

Diagnostik und Therapie der chronischen Urtikaria – Was wird von Revision und Aktualisierung der internationalen Leitlinie erwartet?

Ein Report der öffentlichen Konsensuskonferenz „URTICARIA 2012“

Als Ergebnis der 4. Urtikaria Konsensus Konferenz („URTICARIA 2012“) im November 2012 in Berlin liegt nun die Revision und Aktualisierung der internationalen Leitlinie für die Klassifikation, Diagnostik und Therapie der chronischen Urtikaria vor. Während dieser 2-tägigen Konferenz mit über 300 Teilnehmern wurden die bestehenden Empfehlungen für die Klassifikation, die Nomenklatur, die Diagnostik einschließlich Differenzialdiagnostik, das Messen von Krankheitsaktivität sowie die Therapie ausführlich diskutiert, aktualisiert, ergänzt und per Konsensverfahren beschlossen.

In Vorbereitung hierauf hatte die Autorengruppe, ein Expertengremium internationaler Urtikariaspezialisten aus 21 Ländern, auf der Basis von Metaanalysen der Literatur Vorschläge für diese Empfehlungen erarbeitet. Hierbei kam, wie schon bei der letzten Version der Leitlinie [1, 2], das GRADE (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation)-Verfahren zum Einsatz [3]. Die aktuellen Leitlinienempfehlungen beruhen damit auf einer belastbaren Datenlage und verstehen sich als praktische Hilfe für den Arzt in Klinik und Praxis. Die aktuelle Leitlinie wird von über 25 nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Verbänden getragen und wird die Grundlage für die anstehende Überarbei-

tung der deutschen Leitlinie für die Behandlung der Urtikaria sein. Im Folgenden werden insbesondere die Neuerungen und Aktualisierungen der internationalen Urtikarialeitlinie beschrieben, aber auch solche Empfehlungen besprochen, die für den praktischen Alltag wichtig sind und Bestätigung fanden (■ Tab. 1).

Definition, klinisches Bild und Differenzialdiagnose der Urtikaria

Der Begriff Urtikaria beschreibt eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, denen das Auftreten von juckenden Quaddeln, Angioödemem oder beidem gemeinsam ist. Ausnahmen sind die Druckurtikaria (auch verzögerte Druckurtikaria genannt), bei der keine Quaddeln auftreten und die Urticaria factitia (auch symptomatischer Dermographismus genannt), bei der es nicht zu Angioödemem kommt [4]. Bei der chronischen spontanen Urtikaria wird davon ausgegangen, dass bei bis zur Hälfte aller Patienten sowohl Quaddeln als auch Angioödemem auftreten.

■ **Wegen ihrer typischen Symptome ist die Urtikaria in der Regel relativ leicht zu diagnostizieren.**

Es muss aber bedacht werden, dass bei Patienten mit Quaddeln neben einer Urtikaria auch andere Erkrankungen und pathogenetische Prozesse zugrunde liegen kön-

nen. Gleiches gilt für Patienten mit rezidivierenden Angioödemem. Die Quaddeln der Urtikaria werden durch aktivierte Mastzellen der Haut und deren freigesetzte Mediatoren [z. B. Histamin, Leukotriene, plättchenaktivierender Faktor (PAF)] ausgelöst. Dies trifft für die Quaddeln bei autoinflammatorischen Erkrankungen nicht zu und für die Quaddeln bei Urtikariavaskulitis nur mit Einschränkungen. Beide Erkrankungen müssen bei Patienten mit Quaddeln differenzialdiagnostisch erwogen werden. Hierbei ist der aktualisierte differenzialdiagnostische Algorithmus der internationalen Leitlinie hilfreich (■ Abb. 1). Mithilfe dieses 5-stufigen Algorithmus lassen sich bei Patienten mit rezidivierenden Quaddelschüben autoinflammatorische Erkrankungen und die Urtikariavaskulitis durch eine strukturierte Anamnese und ggf. die Durchführung weniger Tests diagnostizieren bzw. ausschließen. So sollte bei Patienten mit isoliert auftretenden rezidivierenden Quaddeln gleich zu Beginn der Anamnese gefragt werden, ob ein Krankheitsgefühl besteht oder wiederkehrende Fieberschübe unklarer Genese und Knochen- bzw. Gelenkschmerzen auftreten. Liegen diese Beschwerden vor, so sollte geprüft werden, ob eine autoinflammatorische Erkrankung, z. B.

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in Allergo Journal (2013), 22 (5) 324–329.

CAPS (Cryopyrin-assoziiertes Fiebersyndrom) oder ein Schnitzler-Syndrom vorliegt [5]. Ist dies nicht der Fall, so sollte gefragt werden, ob die einzelnen Quaddeln länger als 24 h bestehen, ein Hinweis auf eine mögliche Urtikariavaskulitis. Ergibt sich dieser Verdacht, so ist die Durchführung einer Probebiopsie mit Suche nach histologischen Vaskulitiszeichen sinnvoll. Erst wenn bei Patienten mit rezidivierenden Quaddeln diese beiden Krankheitsbilder ausgeschlossen wurden, sollte die Diagnose „chronische Urtikaria“ gestellt und geprüft werden, ob eine chronische spontane Urtikaria oder eine chronische induzierbare Urtikaria vorliegt. Bei Patienten mit rezidivierenden Angioödem (ohne Quaddeln) ist differenzialdiagnostisch zur Urtikaria an ein Bradykinin-vermitteltes Geschehen zu denken, z. B. an ein ACE (Angiotensin-converting-Enzyme)-Hemmer-induziertes Angioödem bzw. ein hereditäres Angioödem oder an einen erworbenen C1-Inhibitor-Mangel [5]. Diese Erkrankungen lassen sich durch gezielte Fragen, das Absetzen des ACE-Hemmers bzw. einfache Laboruntersuchungen sicher nachweisen oder ausschließen. Das differenzialdiagnostische Erwägen von autoinflammatorischen Erkrankungen bzw. Bradykinin-vermittelten Angioödem ist therapeutisch ausgesprochen wichtig, da die empfohlenen Therapien für die Behandlung der Urtikaria bei beiden Erkrankungen wirkungslos sind. Vielmehr muss bei autoinflammatorischen Erkrankungen eine Interleukin-1-gerichtete Therapie erfolgen, bzw. es muss bei Bradykinin-vermittelten Angioödem das Absetzen von auslösenden Medikamenten erfolgen bzw. der Einsatz des Bradykinin-Rezeptor-Antagonisten Icatibant oder die Substitution von fehlendem C1-Inhibitor. H₁-Antihistaminika, die Standardtherapie der chronischen Urtikaria, helfen bei beiden Erkrankungsgruppen nicht.

Klassifikation der Urtikaria

Nach wie vor wird die Urtikaria nach ihrem Verlauf in die akute Urtikaria und die chronische Urtikaria unterteilt. Bei der akuten Urtikaria, die stets innerhalb von 6 Wochen abheilt, kommt es insgesamt

Hier steht eine Anzeige.



nur selten zum Übergang in eine chronische Urtikaria.

■ **Die chronische Urtikaria ist mit einer Prävalenz von ca. 1% eine häufige Erkrankung.**

Unter dem Begriff „chronische Urtikaria“ werden spontane Urtikariaformen und induzierbare Urtikariaformen zusammengefasst (■ **Tab. 2**). Bei der chronischen spontanen Urtikaria (CSU), deren Beschwerden nicht durch spezifische Auslöser hervorgerufen werden, sondern spontan auftreten, werden Formen mit bekannter Ursache von der CSU unbekannter Ursache abgegrenzt. Der Begriff „chronische idiopathische Urtikaria“, der in der Vergangenheit aufgrund seiner uneinheitlichen Verwendung und unscharfen Definition für Verwirrung gesorgt hat und das Vergleichen von Studien erschwerte, soll nach Empfehlung der aktualisierten Leitlinie nicht mehr verwendet werden. Bei den chronischen induzierbaren Urtikariaformen werden die physikalischen Urtikarien (■ **Tab. 2**) von der cholinergischen Urtikaria, der Kontakturtikaria und der aquagenen Urtikaria abgetrennt. Die anstrengungsinduzierte Urtikaria/Anaphylaxie, die in der bisherigen Version der Leitlinie noch als Urtikariaerkrankung aufgeführt wurde, erscheint nun nicht mehr als Subgruppe, da hier die Urtikaria als Symptom einer Anaphylaxie gesehen wird. Die einzelnen Formen der chronischen Urtikaria unterscheiden sich im Verlauf, ihrer Diagnostik und ihrem Management, einschließlich Therapie. Es ist deshalb wichtig, für jeden Patienten genau zu klären, welche Urtikariaform vorliegt. Hierbei ist darauf zu achten, dass einzelne Patienten mehrere verschiedene Formen der chronischen Urtikaria aufweisen können.

Diagnostik der Urtikaria

Die akute und die chronische Urtikaria unterscheiden sich in ihrer Diagnostik. Auch die chronische spontane Urtikaria und die chronische induzierbare Urtikaria erfordern ein unterschiedliches diagnostisches Vorgehen. Die aktuelle Leitlinie hat deshalb die Empfehlungen zur Diagnostik bei unterschiedlichen Urti-

Hautarzt 2013 · 64:638–643 DOI 10.1007/s00105-013-2628-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M. Maurer · M. Magerl · M. Metz · T. Zuberbier

Diagnostik und Therapie der chronischen Urtikaria – Was wird von Revision und Aktualisierung der internationalen Leitlinie erwartet? Ein Report der öffentlichen Konsensuskonferenz „URTICARIA 2012“

Zusammenfassung

Im November 2012 fand das 4. Internationale Konsensustreffen zur Urtikaria („URTICARIA 2012“) mit insgesamt über 300 Teilnehmern in Berlin statt. Auf der Grundlage dieses Treffens werden gegenwärtig die internationalen und davon abgeleitet die deutschen Leitlinien zur Urtikaria erarbeitet. Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Beitrags sind die Leitlinien in einem letzten internationalen Abstimmungsprozess. Die bisher gültigen internationalen Leitlinien wurden auf Grundlage vorbereiteter Fragen sowie anhand einer systematischen Literatursuche durch ein Expertenpanel überarbeitet. Die einzelnen Punkte wurden anschließend mit dem Auditorium besprochen und im Rahmen einer Delphi-Konferenz in einen Abstimmungsprozess mit offenen Wahlen verabschiedet. Hierbei wurde als Limit eine mindestens 75%ige Zustimmung festgelegt. Der neue Konsensus modifiziert die bisher verwendeten internationa-

len Leitlinien in den Bereichen der Klassifikation und Diagnostik und insbesondere in der Therapie. Die Therapie ist auf einen 3-stufigen Ansatz zurückgeführt worden und umfasst in der ersten Stufe die Gabe eines H₁-Antihistaminikums der zweiten Generation. In der zweiten Stufe sollte die Dosierung auf bis zu 4 Tabletten erhöht werden. In der dritten Stufe ist eine zusätzliche Medikation von Omalizumab, Cyclosporin A oder Montelukast vorgesehen und evtl. ein kurzfristiger Kortisonstoß von maximal 7 bis 10 Tagen. H₂-Antihistaminika und Dapson, die in der früheren Version der Leitlinien noch als Standardtherapie genannt wurden, sind 2012 nicht mehr in die Standardtherapie aufgenommen worden.

Schlüsselwörter

Angioöedeme · GRADE · Expertenpanel · Konsensus · Standardtherapie

Diagnosis and therapy of chronic urticaria – what is expected from the revision and update of the international guidelines? A report of the public consensus conference “URTICARIA 2012“

Abstract

In November 2012, the 4th International Consensus Meeting on Urticaria (“URTICARIA 2012“) took place in Berlin with more than 300 participants. The international and the German guidelines for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria are currently being developed based on this meeting. At the time of publication of this article, the guidelines are in the final process of international coordination. The previous international guidelines were updated based on prepared questions as well as a systematic review of the literature by an expert panel. The individual aspects were then discussed with all participants and decided upon, based on the Delphi method with general discussion and open poll. Here, at least a 75% agreement was required. The new consensus modifies the previous international

guidelines on classification and diagnosis and especially on therapy. The treatment algorithm has been changed to a three step approach. The first step is a second generation H₁ antihistamine in standard dosage. The second step is increasing the dose up to 4 times the standard dose. In the third step, additional treatment with omalizumab, cyclosporine A or montelukast is recommended as well as possibly systemic corticosteroids for a maximum of 7–10 days. H₂ antihistamines and dapson, which were included in the previous guideline as standard therapies, are no longer recommended for use by the updated and revised guidelines.

Keywords

Angioedema · GRADE · Expert panel · Consensus · Standard therapy

kariaformen aktualisiert und noch präziser als bisher formuliert. Nach wie vor wird bei einer akuten Urtikaria z. B. infolge eines Infekts oder der Einnahme von Medikamenten eine Diagnostik als wenig

zielführend angesehen. Einzige Ausnahme hiervon ist der Verdacht auf ein allergisches Geschehen, da hier die allergologische Diagnostik ein zukünftiges Meiden relevanter Auslöser ermöglichen kann.

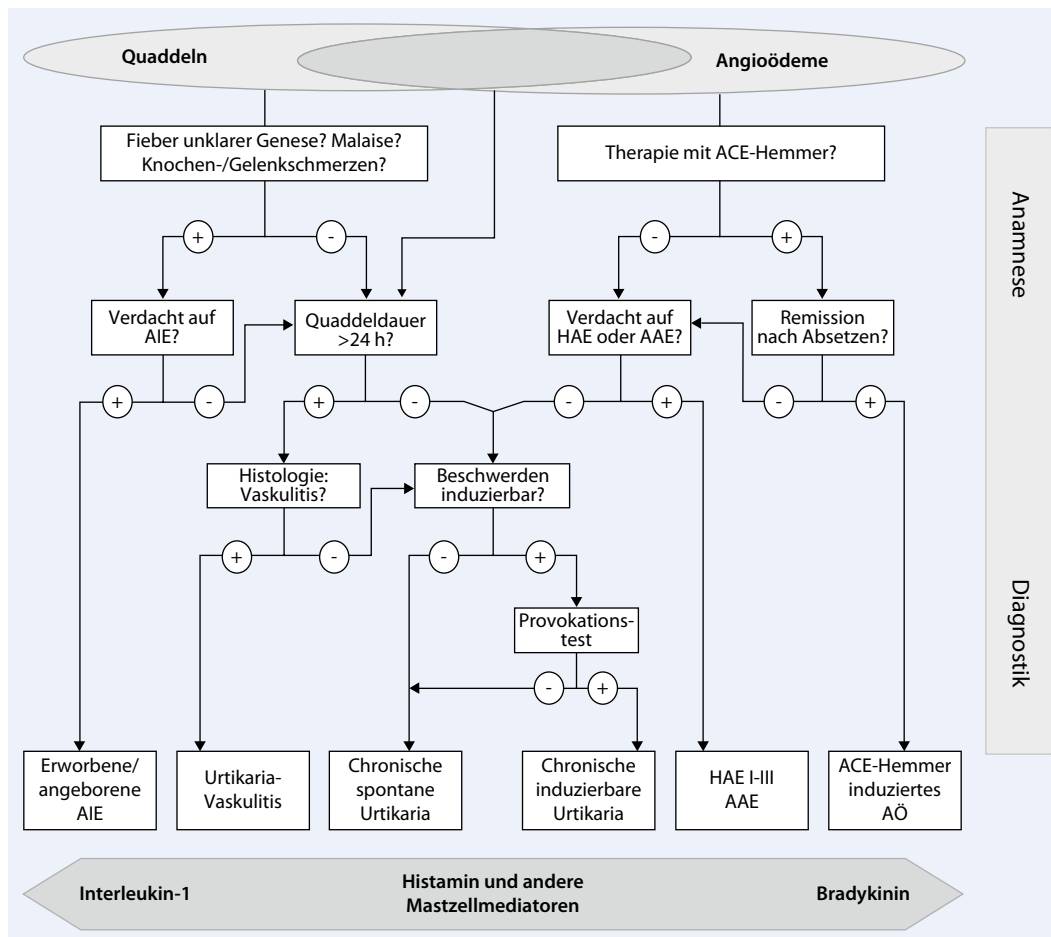


Abb. 1 Aktualisierter, differenzialdiagnostischer Algorithmus der internationalen Leitlinie [5]. HAE hereditäres Angioödem, AAE erworbenes Angioödem aufgrund eines C1-Inhibitor-mangels, AIE autoinflammatorische Erkrankung (z. B. Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom oder Schnitzler-Syndrom); AÖ Angioödem, ACE Angiotensin-converting-Enzyme. (Aus [10])

Bei der chronischen spontanen Urtikaria soll die Diagnostik 2-stufig erfolgen.

Bei allen Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria empfiehlt sich der Ausschluss schwerer entzündlicher Grunderkrankungen [durch BSG/CRP (Blutsenkungsgeschwindigkeit/C-reaktives Protein) und Differenzialblutbild] sowie das Ab- bzw. Umsetzen potenziell auslösender Medikamente [vor allen Dingen NSAIDs (nichtsteroidale Entzündungshemmer)]. Bei CSU-Patienten mit schwerer und/oder lange bestehender Erkrankung empfiehlt sich eine erweiterte Diagnostik zur Ursachensuche. Hierbei sollen unter Berücksichtigung der Anamnese insbesondere Autoreaktivität, Intoleranz gegen Nahrungsmittel und chronische Infekte z. B. im Zahn- oder HNO-Bereich bzw. *Helicobacter pylori* nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden. Ziel dieser Diagnostik ist die Identifikation zugrunde liegender Ursachen mit nachfolgender kau-

saler Behandlung und Heilung des Patienten. Bei der chronischen induzierbaren Urtikaria und besonders bei den physikalischen Urtikariaformen stehen der Nachweis des auslösenden Reizes und das Bestimmen der Reizschwelle im Fokus der Diagnostik. Beispielsweise erfolgt bei Verdacht auf Kälteurtikaria ein Hautprovokationstest und, wenn dieser positiv ist, ein Bestimmen der Temperaturschwelle bzw. der Auslösezeitschwelle. Autoreaktivität, Intoleranz gegen Nahrungsmittel und chronische Infekte als zugrunde liegende Ursachen spielen bei induzierbaren Formen der Urtikaria kaum eine Rolle.

Therapie der Urtikaria

Ziel der Therapie der Urtikaria, so formuliert es die aktuelle Leitlinie, ist Beschwerdefreiheit. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es im praktischen Alltag wichtig, vor Einleitung einer Therapie die Krankheitsaktivität zu bestimmen und diese im Verlauf der Behandlung zu messen. Bei der

chronischen spontanen Urtikaria gelingt dies bei allen Patienten, bei denen Quaddeln auftreten, mithilfe des Urtikaria-Aktivitäts-Scores (UAS; [6]). Dieser Goldstandard für das Messen der Krankheitsaktivität ergibt sich aus der täglichen Dokumentation der Anzahl von Quaddeln und der Stärke des Juckreizes über 7 Tage. Hierbei kommen täglich bis zu 3 Punkte für Quaddelanzahl (0= keine Quaddeln, 1= bis zu 20 Quaddeln, 2= 20 oder mehr Quaddeln bis 50 Quaddeln, 3= mehr als 50 Quaddeln) zustande, ebenso viele wie für die Juckreizstärke (0= kein Juckreiz, 1= milder Juckreiz, 2= moderater Juckreiz, 3= starker Juckreiz). Der Tageswert kann also 0 bis 6 Punkte betragen, der Wochenwert (UAS 7) bis zu 42 Punkte. Für Urtikariapatienten, die ausschließlich oder auch an Angioödem leiden, wurde der Angioödem-Aktivitäts-Score (AAS) entwickelt [7], der ähnlich funktioniert wie der UAS und der sich möglicherweise gut als Instrument für das Erfassen von Krankheitsaktivität bei Angioödempatienten im

Tab. 1 Was ändert sich in der Behandlung von Urtikariapatienten nach Revision und Aktualisierung der internationalen Leitlinie?

	Bleibt gleich	Neu
Klassifikation und Nomenklatur	Urtikaria ist akut (<6 Wochen) oder chronisch (>6 Wochen)	Es wird jetzt klar herausgestellt, dass Urtikaria in der Gruppe der chronischen Subtypen sowohl als chronische spontane Urtikaria auftreten kann als auch in Form einer induzierbaren Urtikaria. Diese Gruppe umfasst die physikalische Urtikaria genauso wie die cholinergische Urtikaria, die Kontakturtikaria und die aquagene Urtikaria (s. Tab. 2). Die Bezeichnung „chronische idiopathische Urtikaria“ sollte vermieden werden
Differenzialdiagnose	Bei Patienten mit Quaddeln oder Angioödemem müssen neben einer Urtikaria andere Erkrankungen als Ursache erwogen und ggf. ausgeschlossen werden	Der differenzialdiagnostische Algorithmus bleibt im Wesentlichen gleich, es wird jedoch genauer herausgestellt, dass Bradykinin-bedingte Angioödemem und IL-1-assoziierte autoinflammatorische Syndrome in der Differenzialdiagnostik mit erfasst werden müssen
Erfassen der Krankheitsaktivität und -folgen	Bei allen Patienten mit chronischer Urtikaria sollen Krankheitsaktivität und Beeinträchtigung der Lebensqualität im Verlauf bestimmt werden	Hierfür stehen neue Methoden und Instrumente zur Verfügung. Krankheitsaktivität: UAS, AAS, Reizschwellenbestimmung bei induzierbarer Urtikaria; Lebensqualität: CU-Q2oL und AE-QoL
Strategie und Ziele in der Diagnostik	Bei der akuten Urtikaria ist keine Diagnostik notwendig (es sei denn, die Anamnese legt das nahe)	Bei der chronischen spontanen Urtikaria ist die Diagnostik 2-stufig: Routinediagnostik (bei allen Patienten): BSG oder CRP, Blutbild und Ab- bzw. Umsetzen von NSAIDs Erweiterte Diagnostik (zur Identifikation und Behandlung von Ursachen, bei Patienten mit lange bestehender und/oder schwerer CSU): basierend auf Anamnese, z. B. Nachweis von Autoreaktivität, Intoleranz, chronischem Infekt Bei chronischer induzierbarer Urtikaria beschränkt sich die Diagnostik (in der Regel) auf das Bestimmen des auslösenden Reizes und der Reizschwelle

UAS Urtikaria-Aktivitäts-Score, AAS Angioödem-Aktivitäts-Score, CU-Q2oL Chronic-urticaria-quality-of-life-Fragebogen, AE-QoL Angioedema-quality-of-life-Fragebogen, BSG Blutsenkungsgeschwindigkeit, CRP C-reaktives Protein, NSAID nichtsteroidale Entzündungshemmer, CSU chronische spontane Urtikaria.

Tab. 2 Klassifikation der Subtypen der chronischen Urtikaria (einhergehend mit Quaddeln, Angioödemem oder beidem)

Chronische spontane Urtikaria (CSU)	Induzierbare Urtikaria
Spontanes Auftreten von Quaddeln, Angioödemem oder beidem für mehr als 6 Wochen aufgrund bekannter oder unbekannter Ursachen	<i>Physikalische Urtikaria</i> Symptomatischer Dermographismus ^a Kälteurtikaria ^b Druckurtikaria ^c Lichturtikaria Wärmeurtikaria ^d Vibrationsinduziertes Angioödem <i>Cholinergische Urtikaria</i> <i>Kontakturtikaria</i> <i>Aquagene Urtikaria</i>

^aAuch Urticaria factitia oder dermatographische Urtikaria genannt. ^bAuch Kältekontakturtikaria genannt. ^cAuch verzögerte Druckurtikaria genannt. ^dAuch Hitzekontakturtikaria genannt.

Verlauf eignet. Zum Zeitpunkt der Leitlinienkonferenz lag diesbezüglich noch keine Evidenz vor.

» Ziel der Therapie der Urtikaria ist Beschwerdefreiheit

Neben der Krankheitsaktivität sollte auch geprüft werden, wie sehr Urtikariapatienten durch ihre Erkrankung in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Hierfür eignet sich bei allen Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria der CU-Q2oL („Chronic-urticaria-quality-of-life-Fragebogen“; [8]), bei Patienten mit Angioödemem sollte der AE-QoL („Angioedema-quality-of-life-Fragebogen“) zum Einsatz kommen [9].

Das aktuelle Stufenschema für die symptomatische Therapie bei Urtikaria unterscheidet sich von dem der Vorgängerversion der Leitlinie (■ **Abb. 2**). Nach wie vor ist der Einsatz eines H₁-Antihistaminikums der zweiten Generation in Standarddosierung die Therapie der ersten Wahl. Hierbei sollte das Antihistaminikum täglich eingenommen werden, um das Auftreten von Beschwerden zu verhindern, und nicht, wie dies gelegentlich praktiziert wird, als Reaktion auf aufgetretene Beschwerden. Führt die Behandlung mit einem standarddosierten H₁-Antihistaminikum der zweiten Generation nicht zum gewünschten Therapieerfolg, so empfiehlt sich die Höherdosierung dieses Antihistaminikums bis zum 4-fachen der Standarddosis. Aktuelle Studien haben gezeigt, dass sich hierdurch das Ansprechen verbessert und bei den geprüften H₁-Antihistaminika keine zusätzlichen Nebenwirkungen auftraten. Führt auch das höher dosierte H₁-Antihistaminikum der zweiten Generation nicht zu dem gewünschten Therapieerfolg, so sollten Omalizumab (anti-IgE), Cyclosporin A oder Montelukast (ein Leukotrienantagonist) zum Einsatz kommen. Diese 3 Medikamente unterscheiden sich wesentlich in ihrem Nutzen-Risiko-Profil, in ihrer Applikation und in ihrem Preis, haben jedoch gemeinsam, dass sie Off-label-Therapien darstellen. Für alle Behandlungen empfiehlt es sich, deren Notwendigkeit in größeren Abständen zu überprüfen, da alle Urtikariaformen Spontanremission aufweisen.

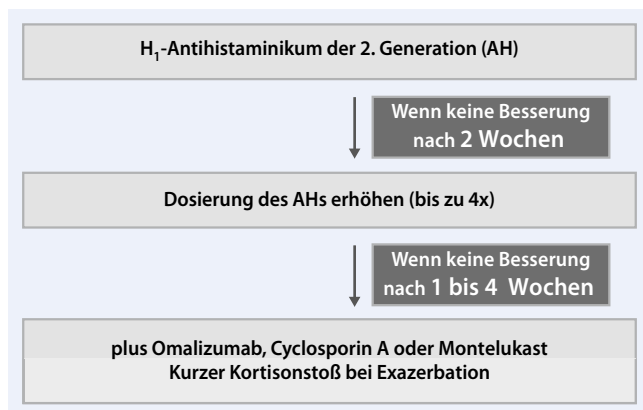


Abb. 2 Aktualisierter therapeutischer Algorithmus der internationalen Leitlinie („URTICARIA 2012“, Berlin, November 2012). (Aus [10])

Für die Zukunft wird es wichtig sein, die Ursachen der chronischen Urtikaria, insbesondere der chronischen induzierbaren Urtikaria, aufzuklären, um betroffene Patienten häufiger kausal und kurativ therapieren zu können.

Fazit für die Praxis

- Im November 2012 fand das 4. Internationale Konsensustreffen zur Urtikaria („URTICARIA 2012“) statt.
- Auf der Grundlage dieses Treffens werden gegenwärtig die internationalen und davon abgeleitet die deutschen Leitlinien zur Urtikaria erarbeitet.
- Der neue Konsensus modifiziert die bisher verwendeten internationalen Leitlinien in den Bereichen der Klassifikation und Diagnostik und insbesondere in der Therapie.
- Die Therapie ist auf einen 3-stufigen Ansatz zurückgeführt worden und umfasst in der ersten Stufe die Gabe eines H₁-Antihistaminikums der zweiten Generation. In der zweiten Stufe sollte die Dosierung auf bis zu 4 Tabletten erhöht werden. In der dritten Stufe ist eine zusätzliche Medikation von Omalizumab, Cyclosporin A oder Montelukast vorgesehen und evtl. ein kurzfristiger Kortisonstoß von maximal 7 bis 10 Tagen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Maurer
Klinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
marcus.maurer@charite.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Marcus Maurer erhielt von Genentech, Novartis, MSD, Moxie, Dr. Pflieger, UCB, Uriach, Faes und GSK Honorare für Beratung und/oder Vorträge und/oder Studienförderung. M. Metz erhielt Honorare für Vorträge von Bayer, Dr. R. Pflieger, Moxie, MSD, Novartis, Shire, UCB. T. Zuberbier macht folgende Angaben: Industry consulting, research grants and/or honoraria: Consulting with the following companies: Ansell, Bayer Schering, DST, FAES, Fujisawa, HAL, Henkel, Kryolan, Leti, Menarini, Merck, MSD, Novartis, Procter and Gamble, Sanofi-Aventis, Schering Plough, Stallergenes, UCB. Organizational Affiliations: Scientific Advisory Board, German Society for Allergy and Clinical Immunology Expert Commission „Novel Food“ of the German Federal Ministry of Consumer Protection Head, European Centre for Allergy Research Foundation (ECARF) Committee member, WHO-Initiative Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Member, World Allergy Organisation Communications Council Secretary General, Global Allergy and Asthma European Network (GA²LEN). M. Magerl erhielt Honorar für Vorträge von Novartis und Uriach.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al (2009) EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy 64:1417–1426
- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al (2009) EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy 64:1427–1443

- Guatt GH, Oxman AD, Vist GE et al (2008) GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 336:924–964
- Wallengren J, Isaksson A (2007) Urticarial dermatographism: clinical features and response to psychosocial stress. Acta Derm Venereol 87:493–498
- Maurer M, Magerl M, Metz M et al (2013) Practical algorithm for diagnosing patients with recurrent wheals or angioedema. Allergy 68:816–819
- Mlynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P et al (2008) How to assess disease activity in patients with chronic urticaria? Allergy 63:777–780
- Weller K, Groffik A, Magerl M et al (2013) Development, validation and initial results of the angioedema activity score (AAS). Allergy (im Druck)
- Mlynek A, Magerl M, Hanna M et al (2009) The German version of the Chronic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire (CU-Q2oL): factor analysis, validation and initial clinical findings. Allergy 64: 927–936
- Weller K, Groffik A, Magerl M et al (2012) Development and construct validation of the Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL). Allergy 67:1289–1298
- Maurer M, Magerl M, Metz M et al (2013) Diagnostik und Therapie der chronischen Urtikaria – was wird von Revision und Aktualisierung der internationalen Leitlinie erwartet? Allergo J 22(5): 324–331



Kommentieren Sie
diesen Beitrag auf
springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.