

**Inledning**

Urtikaria kallas också nässelutslag och visar sig typiskt som kliande upphöjda svullnader omgivna av rodnad. Kvaddlarna försvinner inom någon eller några timmar, e.g. inom 24 timmar, för att återkomma på annan plats. Svullnaden (kvaddeln) är orsakad av ödem i läderhuden. Urtikaria uppträder med eller utan angioödem.

Angioödem (Quinckeödem) är oftast lokaliserat till den luckra vävnaden runt ögonen och läpparna. Angioödemet är orsakat av ödem i underhuden. Urtikaria indelas i akut respektive kronisk (mer än 6 veckor) urtikaria samt kontakt- respektive fysikalisk urtikaria.

Prognosen vid urtikaria är ytterst varierande: Akut urtikaria varar oftast någon eller några dagar (max 6 veckor), medan kronisk och fysikalisk urtikaria kan pågå eller recidivera under lång tid.

**Beskrivning**

**Akut urtikaria**

Akut urtikaria varar sällan mer än 1-3 dygn, särskilt om orsaken är en akut allergisk reaktion. När urtikarian orsakas av en infektion kan den dock vara ytterligare några dagar. Oftast förblir den utlösande orsaken okänd (idiopatisk urtikaria).

Födoämnesallergi (IgE-förmedlad) kan utlösa urtikaria, men urtikarian kan i dessa fall också vara ett av flera symtom vid en svår allergisk, ev anafylaktisk reaktion. Läkemedel, vanligast är antibiotika, kan utlösa såväl snabbt insättande IgE-förmedlade typ I-reaktioner som immunkomplexmedierade typ III-reaktioner efter flera dagars behandling.

Insektsgift efter stick av bi eller geting kan utlösa akut urtikaria, men också urtikaria som del i en anafylaktisk reaktion. Myggstick och andra insektsbett kan orsaka urtikaria, men vanligen stannar det vid en lokal kvaddel.

Direkt hudkontakt med allergenet kan också ge akut urtikaria med såväl lokalt som generell reaktion, även som del av anafylaktisk reaktion. Exempel på denna typ av akut urtikaria ses vid latexallergi. Angioödem i anslutning till urtikaria innebär sällan risk för akut luftvägshinder, utom då angioödemet är en del av symtombilden vid en anafylaktisk reaktion.

**Utredning**

Utän en sjukhistoria med klar misstanke om utlösande ämne bör utredning undvikas. I annat fall görs utredning med pricktest (SPT) eller specifikt serumIgE mot misstänkt allergen

**Behandling**

Anafylaxibehandling (enligt stencil D1) i de fall urtikarian misstänks vara del i, eller debuten av en svårare allergisk reaktion/anafylaktisk reaktion.

Akut urtikaria behandlas annars i första hand med icke-sederande antihistamin. Vid svår klåda, eller besvärande angioödem, kan behandlingen kompletteras med systemiska steroider, antingen som engångsdos eller med nedtrappning under några dagar. Vid svår klåda kan man ev välja ett sederande antihistamin, särskilt till kvällen, och antihistamindosen kan ibland behöva höjas (se nedan, behandling av kronisk

urtikaria).

**Beskrivning**

**Kronisk urtikaria**

Urtikaria som varat eller recidiverat under minst 6 veckor benämns kronisk urtikaria. Tillståndet är relativt ovanligt hos barn. Någon bakomliggande orsak påvisas relativt sällan, men i vissa fall har en infektion orsakat urtikarian, t ex hepatit eller mycoplasma. Helicobakter pylori – infektion anges också som möjlig orsak, men sambandet är osäkert (1, 2). Födoämnesallergen, och födoämnen som korsreagerar med björkpollen (3), kan orsaka recidiverande urtikaria. Inte sällan är kronisk urtikaria autoimmun (4). Kronisk urtikaria med kvaddlar som är mera ömmande än kliande och stannar kvar mer än ett dygn på samma lokalisation är kännetecknade för vaskulit-urtikaria.

**Utredning**

I utredningen ingår fullständigt blod- och lever- och thyreoideastatus, liksom serologi mot hepatit B och C, HIV och mycoplasma.

Faeces kontrolleras för Helicobacter pylori-antigen och vid blod-eosinofili för cystor/maskägg.

Ev autoimmun genes utreds med HR-urtikaria test (histamin release-test) och TPO-antikroppar (antikroppar mot thyreoperoxidase).

Vid misstanke om vaskulit eller systemsjukdom kontrolleras SR, ANA-screen, komplementfaktorer och ANCA.

Vid misstanke om hereditärt angioödem kontrolleras C1-esteras inhibitor och komplementfaktor C4 (helst under pågående attack).

Misstänks allergi används pricktest eller specifikt IgE mot relevanta allergen.

Lungröntgen görs med frågeställning lymfom (mediastinala körtlar).

**Behandling**

Vanligen specialistuppgift.

Generella klådstillande råd, såsom svalt i sovrummet och att undvika stress ibland sederande antihistamin till natten.

Antihistamin (H1-receptorblockerare) används vid behandlingen av idiopatisk kronisk urtikaria och vid autoimmun urtikaria. Dosen behöver ofta höjas, ibland till 3-4 ggr normaldos. När det inte räcker finns visst stöd för att addera H2-receptorblockerare (ranitidin) i standarddos (5). Montelukast kan också ha viss effekt vid kronisk urtikaria (6, 7). Vid utebliven eller otillräcklig effekt adderas omalizumab (8). I sällsynta fall kan

**Beskrivning**

annan immunhämmande (9) eller immunmodulerande (10) behandling bli aktuell.

Vid hereditärt angioödem finns specifik behandling, kommenteras dock inte i denna skrivelse.

Vid bakomliggande sjukdom eller infektion riktas vidare utredning och behandling mot specifikt tillstånd även om behandlingen av själva urtikarian ofta blir densamma som för kronisk idiopatisk urtikaria

**Fysikalisk urtikaria**

Vanligaste fysikaliska stimuli som hos barn kan utlösa urtikaria är tryck, temperatur och ansträngning. Sjukhistorien är ofta typisk vid dessa former av urtikaria och utredning är då onödig.

Vid "dermografisk urtikaria" (skrivhud) ses t ex urtikaria under åtsittande linningar eller i rivmärken, orsakade av tryck/rivning i huden.

Såväl låg som hög omgivningstemperatur kan utlösa urtikaria. Utomhusbad är en riskfaktor, liksom kalla drycker, som vid generell fysikalisk urtikaria kan orsaka blodtrycksfall.

Ansträngningsutlöst urtikaria med anafylaktisk reaktion är ovanligt men har rapporterats i kombination med läkemedels- eller födoämnesallergi (främst veteallergi med antikroppar mot omega-5-gliadin).

**Utredning**

Anamnes och klinik oftast tillräckligt.

Köldurtikaria kan testas genom lokal nedkylning av ett mindre hudparti, t ex genom att hålla en liten isbit eller liknande mot huden

Undvikande av utlösande agens.

**Behandling**

.Antihistamin har ofta relativt god effekt.

Vid svår fysikalisk urtikaria kan behandlingstrappan för kronisk urtikaria användas (11).

**Referenser**

1. Akashi R, Ishiguro N, Shimizu S, Kawashima M. Clinical study of the relationship between Helicobacter pylori and chronic urticaria and prurigo chronica multiformis: effectiveness of eradication therapy for Helicobacter pylori. The Journal of dermatology. 2011;38(8):761-6. Epub 2011/03/01.

2. Moreira A, Rodrigues J, Delgado L, Fonseca J, Vaz M. Is Helicobacter pylori infection associated with chronic idiopathic urticaria? Allergologia et immunopathologia. 2003;31(4):209-14. Epub 2003/08/02.

3. Hesselmar B, Eriksson B, Aberg N. Urticaria is associated with birch-pollen sensitization. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*. 2007.
4. Di Lorenzo G, Leto-Barone MS, La Piana S, Seidita A, Rini GB. Chronic spontaneous urticaria: an autoimmune disease? A revision of the literature. *Clinical and experimental medicine*. 2012. Epub 2012/05/16.
5. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;3:CD008596. Epub 2012/03/16.
6. Kosnik M, Subic T. Add-on montelukast in antihistamine-resistant chronic idiopathic urticaria. *Respiratory medicine*. 2011;105 Suppl 1:S84-8. Epub 2011/11/02.
7. Khan S, Lynch N. Efficacy of montelukast as added therapy in patients with chronic idiopathic urticaria. *Inflammation & allergy drug targets*. 2012;11(3):235-43. Epub 2012/03/29.
8. Ivyanskiy I, Sand C, Francis ST. Omalizumab for chronic urticaria: a case series and overview of the literature. *Case reports in dermatology*. 2012;4(1):19-26. Epub 2012/04/12.
9. Hollander SM, Joo SS, Wedner HJ. Factors that predict the success of cyclosporine treatment for chronic urticaria. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2011;107(6):523-8. Epub 2011/11/30.
10. Watkins C, Peiris E, Saleh H, Krishnaswamy G. Intravenous Immunoglobulin as a Potential Therapy for Refractory Urticaria A Review. *Inflammation & allergy drug targets*. 2012. Epub 2012/05/19.
11. Metz M, Altrichter S, Ardelean E, Kessler B, Krause K, Magerl M, et al. Anti-immunoglobulin E treatment of patients with recalcitrant physical urticaria. *International archives of allergy and immunology*. 2011;154(2):177-80. Epub 2010/08/25.
12. UpToDate [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)