



Urtikaria

Rev: 2023

Giltig 3 år



Författare: Nora Nilsson.

Den här riktlinje riktar sig till vårdpersonal

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Urtikaria kallas också nässelutslag och visar sig typiskt som kliande, upphöjda svullnader omgivna av rodnad. Urtikaria uppträder med kvaddlar och/eller angioödem. Kvaddlarna består av en tillfällig dermal svullnad som försvinner inom någon eller några timmar, dvs. inom 24 timmar, men kan återkomma på annan plats.

Angioödem (Quinckeödem) är oftast lokaliserat till den luckra vävnaden runt ögonen och läpparna och är orsakat av ödem i underhuden.

Urtikaria indelas i en akut respektive kronisk (mer än 6 veckor) form.

Akut urtikaria

Akut urtikaria varar sällan mer än 1–3 dygn, särskilt om orsaken är en akut allergisk reaktion. 50% av fallen av akut urtikaria har ingen känd triggerfaktor, 30% orsakas av infektion och i 20% av fallen är den utlösande faktorn födoämne eller läkemedel. Infektionsutlöst urtikaria kan vara återkommande under ca en vecka. Födoämnen, läkemedel eller insektsgift efter stick av bi eller geting kan utlösa akut urtikaria, men urtikarian kan också vara en del i en anafylaktisk reaktion. Direkt hudkontakt med ett allergen kan också ge akut urtikaria med såväl lokal som generell reaktion. Exempel på denna typ av akut urtikaria ses till exempel vid exponering för latex, djur och växter. Angioödem i anslutning till urtikaria innebär sällan risk för akut luftvägshinder, utom då angioödemet är en del av symtombilden vid en anafylaktisk reaktion.

Utredning av akut urtikaria

I anamnesen är det viktigt att efterfråga: duration av utslag, utseende, frekvens, förekomst av angioödem, ledvärk och feber. Finns det koppling till tid på dygnet, resa, stress, ansträngning, allergenexponering och menscykel. Glöm inte efterfråga om tidigare och nuvarande sjukdomar, ärftlighet samt pågående läkemedelsbehandling. Utredning med pricktest (SPT) eller specifikt serum IgE utförs bara vid misstanke om utlösande allergen.

Behandling av akut urtikaria

Anafylaxibehandling (enligt stencil D1) i de fall urtikarian misstänks vara del i av en svårare allergisk reaktion.

Akut urtikaria behandlas annars i första hand med icke-sederande H-1 antihistamin av 2: a generationen, dosering enligt FASS. Vid behov kan dosen ökas till max fyrdubbel dos dagligen fördelat på 1–2 dostillfällen per dag. Behandla tills besvären helt försvunnit och ytterligare 1–2 dygn. Om patienten inte svarar på ovanstående behandling, kan behandlingen kompletteras med systemiska steroider, antingen som engångsdos eller som kort kur under 2–4 dagar.

Kronisk urtikaria

Urtikaria som varat eller recidiverat under mer än 6 veckor benämns kronisk urtikaria. Tillståndet är relativt ovanligt hos barn. Kronisk urtikaria kan uppdelas i "kronisk spontan urtikaria" (CSU) och "kronisk inducerbar urtikaria". Man kan ha CSU med inslag av inducerbar urtikaria.

Kronisk Urtikaria	
Kronisk spontan urtikaria	Kronisk inducerbar urtikaria
med känd orsak*	Fysikalisk urtikaria
- Läkemedelsutlöst	Triggas av fysikalisk faktor:
- Autoimmuna tillstånd	- dermografism (tryck)
- Infektion	- köld
	- värme
med okänd orsak	- sol
	- fördröjd tryckurtikaria
	- vibrationer
	Kolinerg urtikaria
	Triggas av aktiv eller passiv uppvärmning
	Kontakturtikaria
	Triggas av hudkontakt med specifikt ämne
	Akvagen urtikaria
	Triggas av hudkontakt med vatten

*Vid misstanke om CSU skall infektion (till exempel H pylori, hepatit, bakteriella infektioner i övre luftvägar, parasiter) uteslutas. CSU kan i vissa fall bero på läkemedel (NSAID), reumatiska sjukdomar och autoimmuna sjukdomar t. ex. i thyreoidea.

Utredning kronisk spontan urtikaria

I utredningen ingår: fullständig blodstatus med B-celler, CRP och SR, ASAT, ALAT, TSH, T4, TPO-antikroppar, tryptas och ett total-IgE.

Riktade prover som kan övervägas:

- Vid misstanke om bakomliggande allergi överväg specifikt IgE eller SPT, alfa-gal (köttallergi), omega 5 gliadin (WDEIA?), transglutaminas.
- Vid misstanke om infektiös genes kan svalgodling, F-Helicobacter pylori, F-cystor/maskäg x 3 vid b-eosinofili, hepatitserologi, ev. mycoplasma övervägas.
- Vid misstanke om bakomliggande autoimmunt tillstånd kan elfores, ANA och ANCA övervägas,
- I vissa fall kan man överväga Urtikaria HR (Histamine Release) - test via hudmott/ www.reflab.dk
- Vid misstanke om urtikariell vaskulit eller autoinflammation, som vid kvaddlar som sitter på samma ställe i mer än 24 timmar, överväg biopsi.
- Vid misstanke om Hereditärt Angioödem (angioödem utan kvaddlar och klåda och utan behandling med ACE-hämmare) överväg C4 samt C1 esteras inhibitor (nivå +funktion).

Utredning vid kronisk inducerbar urtikaria:

Fysikalisk urtikaria

För diagnos räcker ofta en noggrann anamnes. I oklara fall eller för att följa behandlingseffekt kan nedanstående test användas (framtagna för vuxna, modifieras vid behov för barn). För ett positivt test krävs uppkomst av kvaddlar, enbart hudrodnad räcker inte.

- **Dermografism:** skrapa på underarm med spatel, avläsning efter 2–10 minuter.
- **Köldurtikaria:** isbit i en plastpåse med lite vatten (temperatur 4–5 grader C), tryck mot underarm i 5 minuter. Titta på huden efter 10 minuter.
- **Värmeurtikaria:** Temperaturtest: armen placeras ovan apparat med slinga med olika temperatur, således ses vid vilken temperatur patient utvecklar besvär.
Solljustest (UVA; UVB och synlig ljus) leder till urtikaria på solbelyst ställe inom några minuter, försvinner efter 1–2 timmar.
- **Tryckurtikaria:** 5 kg tyngd på axlar, underarm, eller lår under 15 minuter. Avläses efter 6 timmar.
- **Vibrationsurtikaria:** Vortexvibrator 5 min på underarmen, avläses efter 10 minuter.

Kolinerg urtikaria: Träning 30 minuter, eller varmbad 15 minuter, avläses efter 2–15 minuter.

Akvagen urtikaria : Blöta kroppstempererade handdukar under 20 minuter, avläses efter 2–10 minuter.

Behandling

Identifiera och eliminera orsak.

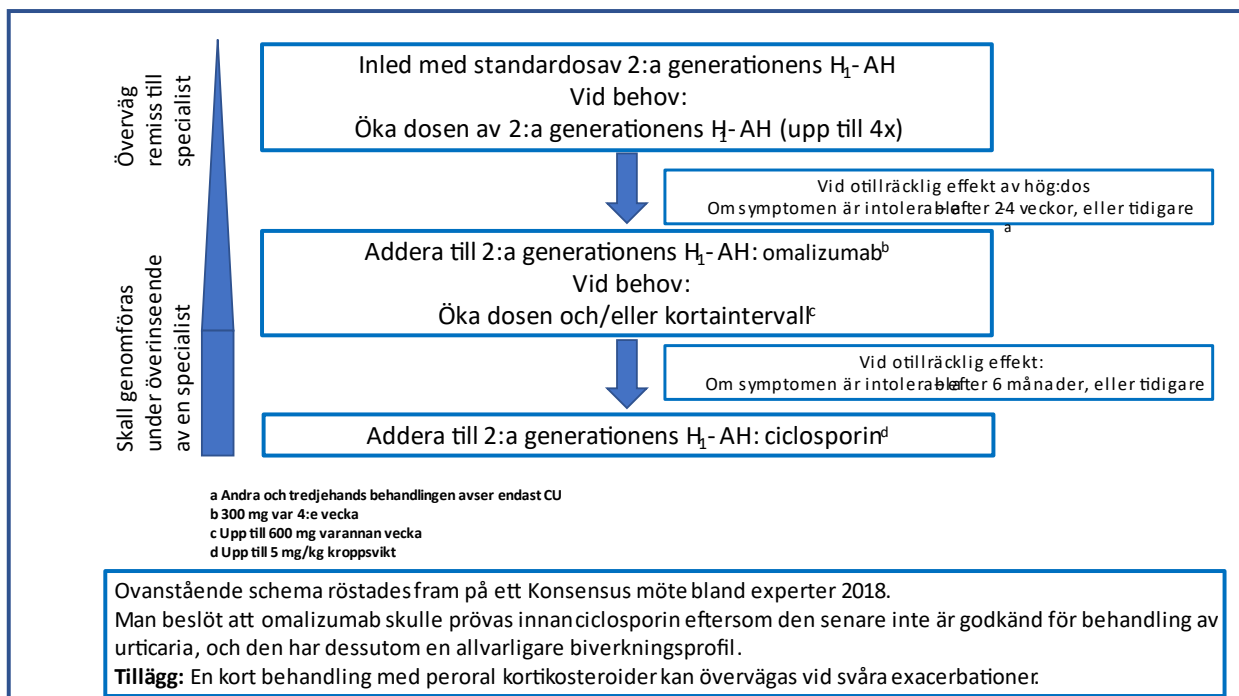
Undvika triggerfaktorer (till exempel stress, ansträngning).

Vid köldurtikaria bör vaksamhet samt noggrann övervakning iakttas vid bad, då vissa individer med köldutrikaria kan få mycket uttalade besvär.

Läkemedelsbehandling -enligt Europeiska guidelines:

1. Icke -sederande H1 antihistamin 2.a generation 1 x 1 (2-4v), med upptrappning till maximalt 2 x 2 (2-4v). Andra antihistamin.
2. Tillägg av Omalizumab 300 mg var 4 vecka, i nuläget godkänt för barn från 12 års ålder.
3. Vid utebliven effekt av antihistamin + omalizumab kan man överväga cyklosporin, metotrexat sulfasalazin, interferon, immunoglobuliner, cyklokapon (finns dock inga barnstudier). Prednisolon ges endast som kortare behandlingskur 10-14dagar.

Behandling: EAACI/ WAO guideline



Differentialdiagnostik

Differentialdiagnoser	Klinik	Lab
Urtikariavaskulit	Urtikaria >24 timmar, ibland med purpura. Postinflammatorisk hyperpigmentering. Brännande känsla eller ömhet i huden.	C3, C4, C1q. Anti-C1q-ak Uteslut SLE som ger pos ANA.
Kutan mastocytos (urtikaria pigmentosa)	Några till flera hundra rödbruna makulae, plack eller papler främst över bålmen men kan drabba all hud. Klåda. Dariers tecken pos.	Tryptas normalt eller förhöjt.
Wells syndrom/ eosinofil cellulit	Blåröda papler, plack, ibland bullae.	Blod- (och vävnads-) eosinofili.
Schnitzlers syndrom	Kronisk urtikaria, periodisk feber, artrit/ artralgi, bensmärta, ibland hepato- eller splenomegali och lymfadenopati.	Monoklonal gammopati (oftast IgM), förhöjd SR/ CRP, leukocytos.
Erytrema multiforme	Symmetrisk lokalisering av cirka 1–2 cm stora cirkelformade, oregelbundna, rodnader, med stark rodnad och något knottrig periferi.	Typisk klinisk bild. Hudbiopsi med PAD.

Verktyg för att mäta sjukdomsaktivitet och resultat av behandlingen

Urticaria activity score 7 (UAS7)

Under 7 dagar registreras antal nässelutslag och klåda enligt nedan (se separat patientinformation). Denna finns numera att tillgå elektroniskt när man går med i registret.

Poäng	Antal nässelutslag senaste 24 h	Klådintensitet senaste 24 h	Poäng
0	inga	inga	0
1	några (≤ 20)	mild	1
2	många (21-50)	måttlig	2
3	massor (≥ 50)	svår	3

Poäng 0–42. UAS7 ≤ 6 : mild urtikaria, 7–27 medelsvår urtikaria, ≥ 28 svår urtikaria
UAS7 50% förbättring har i studier ansetts vara ett bra behandlingssvar.

Andra exempel på verktyg att använda för utvärdering:

Angioedema activity score (AAS), MADRAS, DLQI.

Referenser

1. Maurer M, Mageri M, Metz M et al. Revisions to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria. *JDDG* 2013; 971–77.
2. Zuberbier T, et al. EAACI/ ga2LEN/EDF/WAO Guideline: Definition, classification and diagnosis of urticaria. The 2021 Revision And Update. *Allergy* 2021
3. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al. EAACI/ ga2LEN/EDF/WAO Guideline: Management of urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1427-43.
4. Matt Morgan, MD, David A. Khan, "Therapeutic alternatives for chronic urticaria: an evidence-based review. Part 1. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008; 100:403–412.
5. Matt Morgan, MD, David A. Khan, "Therapeutic alternatives for chronic urticaria: an evidence-based review". Part 2. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008; 100:517–526.
6. Maurer M, Rosén K, Hsieh H-J, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med* 2013; 368: 924–35.
7. Metz m, Ohanyan T, Church MK et al. Omalizumab is an effective and rapidly acting therapy in difficult-to-treat chronic urticaria: A retrospective clinical analysis. *J Dermatol Sci* 2014; 73(1): 57-62Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M et al. Management of chronic urticaria in children: a clinical guideline. *Ital J Pediatr.* 2019 Aug 15;45(1):101.