

Parasiten

Die rezidivierende Urtikaria

Andreas Schweighauser^{a, c}, Walter Kistler^{b, c}

^a Dipl. Arzt; ^b Dr. med.; ^c Klinik für Innere Medizin, Spital Davos

Hintergrund

Bei unklarer rezidivierender Urtikaria trotz adäquater Therapie sollte differenzialdiagnostisch immer an Parasiten als Ursache gedacht werden, gerade auch bei Patient/innen mit Migrationshintergrund.

Fallbericht

Anamnese

Ein 36-jähriger Restaurantküchen-Mitarbeiter aus Eritrea stammend stellte sich mit im Verlauf des Vormittags aggravierender Urtikaria und Pruritus am Oberkörper und allen vier Extremitäten auf der Notfallstation vor. Die Anamneseerhebung gestaltete sich aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse schwierig. Der genaue Beginn der Symptomatik sowie ein spezifischer Auslöser konnten nicht evaluiert werden. Dyspnoe wurde verneint. Bei Verdacht auf anaphylaktische Reaktion erhielt der Patient Methylprednisolon 125 mg i.v. sowie Clemastin 2 mg i.v. Nach komplikationsloser Überwachung zeigte sich eine deutliche Regredienz der Symptome, und der Patient konnte beschwerdefrei entlassen werden. Am späten Abend des gleichen Tages stellte sich der Patient erneut vor mit generalisierter Urtikaria am ganzen Körper mit ausgeprägtem Pruritus. Es erfolgte die erneute Gabe von intravenösen Steroiden und Antihistaminika. In der erweiterten Anamnese berichtete der Patient über zusätzlich intermittierende nächtliche Bauchschmerzen. Der Stuhlgang sei aber regelmässig und unverändert. Weitere systemische Symptome wurden verneint.

Status

Bei beiden Konsultationen auf der Notfallstation zeigte sich der Patient in gutem Allgemeinzustand mit stabilen Vitalparametern. Am Integument zeigte sich eine generalisierte Urtikaria (Abb. 1–3). In der abdominalen Untersuchung konnten auskultatorisch normale Darmgeräusche mit diffuser Druckdolenz des gesamten Abdomens aber ohne Abwehrspannung festgestellt werden. Die restliche körperliche Untersuchung stellte sich unauffällig dar.

Befunde

Im initialen Labor fanden sich mit 8,3 G/l Leukozyten und einem C-reaktiven Protein (CRP) von 0,7 mg/l kei-

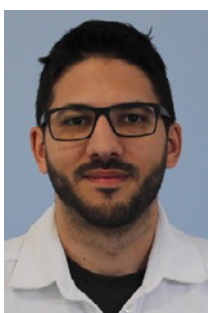
ne Anzeichen eines Infektes, normale Elektrolyte sowie ein Creatinin von 70 µmol/l (errechnete Glomeruläre Filtrationsrate [GFR]: 116 ml/min). Bei erneuter Vorstellung erfolgte wiederum eine Blutabnahme, in dieser zeigte sich eine Leukozytose von 17 G/l ohne Eosinophilie. Die Leukozytose wurde im Rahmen der Steroidgabe gewertet. Zusätzlich erfolgte die Bestimmung der Cholestase- und Transaminasen-Parameter sowie des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH),



Abbildung 1: Hautveränderungen an der Brust



Abbildung 2: Hautveränderungen am Rücken



Walter Kistler



Abbildung 3: Hautveränderungen an den Beinen

die sich im normalen Rahmen zeigten. Bei Verdacht auf anaphylaktische Reaktion wurde die Tryptase bestimmt, die ebenfalls unauffällig war (6,1 µg/l; Norm <13,5 µg/l).

Therapie und Verlauf

Der Patient wurde anschliessend zur Überwachung und weiteren Diagnostik stationär aufgenommen. Am Folgetag zeigte sich eine Regredienz der Symptomatik bei noch persistierender, jedoch deutlich weniger ausgeprägter Urtikaria. Trotz weiterer peroraler Therapie mit Antihistaminika und Steroiden bei Verdacht auf allergische Urtikaria manifestierte sich am zweiten Hospitalisationstag ein erneuter generalisierter Schub. Im Rahmen der möglichen Differenzialdiagnosen erfolgte anschliessend eine Suche nach Parasiten mittels Stuhlanalyse sowie Fecal Swab. Der Patient wurde unter Fortführung der bisherigen symptomatischen Therapie für insgesamt fünf Tage entlassen. Eine klinische Kontrolle erfolgte in der folgenden Woche mit Besprechung der Parasitologie in der hausärztlichen Sprechstunde. Die Resultate der Parasiten-Abklärung sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Aufgrund der Zusammenschau der Befunde erscheint die Besiedlung von *Blastocystis* als wahrscheinlichster

Verursacher der rezidivierenden Urtikaria und der nächtlichen abdominellen Beschwerden als plausibel. Die Eradikationstherapie mit Metronidazol 500 mg 3-mal täglich für insgesamt sechs Tage wurde vom Hausarzt erfolgreich durchgeführt. Die Rücksprache nach ca. zwei Monaten ergab, dass die generalisierte Urtikaria und abdominelle Beschwerden seither nicht mehr aufgetreten sind.

Diskussion

Die Urtikaria ist eine Mastzell-induzierte Erkrankung. Die Pathogenese ist nicht vollständig geklärt und die Liste der Differenzialdiagnosen ist lang.

Die akute Urtikaria wird definiert als wiederholtes Auftreten von Quaddeln mit oder ohne Angioödem in einem Zeitraum von weniger als sechs Wochen. Das Angioödem ist eine sich rasch entwickelnde Schwellung im Rahmen eines Ödems der Schleimhaut, Haut und angrenzenden Gewebes, wobei dieses entweder Mastzell- oder Bradykinin-vermittelt (z.B. ACE-Hemmer) auftreten kann.

Ursächlich für eine akute Urtikaria sind häufig ein Infekt oder allergische Reaktionen über die Bindung von Immunglobulin E (IgE) an Mastzellen; diese können aber auch über Mediatoren oder Autoantikörper direkt aktiviert werden. Die urtikarielle Vasculitis ist eine selten auftretende Erkrankung, bei der Immunkomplexe zu einer Mastzelldegranulation und damit zu Urtikaria führen [1].

Bei Patient/innen mit rezidivierender Urtikaria sowie chronisch spontaner Urtikaria (länger als sechs Wochen dauernd) sollte bei fehlender bekannter Ursache differenzialdiagnostisch immer an eine parasitäre Grundinfektion gedacht werden, gerade auch bei Patient/innen mit Migrationshintergrund. Jedoch sollte auch eine Mastozytose in Betracht gezogen werden, welche durch die Akkumulation von defekten Mastzellen ausgelöst wird.

Gemäss einem WHO-Bericht sind ungefähr 1,5 Milliarden Menschen, somit rund ein Viertel der Weltbevölkerung, mit durch Schmutz übertragene Parasiten infiziert [1].

In einem systematischen Review von Kolkhir et al. mit 39 unabhängigen Studien zeigte sich relativ häufig eine parasitäre Infektion (Spannweite: 0–75,4%) mit wiederum häufiger begleitender Ausbildung von Urtikaria (Spannweite: 1–66,7%). *Blastocystis hominis* war der häufigste nachgewiesene und relevanteste Parasit [2].

In einem Beitrag von Bálint et al. über *Blastocystis*-Infektionen stehen zwar gastrointestinale Beschwerden im Vordergrund (rund drei Viertel der Patienten), allerdings zeigten aber auch 11% kutane Manifestatio-

Tabelle 1: Abklärung nach Parasiten

Material: Stuhl, Analabstrich	
Molekularbiologie (PCR)	
<i>Enterobius vermicularis</i> (Oxyuren)	negativ
Stuhl Panel Parasiten	negativ
<i>Giardia</i> spp.: <i>Giardia intestinalis</i> (lamblia), <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Giardia microti</i>	negativ
<i>Cryptosporidium</i> spp.	negativ
<i>Entamoeba histolytica</i>	negativ
<i>Dientamoeba fragilis</i>	negativ
<i>Blastocystis</i> spp. (fakultativ pathogen)	positiv
Mikroskopie	
Wurmeier	negativ

nen mit oder ohne abdominale Beteiligung, darunter Urtikaria, eosinophile Cellulitis und andere Hautveränderungen [3]. Bei Patient/innen mit unklaren Hautausschlägen ist eine Stuhluntersuchung indiziert, da man häufig nach Eradikation des *Blastocystis* einen Rückgang der dermatologischen Symptome sehen konnte. Laboranalytisch zeigte sich bei Hautbeteiligung meist eine Erhöhung der Entzündungswerte (Leukozyten, CRP). Mehrere Studien postulieren einen Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie dem Reizdarmsyndrom [4].

Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass *Blastocystis* zum normalen intestinalen Mikrobiom gehören kann und insofern nur fakultativ pathogen wirkt. Da-

her sollten in jedem Fall die Symptome genau erfasst werden, um zwischen Besiedelung und eigentlicher Infektion unterscheiden zu können. Die Behandlung erfolgt in der Regel mit Metronidazol 500–750 mg 3-mal täglich oder 15 mg/kg Körpergewicht für sieben bis zehn Tage [5].

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micalletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54(1):88–101.
- 2 WHO. Soil-transmitted helminth infections [Internet]. [zitiert 19. Juni 2020]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>
- 3 Kolkhir P, Balakirski G, Merk HF, Olisova O, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria and internal parasites--a systematic review. *Allergy.* 2016;71(3):308–22.
- 4 Bálint A, Dóczy I, Bereczki L, Gyulai R, Szűcs M, Farkas K, et al. Do not forget the stool examination!-cutaneous and gastrointestinal manifestations of *Blastocystis* sp. infection. *Parasitol Res.* 2014 Apr;113(4):1585–90.
- 5 Scanlan PD. *Blastocystis*: past pitfalls and future perspectives. *Trends Parasitol.* 2012;28(8):327–34.
- 6 Neumayr, A. *Antiparasitic Treatment Recommendations – A practical guide to clinical parasitology.* 2nd ed. Hamburg: tredition; 2018. 25.

Dr. med. Walter Kistler
Klinik für Innere Medizin
Spital Davos
Promenade 4
CH-7270 Davos Platz
Wkistler[at]spitaldavos.ch

Das Wichtigste für die Praxis

- Bei unklarer rezidivierender oder chronischer Urtikaria mit oder ohne gastrointestinale Symptome sollte an eine parasitäre Ursache gedacht werden.
- Eine laboranalytische Blutuntersuchung kann Hinweise geben, für die Diagnosestellung ist allerdings der Stuhlnachweis obligat.
- Als Therapieempfehlung wird Metronidazol 500–750 mg 3-mal täglich oder 15 mg/kg Körpergewicht für 7–10 Tage verabreicht.