

WIR STELLEN VOR | Unser neues Hämatologie Analysesystem

Einigen ist es vielleicht schon aufgefallen: Unsere Blutbildbefunde sehen zum Teil anders aus. Das liegt daran, dass wir die Blutbildmessung modernisiert haben. Somit ermöglicht die neue Methodik/Berichterstattung ein noch präziseres Messergebnis mit erweitertem Ergebnisspektrum.

Die Neuerungen

Thrombozyten

Es ist nun möglich, die unreife Plättchenfraktion (IPF) zu bestimmen, die hilfreich bei der Einordnung von Thrombozytopenien ist (Bildungsstörung oder Verbrauch?). Weiterhin kann das Gerät nun automatisch vor Gerinnseln im Material warnen (Pseudothrombozytopenie).

Erythrozyten

Die red cell distribution width (RDW) wird nun bezogen auf das MCV als RDW-CV ausgegeben und zeigt das Maß der Anisozytose an. Sie kann beispielsweise bei der Unterscheidung Eisenmangel oder Thalassämie eine Hilfe sein. Weiterhin können Erythroblasten automatisch differenziert werden.

Leukozyten: Die frühere Angabe large unstained cells (LUC) auf dem Befund entfällt. Stattdessen erfolgt bei nicht sicher klassifizierbaren Leukozyten eine manuelle Beurteilung der Zellen.

Manuelles Differentialblutbild

Hier ändert sich in der Darstellung nichts, allerdings werden wir bei der Auswertung nun durch eine KI unterstützt. Natürlich erfolgt die übergreifende endgültige Beurteilung weiter durch den ärztlichen Dienst.

Interferenzen

Hinweise auf Interferenzen wie z. B. Kälteagglutinine, Hämolyse, Lipämie oder ikterische Proben werden mittels alternativer Messmethodik automatisch erkannt. Weiterhin kann Material mit langer Transportzeit automatisch bei der Messung vom Gerät erkannt werden.

Haltbarkeit der neuen Methodik

- › kleines Blutbild: 24h
 - › Leukozytendifferenzierung: 48h
- Nachforderungen nach Ablauf dieser Zeit können wir leider nicht mehr annehmen.

Sollten Sie Fragen bezüglich der Neuerungen haben, sprechen Sie gern unsere Ärzte an.
t. 0341/22179 589
info@aolabor.de

AKUTE URTIKARIA – WAS TUN?

Die akute Urtikaria ist die häufigste Ursache einer Quaddelbildung, welche definitionsgemäß nicht länger als 6 Wochen besteht und in jedem Lebensalter – häufiger bei Frauen und bei atopischer Diathese, sowie Kindern < 5J. – auftreten kann. Einzelläsionen bestehen weniger als 24h in loco (DD: Urtikariavaskulitis), bei Angioödemen bis zu 72h.

Risikofaktoren für die Progression in eine chronisch spontane Urtikaria

- › Alter >10J.
- › männl. Geschlecht
- › autoimmune Schilddrüsenerkrankungen

Unterschieden wird zwischen

akuter spontaner (idiopathischer) Urtikaria

- › kein äußerer Reiz als Auslöser identifizierbar
- #### akuter induzierbarer Urtikaria
- › auslösende Reize vielfältig und auch simultan auftretend

Ursächlich sind hierbei häufig Infektionen (obere Atemwege, gastrointestinale und Harnwegsinfektionen, typische saisonale Häufung) und Arzneimittel, eher selten bestimmte Nahrungsmittel. Das Erregerspektrum umfasst Viren und Bakterien, sowie Parasiten. Im Kindesalter spielen Herpes-Viren (CMV,

EBV, HHV6) eine wesentliche Rolle, aber auch andere Viren (u. a. Adeno-, Rota-, RSV, Parvovirus B19) und Bakterien (*Mycopl. pneum.*, Streptokokken, seltener Chlamydien) wurden beschrieben. Die Häufigkeit infektiöser Ursachen sinkt mit zunehmendem Alter. Antibiotika kommen als Auslöser häufiger im Kindesalter vor, können aber bei gleichzeitigem Vorliegen eines Infektes nicht immer sicher verantwortlich gemacht werden. Bei Erwachsenen dagegen sind NSAIDs, ACE-Hemmer und neuromuskuläre Blocker mögliche Auslöser.

In der Pathogenese spielt die Mastzelle eine entscheidende Rolle. Neben der bekannten IgE-vermittelten Aktivierung, exprimieren humane Mastzellen zusätzliche Rezeptoren für IgG, Komplementfaktoren, Medikamente, Neuropeptide, Zytokine und andere. Die durch IgE ausgelösten Reaktionen spielen hierbei eine untergeordnete Rolle und können, wenn im Rahmen einer Anaphylaxie auftretend, auch durch die Bestimmung der Tryptase (Blutentnahme <24 h nach Ereignis) eingegrenzt werden.

Bei der Triggerung der akuten Urtikaria durch Infekte werden Zytokine wie Interleukin-6, Chemokin Ligand 8, CRP oder D-Dimere diskutiert. Die exakte Pathogenese ist hier jedoch nicht verstanden.

Die selbstlimitierende Erkrankung erfordert i. d. R. neben der Anamnese keine spezielle diagnostische Abklärung. Hierbei sollten neben den Symptomen, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens auch mögliche Auslöser anhand von Begleitsymptomen (Infektzeichen), -umständen (z. B. Schwangerschaft, psych. Belastung), Nahrungsmittelaufnahme, Insektenstiche und Medikamenteneinnahme erfasst werden. Wird eine allergische Ursache vermutet, ist die Abklärung über Prick- oder Intrakutantestung, spezif. IgE und ggf. In-vitro-Tests und/oder Provokationstestungen indiziert.

Ziel der Therapie ist die Symptomkontrolle (Verbesserung des Juckreizes, Verminderung der Quaddelgröße/-anzahl).

Die aktuelle Leitlinie empfiehlt moderne nicht-sedierende H1-Antihistaminika als Erstlinienmedikation über mehrere Tage, bis die Symptome sistieren. Sollte auch im bis zu vierfachen Updosing (Off-label-use) keine ausreichende Wirkung erzielt werden, können kurzfristig systemische Glukokortikosteroide parallel zum Einsatz kommen (nicht länger als 10 Tage, nicht mehr als 1 mg Prednisolonäquivalent pro kg KG/Tag).

Nur in therapierefraktären Situationen kann eine i.v. Gabe notwendig sein oder ältere parenteral verfügbare H1-Antihistaminika genutzt werden. Die simultane Gabe unterschiedlicher Antihistaminika ist nicht sinnvoll, ebenso spielen H2-Blocker oder Leukotrienantagonisten keine Rolle.

Urtikaria bei Frauen und Schwangerschaft

Aufgrund höherer Inzidenzen bei Frauen wird der Einfluss von Sexualhormonen auf die akute Urtikaria immer wieder diskutiert. Eine Abgrenzung zu ähnlichen Krankheitsbildern wie autoimmuner Progesterondermatitis und Östrogenndermatitis kann schwierig sein. Während nicht anaphylaktisch bedingte Urtikaria nicht mit negativem Einfluss auf mütterliche Fertilität, Teratogenität, Fetalentwicklung und perinatalem Outcome assoziiert sind, können anaphylaktische Ereignisse in der Schwangerschaft zu schweren Schäden bei Mutter und Fetus führen (u. a. hypoxisch-ischämische Enzephalopathie). Loratadin und Cetirizin sind in Schwangerschaft und Stillzeit nicht zugelassen, werden jedoch als sichere Behandlungsoptionen erachtet.

Bei klaren Auslösern sollten Strategien zur Meidung aufgezeigt und ggf. eine Verordnung von Notfallmedikamenten in Erwägung gezogen werden.

Quelle:
Treudler R, Zarnowski J, Wagner N. Acute urticaria – what to do?
Allergo J Int 2023; 32:303-8