

## Råd angående handläggning av pat med URTIKARIA - Hudkliniken

### Information och klinik

Urtikaria (nässelutslag) är en vanlig hudsjukdom. 15-20 % drabbas någon gång i livet av den akuta formen som pågår mindre än 6veckor. Om urtikariabesvären recidiverar dagligen eller nästan dagligen i mer än 6veckor kallas det kronisk urtikaria.

Utslagen uppstår pga att histamin, bradykinin och andra vasoaktiva ämnen frisätts från mastceller och basofiler i dermis. Histaminfrisättningen leder till klåda. Orsaken till urtikaria förblir ofta okänd.

Kliniskt ses snabbt uppkomna, migrerande kvaddlar. Kvaddlarna är ofta rodnade, lätt upphöjda, enskilda eller sammanflytande och kliar. Varje enskild kvaddel försvinner inom 24tim men kan vid urtikariavaskulit kvarstanna flera dygn. Ofta positiv dermatografism (skrivhud, dvs rodnad eller blek upphöjning i huden efter rivning).

Olika former av urtikaria förekommer:

- **Akut urtikaria** – Vanligast. Främst barn och unga vuxna. Orsaken förblir okänd i ca 60 % av fallen. Både allergisk och icke allergisk genes förekommer. Allergiskt utlöst urtikaria kan innefatta läkemedel (ffa penicillin), födoämnen, bi-/getingstick, inhalerade antigen eller av kontaktallergisk art. Icke allergisk utlöst akut urtikaria kan t.ex orsakas av infektioner och läkemedel (ffa ASA, NSAID). Sköts inom primärvård.
- **Kronisk urtikaria** - Definitionsmässigt efter 6 v besvär. Kronisk urtikaria har ett långt naturalförlopp med 50 %-ig utläkning på 2-3 år. Ger ofta kraftig nedsättning av livskvalitet. Utlösande orsak förblir okänd i 80-90% av fallen. Ca 2/3 av pat med kronisk urtikaria har cirkulerande autoantikroppar till Fc-receptorn på mastceller. Detta är således oftast ingen allergisjukdom utan i ca 50 % av fallen av autoimmun orsak med oklar utlösning. Kvinnor är lätt överrepresenterade (60 %). Ca 40 % kombinerat med angioödem.
- **Fysikalisk och kolinerg urtikaria:**
  - Mekanisk orsak** – t.ex positiv **dermatografism**, dvs skrivhud, som uppstår av kortvarigt lätt tryck vilket är en vanlig urtikariaform och kan förekomma ensamt eller tillsammans med annan urtikaria.
  - Tryckurtikaria** - uppstår av långvarigt hårt tryck och kvarstår under en längre tid. Drabbar främst handflator och fotsulor.

**Köld** – t.ex kallbad kan ge histaminchock och drunkning.

**Kolinerg urtikaria** - Orsakas av faktorer som utlöser värme och svettning, såsom emotionell stress, fysisk ansträngning, ökad omgivningstemperatur (t.ex bastu). Urtikor uppstår ofta inom några minuter efter att pat börjat svettats. Besvären återkommer ofta i flera år. Atopiker överrepresenterade.

**Ljus** – Ovanligt. Utlöses av speciella våglängder UV eller av synligt ljus.

- **Urtikariavaskulit** – Vaskulitsjukdom med långdragen urtikaria. Sällsynt. Ofta mer ömmande än kliande lesioner där den enskilda urtikarialesionen kvarstannar >24tim, ev med purpura.
- **Kontakturtikaria** – Kan vara allergiskt eller icke allergiskt utlöst. Allergiska orsaker kan vara mjölk, nötter, kryddor, selleri. Icke allergiska orsaker är ex exponering av kosmetiska preparat samt tillsatser i föda, t.ex Perubalsam, Benzoesyra.
- **Angioödem** – Innebär svullnad av djupare vävnad och är ett symtom som kan förekomma isolerat eller samtidigt med urtikaria. Kan drabba t.ex vävnad runt ögon men kan bli livshotande då det drabbar larynx. Den vanligaste orsaken till angioödem utan urtikaria är medicinering med ACE-hämmare. C1-esterasinhäbitor-brist eller nedsatt funktion av C1-esterasinhäbitor står för ca 5 % av fallen.

Möjliga **orsaker** till såväl akut som kronisk urtikaria:

- **Infektioner** (t.ex luftvägsinfektioner, hepatit, sinuit, urinvägsinfektioner, tarmparasiter).
- **Födoämnen** (t.ex skaldjur, fisk, ägg, ost, choklad, nötter, jordgubbar, tomat).
- **Läkemedel** (t.ex penicillin, ASA, NSAID, morfin, ACE-hämmare)
- **Omgivningsfaktorer** (insektsbett, inhalerade antigen såsom pollen, sporer etc).
- **Latex**
- **Tryck, kyla, värme**
- **Emotionell stress**
- **Fysisk träning**

Vid kronisk urtikaria även:

- **Autoimmuna sjukdomar** – t.ex SLE, RA, thyroidesjukdom.

## Utredning

- **Anamnes och klinik** ger diagnos. Ingen lab-utredning är nödvändig vid den akuta formen.
- **Fysikaliska tester** kan utföras vid anamnes på fysikalisk urtikaria och kolinerig urtikaria (t.ex iskubstest, värme, tryck, fysisk ansträngning etc)
- **RAST-test** vid misstanke om pc-allergi eller latexallergi.

Vid kronisk eller recidiverande urtikaria får anamnesen avgöra om ytterligare prover behövs:

- **Lab-prover:** Blodstatus m diff, SR, TSH, transaminaser, ANA, cystor och maskägg.
- **C1-inaktivatorbestämning** vid recidiverande angioödem.
- **Hudbiopsi** om urtikariavaskulit misstänks.

## Behandling

- **Akut medicinskt omhändertagande** om tecken till anafylaxi (hypotension, andningspåverkan etc). Antihistamin samt adrenalin.
- **Uteslut utlösande faktorer.**  
Sätt ut misstänkta läkemedel, t.ex salicyl- och NSAID-preparat.
- **Farmakologisk behandling:**  
**Icke sederande H1-antihistamin.** Dosen kan ökas 2-4 ggr rekommenderad maximal dos. Ev **sederande antihistamin** i tillägg till kvällen. Olika antihistaminpreparat kan behöva kombineras. Antihistamin ges minst 1-2v innan utvärdering av effekt. Vid kronisk urtikaria flera månaders behandling.

**Lokalt kylbalsam/zinkliniment** är avkylande.

**Peroral steroidkur** bör undvikas. Kort kur kan övervägas vid kraftig uttalad reaktion. Skall alltid kombineras med antihistaminer.

## Remisspolicy

Om bristfällig terapiverkan av flera veckors behandling med 1-2 stycken antihistamin, i 2-4 ggr ökad dos. Akut urtikaria är ej remissfall, utan besvärlig kronisk eller fysikalisk urtikaria samt misstanke om urtikariavaskulit.

## Patientinformation

Urtikaria, Schering-Plough, se Huden – vårt skydd mot omvärlden ([www.huden.nu](http://www.huden.nu)).

## Referenser

Rook's textbook of dermatology, 8th Ed. Burns et al. 2010

[www.emedicine.medscape.com/article/762917](http://www.emedicine.medscape.com/article/762917) Scott Linscott et al 2010

[www.internetmedicine.se](http://www.internetmedicine.se)

Dermatologi Venereologi, Rorsman, Björnberg, Vahlqvist, 2010.

## Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl, öl, medicinsk rådgivare

Anette Edlund, chefssekr

Börje Svensson, chefsläkare, Division Primärvård Gästrikland

Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård Hälsingland

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet