Wöhrl: „Omalizumab stellt bei Patienten mit chronischer Urtikaria eine effektive Behandlung dar.“

Therapie der chronischen Urtikaria

Behandlungsziel der chronischen Urtikaria ist eine gute Kontrolle der Symptome.¹ Eine komplette Symptomkontrolle stelle allerdings, so Wöhrl, eine große Herausforderung dar. Die aktuellen Leitlinien empfehlen, wie die vorangegangenen, für die Behandlung von Erwachsenen und Kindern an erster Stelle eine Therapie mit modernen Antihistaminika der zweiten Generation.¹ „Moderne Antihistaminika sind wirksam, mit einer Dosissteigerung lassen sich in vielen Fällen gute Therapieerfolge erreichen. Wichtig ist eine durchgehende Therapie, zudem sollen verschiedene Antihistaminika nicht gemischt werden, da dies durch Kompetition zu einer Wirkabschwächung am Rezeptor führt“, so Wöhrl.

Weitere Therapiestufen

Führt das Antihistaminikum nicht zur Besserung, kann dessen Dosis in einem zweiten Schritt bis zum Vierfachen erhöht werden. Während im Leitlinien-Update 2013 bei weiter bestehender Symptomatik nach bis zu vier Wochen die zusätzliche Gabe von Omalizumab, Cyclosporin A oder eines Leukotrienantagonisten empfohlen wurde,² besteht die dritte Therapiestufe gemäß aktualisiertem Algorithmus nun in der zusätzlichen Gabe von Omalizumab (300mg alle vier Wochen) und das bei allen Formen der chronischen Urtikaria. Der Einsatz von Cyclosporin A wird in den aktuellen Leitlinien, so Wöhrl, nur mehr nach unzureichendem Ansprechen auf Omalizumab nach sechs Monaten empfohlen.¹ Wöhrl: „Der aktualisierte Algorithmus ist flexibler. Bei nicht ausreichender Wirkung der Antihistaminikatherapie muss nicht acht Wo-

chen bis zur zusätzlichen Gabe von Omalizumab zugewartet werden, diese ist bereits nach drei bis vier Wochen möglich.“

Omalizumab nach unzureichendem Antihistaminansprechen

Omalizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Anti-IgE-Antikörper, der antiautoallergisch und mastzellstabilisierend wirkt und als einziges Medikament neben einfach dosierten Antihistaminika und Kortison zur Behandlung der Urtikaria zugelassen ist.³ Sicherheit und Wirksamkeit von Omalizumab gehen aus den drei Phase-III-Studien Asteria I⁴, Asteria II⁵ und Glacial⁶ hervor, in allen drei Studien konnten auch eine Überlegenheit von Omalizumab gegenüber Placebo in Hinblick auf die Lebensqualität, welche nach 12 Therapiewochen als sekundärer Endpunkt definiert war, sowie eine Verbesserung der mit dem CU-Q2ol (Chronic Urticaria Quality of Life) erfassten urtikariaspezifischen Lebensqualität gezeigt werden. Wöhrl: „Omalizumab stellt bei Patienten mit chronischer Urtikaria eine effektive Behandlung dar und hat den Vorteil, dass es auch nach einer Therapiepause bei erneuter Gabe gleich wirksam ist.“

Vortrag im Rahmen des 4. Symposiums Spectrum Dermatologie Kompakt, Wien, 2.3.18

1 Zuberbier et al., *Allergy* 2018; Jan 15., doi:10.1111/all.13397

2 Maurer et al., *JDDG* 2013; 11(10):971–8

3 Fachinformation Xolair 09/2016

4 Saini et al., *J Invest Dermatol* 2015; 135(1):67–75

5 Maurer et al., *N Engl J Med* 2013; 368:924–35

6 Kaplan et al., *J Allergy Clin Immunol* 2013; 132:101–9