

Chronische Urtikaria

Liebe Eltern,

bei der Nesselsucht (= Urtikaria) kommt es in und auf der Haut immer wieder zu wechselnden Rötungen und Schwellungen. Diese Schwellungen werden auch Quaddeln genannt. Zusammen mit den Rötungen tauchen sie innerhalb von Minuten bis Stunden an immer wieder anderen Stellen des Körpers auf. Schwellungen im Bereich des Weichteilgewebes nennt man auch Angioödem bzw. Quincke-Ödem. Sie betreffen vor allem die Lippen, die Wangen, die Augenlider, Arme, Beine und Genitalien. Oft besteht ein sehr lästiger Juckreiz.

Wenn diese Hauterscheinungen über mehr als sechs Wochen entweder dauerhaft oder wiederkehrend mehrmals in der Woche auftreten, spricht man von einer **chronischen Urtikaria**. Informationen zur **akuten Urtikaria** (Dauer unter sechs Wochen) finden sich im Elternratgeber „Nesselausschlag – was tun“.

Wie entsteht die Urtikaria?

In der Haut (bei der Urtikaria) oder unter der Haut (beim Angioödem) kommt es durch unterschiedliche Reize zu einer Freisetzung von Histamin aus sogenannten Mastzellen. Das Histamin erweitert die Blutgefäße und verursacht damit die Rötungen und die Schwellungszustände.

Wie beeinträchtigt ist die Erkrankung?

Das normale Alltagsleben kann durch die Nesselsucht erheblich durcheinandergebracht werden. Das allgemeine Wohlbefinden ist beeinträchtigt. Schübe können völlig unerwartet auftreten und damit den Schul- oder Kindergartenbesuch stören. Manchmal wird die Erkrankung fälschlicherweise für ansteckend gehalten. Dauer und Schwere sind



Ein klassisches Symptom der Urtikaria: Rote Streifen, die nach dem Bestreichen der Haut z.B. mit einem stumpfen Stift auftauchen – der sog. Dermographismus („Hautzeichnung“).

außerordentlich unterschiedlich. Das oft überraschende, etwas spukhafte Auftreten führt häufig zu Angst und Verunsicherung. Die Erkrankung ist üblicherweise aber nicht gefährlich. In der Regel besteht auch kein Risiko eines allergischen Schocks.

Wie verläuft die chronische Urtikaria?

Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen verschwinden die Erscheinungen innerhalb von sechs bis zwölf Monaten.

Welche Untersuchungen sind sinnvoll?

Äußerliche auslösende Umstände sind nur selten nachweisbar. Bei Kindern und Jugendlichen beginnt die Erkrankung häufig nach Infektionskrankheiten. Diese können als Auslöser gelten, aber die

Erkrankung verselbstständigt sich und nur in wenigen Fällen war für den auslösenden Infekt eine Therapie möglich bzw. nötig.

Der Arzt kann nach gezielter Anamnese und Untersuchung manchmal einen Auslöser finden. Vor allem behandelbare Infektionen können und sollten identifiziert werden. Ein hierin erfahrener Kinder- und Jugendarzt wird eine gezielte Diagnostik veranlassen.

Nahrungsmittel werden oft verdächtigt, sind aber tatsächlich nur ganz selten für die Symptome verantwortlich. Eine Diät mit Weglassen von Pseudoallergenen wie Farb- und Konservierungsmitteln ist sehr schwierig und belastend und wird nur in Ausnahmefällen versucht. Die Diät erfordert die Beteiligung einer Ernährungsfachkraft und sollte, wenn sich nach vier Wochen kein Erfolg einstellt, wieder beendet werden. Im Unterschied zu Erwachsenen ist eine sogenannte Fo-

kussuche (= Herdsuche) zum Ausschluss von Tumorerkrankungen bei Kindern nicht notwendig. Auch Autoimmunerkrankungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen) spielen bei Kindern und Jugendlichen eine untergeordnete Rolle. Die sogenannte Autoimmun-Urtikaria, die durch einen Hauttest nachgewiesen werden kann, ist bei Kindern sehr selten. Die Behandlung ändert sich auch bei Nachweis entsprechender Autoantikörper zunächst nicht.

Es ist darauf zu achten, ob gleichzeitig eine sogenannte physikalische Urtikaria vorliegt. Dabei kann das reine Kratzen auf der Haut die Quaddeln auslösen. Bei manchen Betroffenen gibt es Reaktionen auf Wasser, Kälte oder Wärme, bei Fieber, Sport, durch Druck und selten auch durch Vibration (z. B. Rasenmähen). Dabei wird die Histaminfreisetzung aus den Mastzellen der Haut durch äußere Reize ausgelöst. Manchmal kommt dies familiär vor. Eine Behandlung ist bei Beeinträchtigungen des täglichen Lebens nötig und erfolgt im Prinzip nach den gleichen Richtlinien wie die Therapie der anderen chronischen Urtikariaformen (s. u.). Wenn die Symptome aber im Zusammenhang mit körperlicher Anstrengung oder Sport auftreten, muss dies weiter abgeklärt werden. Für die Reaktion auf Kälte, Wärme oder Druck sind einfache Tests möglich. Wenn die Symptome aber eindeutig beobachtet worden sind, sind diese Testungen nicht erforderlich.

Wie sieht die Behandlung aus?

Die Therapie der chronischen Urtikaria ist heute fast immer erfolgreich möglich. Da die Therapie sehr effektiv ist und die Beschwerden dadurch in der Regel rasch aufhören, steht die konsequente medikamentöse Behandlung an vorderster Stelle. Es lohnt sich, Geduld aufzubringen und die Kinder und Jugendlichen nicht durch unnötige Untersuchungen zu belasten.

An erster Stelle steht die Therapie mit einem modernen, nicht müde machenden **Antihistaminikum**, also einem Medikament, das die Wirkung von Histamin verhindert und unterdrückt. Mit

dieser Behandlung werden die meisten Erkrankten bereits beschwerdefrei. Bekannt ist diese Substanzgruppe aus der Heuschnupfenbehandlung. Bei Kindern wird meist an erster Stelle Cetirizin eingesetzt, bei dem die Studienlage in Bezug auf Wirkung und Nebenwirkungen sehr gut ist. Viele hunderte von Kleinkindern sind über Jahre dauerhaft mit dieser Substanz in hoher Dosierung behandelt worden, ohne dass wesentliche Nebenwirkungen eingetreten wären. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, so dass sogar eine Dosissteigerung auf das Vierfache unproblematisch ist. In seltenen Fällen muss bei nicht optimaler Wirkung auch mal das Präparat gewechselt werden. Ältere, müde machende Substanzen sollten nicht mehr eingesetzt werden. Andere moderne, ebenfalls effektive Antihistaminika sind zum Beispiel Levocetirizin, Loratadin, Desloratadin und Fexofenadin. Nicht alle dieser Substanzen sind in der Behandlung von Kleinkindern zugelassen. Von großer Bedeutung ist es, die Behandlung regelmäßig durchzuführen, nicht zu häufig zu unterbrechen und nicht zu früh zu beenden. Wann die Therapie reduziert bzw. abgesetzt werden kann, sollte mit dem Arzt vereinbart sein.

Wenn die Therapie mit Antihistaminika ausgereizt ist und nicht ausreicht, wird in der Regel ein Leukotrienrezeptorantagonist eingesetzt. Der Wirkstoff (Montelukast) ist sehr gut verträglich. Er findet auch in der Asthmabehandlung Verwendung und ist daher schon bei Kleinkindern gut untersucht. Nur sehr selten kommt es zu Kopf- oder Bauchschmerzen.

In einem schweren Schub kann es notwendig sein, Kortison einzunehmen. Bei einer Kurzzeittherapie (unter 14 Tagen) sind Kortisonnebenwirkungen nicht zu befürchten. Die Wirkung ist in der Regel sehr gut. Mit dem Arzt kann eine Art Notfallplan für akute Schübe ausgemacht werden. So kann die Akutbehandlung auch eigenständig von der Familie z. B. am Wochenende begonnen werden.

Wenn es die Schwere der Erkrankung erforderlich macht, immer wieder Kortison einzusetzen, und Nebenwirkungen dadurch nicht auszuschließen sind, wer-

den vom Spezialisten (pädiatrischer Allergologe, pädiatrischer Dermatologe) weitere Substanzen eingesetzt. Dies ist nur extrem selten notwendig, sollte aber im Hinblick auf die Erhaltung einer guten Lebensqualität nicht vergessen werden. Bei Kindern liegen die meisten Erfahrungen für Cyclosporin A vor. Für Erwachsene gab es in der letzten Zeit Fallberichte über die Wirksamkeit eines Antikörpers gegen IgE (das körpereigene Allergiemolekül).

Schlussfolgerung

Da die chronische Urtikaria bei Kindern und Jugendlichen meistens nach ein paar Monaten von selbst verschwindet, sollte das Hauptaugenmerk vornehmlich auf die heutzutage zumeist sehr effektive Behandlung gelegt werden. Unnötige diagnostische Maßnahmen, einschneidende Diäten oder andere Therapien, die das tägliche Leben zusätzlich beeinträchtigen, sollten im Interesse der Kinder und Jugendlichen möglichst vermieden werden.

*Dr. Frank Ahrens, Dr. Peter J. Fischer,
Dr. Katja Nemat
für die Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Allergische Hauterkrankungen der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)*