

Dansk Lungemedicinsk Selskab

Emne: Urticaria	Dato: 24.02.2009 Revision: 24.2.2009	Retningslinje nummer:
Udarbejdet af: Holger Mosbech, Kirsten S. Jakobsen, Erik Juhl Jensen og Peter Plaschke		Sider: 3

1.1. DEFINITION OG FOREKOMST

Ved urticaria ses hurtig udvikling af *kvadler* på huden. Kvadler er afgrænsede flade hævelser, oftest af forskellig størrelse og form, sædvanligvis omgivet af rødme og med udtalt kløe . sjældnere brændende fornemmelse. De enkelte elementer svinder oftest inden for 1 . 24 timer.

Efter de nyeste definitioner opfattes også *angioødem* som en slags urticaria¹. Ved angioødem ses en hurtigt udviklet lokaliseret, men udtalt hævelse af de dybeste hudlag og af underhuden, ofte med involvering af slimhinder. Der kan komme en følelse af spænding i området, men sjældent kløe. Den enkelte hævelse kan vare op til 3 dage.

Akut urticaria (med varighed < 6 uger) optræder hyppigt.

Kronisk urticaria har en livstidsprævalens på 0,5-1%. Ca. 50% har udelukkende nælder, mens 10% udelukkende har angioødem².

1.2. ÆTIOLOGI

Der skelnes mellem flere typer urticaria, dels ud fra varighed, dels ud fra det udløsende agens (tabel 1)¹. Af og til optræder mere end en type hos samme person.

Anafylaktiske reaktioner starter ikke sjældent med akut og svær hudkløe specielt svarende til behårede områder, håndflader og fodsåler. Efterfølgende udvikles hudrødme evt. kvadeldannelse samtidig med påvirkning af kredsløb og evt. vejtrækning.

1.3. UDREDNING

Ved *akut urticaria* kan listen over mulige udløsende årsager (tabel 1) sammenholdes med patientens anamnese. Spørg om tidsmæssig sammenhæng med indtag af medicin (specielt acetylsalisylsyre/non-steroid anti-inflammatoriske drugs) og mad. Af og til er det på den måde muligt at stille en kausal diagnose, så patienten kan rådgives.

Blodprøver tages kun, hvis sygehistorie og/eller objektiv undersøgelse rejser mistanke, der skal bekræftes³.

Udredning ved *kronisk urticaria* inkl. angioødem er en specialopgave, der varetages af dermatologer eller andre med særlig interesse. Det bør sikres at pt. henvises . og specielt for angioødem også ses

hurtigt. Forskellige udredningsstrategier er foreslået, bl.a. som skitseret i figur 1¹ og i reference 2, 3 og 4.

4. BEHANDLING

De letteste tilfælde af akut urticaria behandles med *ikke-sløvende antihistamin-tabletter (håndkøb) i standarddosis*^{2, 5}.

Ved fulminant eller hurtigt udviklet urticaria og/eller angioødem, hvor alm. antihistamindoser ikke er tilstrækkelige er behandlingen *antihistamin i.m. eller langsomt i.v. (Inj. Mepyramin® 1. 2 mg) samt tbl. prednisolon 25 -50 mg eller inj. Solumedrol® i.v. 40. 80 mg*, hvis der ikke er kontraindikationer herfor. Behandlingen fortsætter med prednisolon og ikke-sløvende antihistamin-tabletter. Prednisolon kan sædvanligvis seponeres efter 3-4 dage, mens antihistaminbehandlingen fortsættes, hvis der tidligere har været recidiv.

Ved svær hudkløe/urticaria med tegn på almenpåvirkning (anafylaksi) er initialbehandlingen *inj. adrenalin 0,3 ml i.m. (1 mg/ml) . og sædvanlig anafylaksibehandling*.

Ved angioødem i svælg kan suppleres med *inhale-ret adrenalin* (1 ml af 1 mg/ml + 2-4 ml isotonisk NaCl i forstøver til astmabehandling).

Ved svær urticaria, hvor almindelige doser antihistamin ikke er tilstrækkelige, kan *dosis øges 3-4 gange*⁵. Det kan - i hvert fald for fexofenadin (Telfast®) og desloratadin (Aerius®) - hos de fleste patienter ske uden problemer med sedation.

Ved *angioødem* uden kvadler bør en evt. ACE-hæmmerbehandling straks erstattes med et andet farmakon².

Ved kronisk urticaria må antihistamin i visse tilfælde kombineres med andre farmaka^{2, 5}. Det er en specialopgave.

Table 1. Classification of urticaria

Group	Subgroup	Definition
Spontaneous urticaria	Acute urticaria	Spontaneous wheals <6 weeks
	Chronic urticaria	Spontaneous wheals >6 weeks
Physical urticaria	Cold contact urticaria	Eliciting factor: cold air/water/wind
	Delayed pressure urticaria	Eliciting factor: vertical pressure (wheals arising with a 3–8 h latency)
	Heat contact urticaria	Eliciting factor: localized heat
	Solar urticaria	Eliciting factor: UV and/or visible light
	Urticaria factitia/dermographic urticaria	Eliciting factor: mechanical shearing forces (wheals arising after 1–5 min)
Other urticaria disorders	Vibratory urticaria/angioedema	Eliciting factor: vibratory forces, e.g. pneumatic hammer
	Aquagenic urticaria	Eliciting factor: water
	Cholinergic urticaria	Elicitation by increase of body temperature
	Contact urticaria	Elicitation by contact with urticariogenic substance
	Exercise-induced anaphylaxis/urticaria	Eliciting factor: physical exercise

Fra (1).

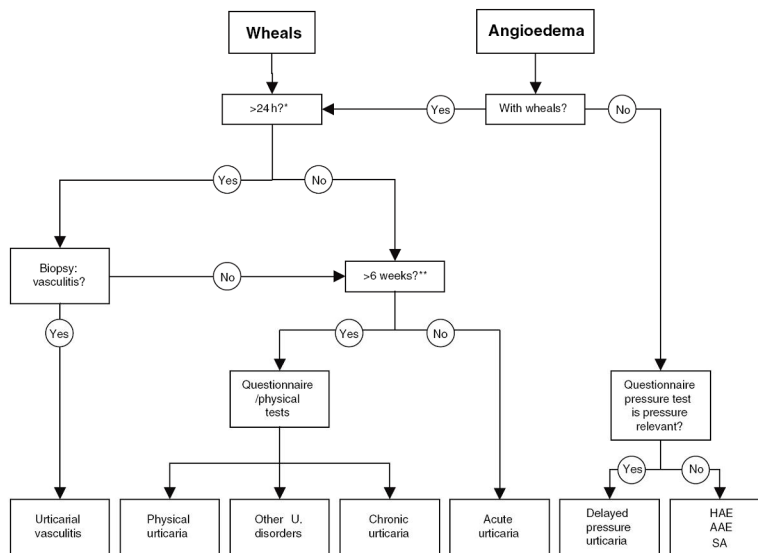


Figure 1. Differential diagnosis of urticarial symptoms. HAE, hereditary angioedema; AAE, acquired angioedema with C1 esterase inhibitor deficiency; SA, spontaneous angioedema as manifestation of chronic urticaria with only deep swellings but no superficial wheals. *Duration of individual wheals; **duration of urticaria.

Fra (1).

1.5. REFERENCER

1. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CEH, Greaves MW et al. GA2LEN/EDF guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2006; 61:316-20.
2. Powell RJ, Du Toit GL, Siddique N, Leech SC, Dixon TA et al. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. *Clin Exp Allergy* 2007;37:631-50.
3. Kozel MM, Bossuyt PM, Mekkes JR, Bos JD. Laboratory tests and identified diagnoses in patients with physical and chronic urticaria and angioedema: A systematic review. *J Am Acad Derm* 2003;48:409-16.
4. Kozel MM, Moein MC, Mekkes JR, Meinardi MM, Bossuyt PM et al. Evaluation of a clinical guideline for the diagnoses of physical and chronic urticaria and angioedema. *Acta Derm Venereol* 2002; 82:270-4.
5. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CEH, Greaves MW et al. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: management of urticaria. *Allergy* 2006; 61:321-31.