

A propos Urtikaria

Wie kann sich ein wohlthuend unangenehmes Gefühl beim Berühren von Brennesseln in unserer Kindheit und das Gefühl, dass man dabei ein Risiko eingeht, in ein beängstigendes Diagnoseproblem für uns, die wir Ärzte geworden sind, verwandeln?

Die Diagnose der Urtikaria ist ziemlich einfach (ohne dabei zu vergessen, das Angioödem, das potentiell viel gefährlicher ist, davon zu unterscheiden). Die Suche nach dem Ursprung der Urtikaria ist dagegen viel mühseliger. Einerseits ist es Quintessenz von dem, was man an der Fakultät lernt: eine beeindruckende und unendliche Liste von Differentialdiagnosen, die man für das Schlussexamen auswendig lernen muss. Auf der anderen Seite ist es in der Praxis fast zum Verzweifeln: Nur in 10–20% der Fälle mit Urtikaria findet man den klaren Ursprung!

Zum Glück lernt man dann als Grundversorger in der Praxis, die Zeit als Werkzeug zur Diagnose zu benützen: Lediglich 10% al-

ler Urtikaria werden chronisch (während mehr als 6 Wochen), und nur diese allein erfordern zusätzliche Nachforschungen, die darauf abzielen, wichtige zugrundeliegende Ursachen auszuschliessen. In solchen Situationen der Chronizität muss der Arzt den Regenmantel des Inspektors Colombo überziehen und sich die Zeit für eine gründliche Anamnese nehmen. Zum Beispiel sieht man, dass Medikamente, die das «angiotensin converting enzyme» hemmen, nicht nur Husten verursachen, sondern auch die Ursache für Urtikaria sein können – oder dass sogar das brave Aspirin und die NSAR gefährlich sein können!

Kurz gesagt, muss man die «Stratégie», die in dieser Ausgabe von Primary Care publiziert wird, lesen: Man findet darin Mittel und Wege, um dem leidenden Urtikaria-Patienten gegenüber konsequenter (und weniger ängstlich!) zu sein. Und ausserdem sind die Botschaften einfach («take-home messages»). Und das ist ermutigend.

François Mottu