

**Kinga Tyczyńska<sup>1</sup>, Piotr Krajewski<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

# Pokrzywka – jak diagnozować i leczyć w praktyce lekarza POZ?

---

## Streszczenie

Pokrzywka jest chorobą skóry o złożonej patogenezie wywołaną przez komórki tuczne. Charakteryzuje się powstawaniem bąbli pokrzywkowych, którym w 40% przypadków towarzyszy obrzęk naczynioruchowy. Pokrzywkę, w zależności od czasu trwania, można podzielić na ostrą (do 6 tygodni) oraz przewlekłą (ponad 6 tygodni). Pokrzywka ostra występuje znacznie częściej, jest wywołwana m.in. przez pokarmy, leki, infekcje, pyłki roślin i nie wymaga badań diagnostycznych. Pokrzywka przewlekła dotyczy ok. 1% populacji i ze względu na jej charakter proces diagnostyczno-terapeutyczny może sprawiać duże trudności nawet lekarzom specjalistom dermatologii. Udowodniono także, że pokrzywka jest związana ze znacznym obciążeniem fizycznym i psychicznym oraz obniżeniem jakości życia. Poniższy artykuł ma na celu przedstawienie krótkiego algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku pokrzywki w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

## Słowa kluczowe

pokrzywka, bąble pokrzywkowe, obrzęk naczynioruchowy

## Wstęp

Pokrzywka jest częstą przyczyną zgłaszania się pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), pogotowia ratunkowego, dermatologów i alergologów. Jest to złożona etiologicznie i patogenetycznie choroba skóry charakteryzująca się spontanicznym powstawaniem bąbli pokrzywkowych i/lub obrzęku naczynioruchowego. Wyróżniamy kilka odmian pokrzywki, jednak ich wspólną cechą jest nagłe pojawienie się bąbli, które utrzymują się na skórze przez maksymalnie 24 godziny [1].

Bąble pokrzywkowe to silnie swędzące, różowe lub blade zmiany skórne, często otoczone rumieniem, spowodowane przez powierzchowny obrzęk skóry właściwej. Zmiany wykazują duże zróżnicowanie, mogą mieć średnicę od kilku milimetrów do kilkunastu centymetrów, a ich liczba może się wahać od kilku do setek [1, 2]. W części przypadków pojedyncze zmiany mogą się zlewać, zajmując duże powierzchnie skóry pacjentów. W ok. 40% przypadków wysiewowi bąbli pokrzywkowych towarzyszy obrzęk naczynioruchowy. Obrzęk ten występuje głębiej w skórze właściwej oraz w tkance podskórnej, najczęściej lokalizując się w obrębie warg i powiek. Może także zajmować błonę śluzową jamy ustnej, a w niektórych przypadkach błonę śluzową krtani lub przewodu pokarmowego, stanowiąc zagrożenie życia dla pacjentów. Obrzęk naczynioruchowy różni się klinicznie od bąbli pokrzywkowych, zajmuje zazwyczaj większe, dobrze odgraniczone obszary o niezmienionym lub lekko różowym zabarwieniu. Ponadto cechuje go ból lub uczucie rozpierania i może utrzymywać się na skórze 2–3 dni [1–4].

## Klasyfikacja

W zależności od czasu trwania choroby wyróżniamy pokrzywkę ostrą i przewlekłą [5].

Pokrzywka ostra jest częstym schorzeniem, którego doświadcza w ciągu życia aż 25% populacji. Charakteryzuje się występowaniem nawracających

bąbli pokrzywkowych i/lub obrzęku naczynioruchowego przez okres do 6 tygodni. Stan ten może występować zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. U części chorych pokrzywka ma charakter łagodny, samoograniczający się, natomiast w ciężkich przypadkach może być pierwszym objawem wstrząsu anafilaktycznego i stanowić zagrożenie życia. Pokrzywka ostra jest najczęściej wywoływana przez alergeny, do których należą m.in.: leki, pyłki traw, pokarmy, jad owadów błonkoskrzydłych, a także przez czynniki infekcyjne [2, 4–6].

Pokrzywkę przewlekłą cechują zmiany o charakterze ciągłym lub nawracającym przez okres co najmniej 6 tygodni. Występuje ona znacznie rzadziej i dotyka ok. 1% populacji. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi pokrzywkę przewlekłą można podzielić na spontaniczną i wywołaną (indukowaną). Przewlekła pokrzywka wywołana to podgrupa pokrzywki przewlekłej, w której wystąpienie zmian jest indukowane przez określony bodziec (tab. 1) [1, 3, 4, 6].

Wyróżnia się wiele odmian pokrzywki przewlekłej indukowanej, m.in.: pokrzywka z zimna, pokrzywka opóźniona z ucisku, pokrzywka ciepła, pokrzywka świetlna, pokrzywka cholinergiczna, pokrzywka kontaktowa, pokrzywka wodna, pokrzywka wibracyjna.

W przypadku pokrzywki przewlekłej spontanicznej do wysiewu bąbli pokrzywkowych dochodzi bez uchwytnej przyczyny. U ok. 30–40% pacjentów cierpiących z powodu pokrzywki przewlekłej spontanicznej obserwuje się autooprzeciwięcia, które mogą wskazywać na autoimmunologiczne podłoże choroby [1, 3, 4, 6].

## Mechanizm powstawania pokrzywki

Głównym mechanizmem powstawania pokrzywki jest uwalnianie różnych mediatorów z komórek tucznych. W ostrej pokrzywce obserwuje się reakcję nadwrażliwości zależną od immunoglobuliny E (IgE). Wnikający do organizmu antygen wiąże się

Tabela 1. Podział pokrzywek przewlekłych

Pokrzywka przewlekła spontaniczna	Pokrzywka przewlekła indukowana
<ul style="list-style-type: none"> <li>• spowodowana przez znane przyczyny</li> <li>• spowodowana przez nieznane przyczyny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pokrzywka z zimna</li> <li>• pokrzywka świetlna</li> <li>• pokrzywka ciepła</li> <li>• pokrzywka kontaktowa</li> <li>• pokrzywka wodna</li> <li>• pokrzywka cholinergiczna</li> <li>• dermografizm objawowy</li> <li>• pokrzywka opóźniona z ucisku</li> <li>• pokrzywka wywołana wibracją</li> </ul>

ze swoistymi przeciwciałami na komórkach tucznych i bazoofilach, powodując uwolnienie wielu mediatorów, przede wszystkim histaminy. W efekcie dochodzi do powstania obrzęku na skutek zwiększonej przepuszczalności i rumienia, wtórnego do rozszerzenia naczyń [1, 4]. W pokrzywce przewlekłej antygen dostający się do organizmu wiąże się z receptorem Fc IgE (FcεR1a) zlokalizowanym na komórkach tucznych i krążących bazoofilach w skórze, co prowadzi do degranulacji tych komórek. Przy drugim kontakcie z tym samym antygenem przeciwciała IgE, które są już obecne na mastocytach i bazoofilach, natychmiast wiążą się z antygenem i szybciej wywołują reakcję alergiczną. To pokazuje, że autoimmunizacja odgrywa istotną rolę również w przewlekłej formie pokrzywki [1, 4].

### Diagnostyka i ocena nasilenia choroby

Do oceny nasilenia choroby w warunkach ambulatoryjnych służy skala UAS (*Urticaria Activity Score*). Instrument ten dzieli nasilenie objawów pokrzywki w następujący sposób: brak objawów, objawy łagodne, umiarkowane i ciężkie, odpowiednio na skali od 0 do 3, na podstawie liczby bąbli pokrzywkowych (< 20 bąbli na dobę, 20–50 bąbli na dobę oraz > 50 bąbli na dobę) i nasilenia świądu (nie jest dokuczliwy, jest dokuczliwy, ale nie zaburza codziennej aktywności, jest nasilony). Istnieje także modyfikacja skali, która pozwala na analizę nasilenia choroby przez kolejne 7 dni (UAS7). Wykorzystanie tego narzędzia pozwala na obserwowanie rozwoju choroby i jej zaostrzeń, a także ocenę skuteczności włączonego leczenia (tab. 2) [7–9].

Diagnostyka większości przypadków pokrzywki ostrej obejmuje przede wszystkim wnikliwy wywiad oraz badanie fizykalne. Przeważnie na tej podstawie udaje się ustalić przyczynę wystąpienia objawów. Wyjątkowo w przypadku pokrzywek ostrych wywoływanych alergenami pokarmowymi, lekami czy ukąszeniem owadów niezbędne jest oznaczenie specyficznych przeciwciał IgE i/lub wykonanie naskórkowych testów punktowych [7–9].

Tabela 2. Skala *Urticaria Activity Score* (UAS)

Nasilenie pokrzywki	Bąble pokrzywkowe	Świąd
0	brak	brak
1 – łagodne	< 20 na dobę	łagodny, niedokuczliwy
2 – umiarkowane	20–50 na dobę	dokuczliwy, nie zaburza codziennej aktywności
3 – ciężkie	> 50 na dobę	intensywny, zaburza codzienną aktywność i budzi w nocy

Diagnostyka pokrzywki przewlekłej w zależności od podtypu obejmuje testy prowokacji czynnikami wywołującymi lub próbę ustalenia etiologii przewlekłej pokrzywki spontanicznej. U każdego pacjenta powinien być przeprowadzony wnikliwy wywiad chorobowy ze szczególnym uwzględnieniem częstości, nasilenia, morfologii, dystrybucji oraz okoliczności pojawienia się zmian skórnych. Ponadto należy zebrać dokładny wywiad w kierunku przyjmowanych leków, ognisk infekcji, przyjmowanych pokarmów, przebytych zabiegów operacyjnych (znieczulenia i implanty) i chorób współistniejących. Należy także pamiętać, że dodatni wywiad rodzinny w kierunku pokrzywki lub chorób atopowych stanowi ważny element diagnostyki. Każdy pacjent powinien mieć wykonane podstawowe badania laboratoryjne obejmujące morfologię krwi z rozmazem i wykładniki stanu zapalnego (OB, CRP). Następnie, w zależności od historii choroby i podejrzenia czynników wywołujących pokrzywkę, diagnostyka może być poszerzona o następujące elementy [7–9]:

- badania laboratoryjne: hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4), przeciwciała przeciwarczycowe, przeciwwądrowe, diagnostyka infekcji (*Helicobacter pylori*, *Borrelia burgdorferi*, HCV, wymazy), poziom krioglobulin, poziom tryptazy, poziom składowych dopełniacza (C3 i C4), poziom i aktywność C1-INH,
- badania obrazowe: USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej,
- konsultacje specjalistyczne w celu znalezienia ognisk infekcji,
- badania alergologiczne: punktowe testy naskórkowe, specyficzne przeciwciała IgE,
- testy z surowicą autologiczną,
- próby odstawienia i prowokacji,
- testy fizykalne: próby świetlne, próba klockowa, próba paskowa, próba z ciepłą wodą, FricTest,
- pobranie wycinka skórnoego na badanie histologiczne (szczególnie zalecane w przypadkach, w których bąble pokrzywkowe utrzymują się na skórze powyżej 24 godzin lub goją się z pozostawieniem śladów).

## Diagnostyka różnicowa

Diagnostyka różnicowa pokrzywki obejmuje wszystkie schorzenia dermatologiczne z komponentem bąbli pokrzywkowych, w tym reakcje na ukąszenia owadów (pokrzywka grudkowa), ostrą gorączkową dermatozę neutrofilową (zespół Sweeta), pemfigoid przedpęcherzowy (tzw. pemfigoid pęcherzowy pokrzywkowy), ostre kontaktowe zapalenie skóry twarzy (w porównaniu z obrzękiem naczyńnioruchowym), wstrząs anafilaktyczny, wrodzony obrzęk naczyńnioruchowy, pokrzywkowe reakcje polekowe (np. antybiotyki) oraz pokrzywkę, która może wystąpić podczas pocierania zmian pokrzywki barwnikowej. We wszystkich tych stanach komponent pokrzywkowy jest częścią dłuższego procesu zapalnego (lub proliferacji mastocytów w przypadku mastocytozy) i powinien być w miarę łatwo rozpoznawalny na podstawie przedłużonego czasu trwania poszczególnych objawów [1, 4, 7–9].

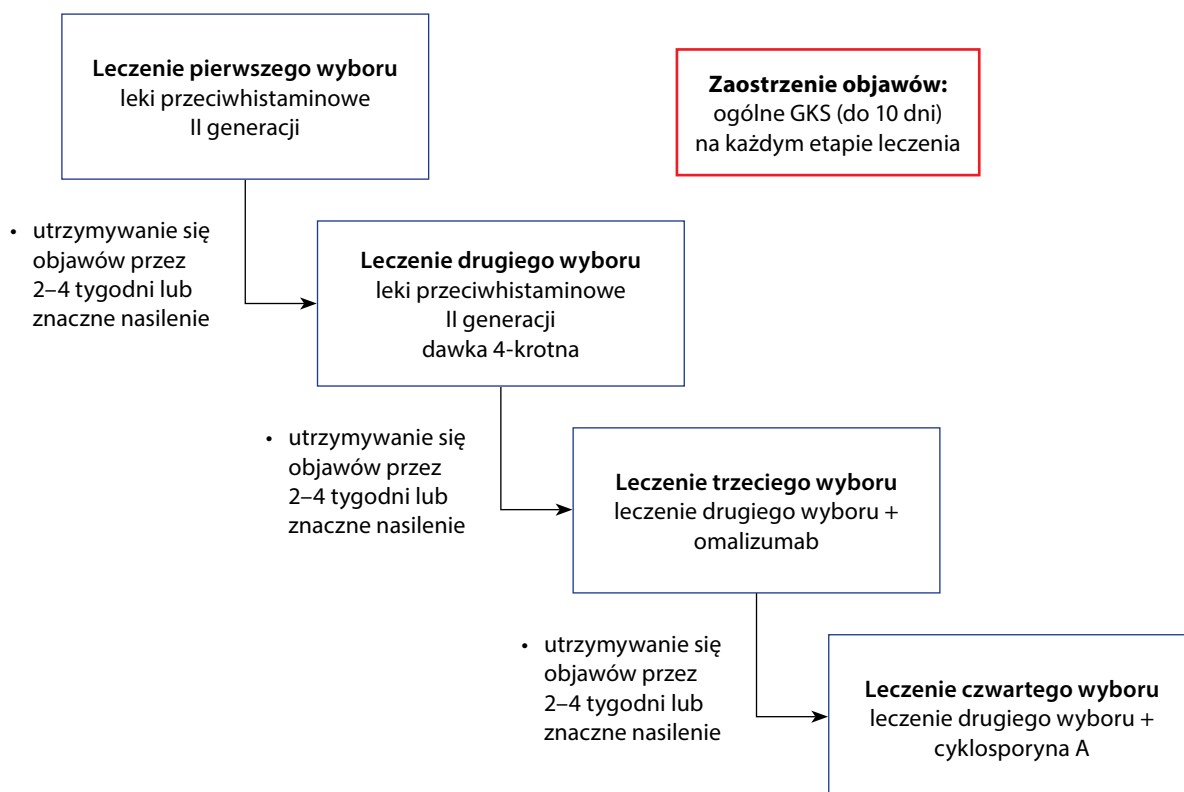
## Leczenie pokrzywki

Kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym pokrzywki mają znalezienie i eliminacja czynników wywołujących, a także leczenie chorób współistniejących mogących być przyczyną pojawiania się zmian skórnych. W większości przypadków ta strategia prowadzi do pełnej remisji objawów chorobowych i braku konieczności stosowania długotrwałej

farmakoterapii o charakterze objawowym [5, 7, 8, 10]. Jeśli niezbędne jest leczenie farmakologiczne, należy posługiwać się schematem pokazanym na ryc. 1.

### Algorytm leczenia pokrzywki

Leczenie pokrzywki powinno być zawsze oparte na stosowaniu leków przeciwhistaminowych (LP) II generacji, takich jak bilastyna, lewocetyryzyna czy rupatydyna. Ich działanie polega na łączeniu się z receptorem H1 i blokowaniu działania histaminy. Leki te, w odróżnieniu od leków przeciwhistaminowych I generacji, nie przekraczają bariery krew–mózg, przez co nie mają istotnego działania sedatywnego i mogą być stosowane przewlekle. Leczenie tymi preparatami w dawce podstawowej (np. 20 mg bilastyny) powinno się prowadzić przez ok. 2–4 tygodnie. W przypadku braku poprawy klinicznej lub nasilonych objawów pokrzywki zaleca się zwiększenie do 4-krotności dawki (2 tabletki 2 razy dziennie) i kontynuowanie terapii przez kolejne 2–4 tygodnie. Należy podkreślić, że podnoszenie dawki LP do jej 4-krotności jest zalecane przez europejski konsensus, jednak żaden z ww. leków nie ma takiego zapisu w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL). W przypadku zwiększania dawki mogą się nasilać działania niepożądane leków, takie jak sedacja i senność. Z tego powodu należy



Rycina 1. Algorytm leczenia pokrzywki

wybierać lek o najlepiej udokumentowanym bezpieczeństwie. W przypadku niesatysfakcjonującej odpowiedzi na leczenie można podjąć próbę zamiany na inny LP II generacji. Jest to podyktowane różną skutecznością i tolerancją terapii poszczególnymi lekami z tej grupy. Warto zaznaczyć, że stosowanie LP I generacji nie jest zalecane w leczeniu pokrzywki [5, 7, 8, 10].

### Omalizumab

Według najnowszych wytycznych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD) w przypadku braku skuteczności leczenia 4-krotnością dawki LP II generacji lub nasilonych objawów klinicznych należy dołączyć do terapii lek biologiczny – omalizumab.

Omalizumab jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym specyficznie wiążącym się z IgE. Włączenie leczenia nie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych ze względu na jego bardzo wysoką cenę, jednak od 2020 r. leczenie może być realizowane w ramach programu lekowego *Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej*. Należy podkreślić, że kwalifikacja do programu lekowego powinna być przeprowadzana przez specjalistę dermatologa lub alergologa mającego doświadczenie w stosowaniu leków biologicznych [5, 7, 8, 10].

### Cyklosporyna

Od czasu wprowadzenia leczenia biologicznego omalizumabem status terapii trzeciego rzutu używała cyklosporyna.

Cyklosporynę A (CsA) dołącza się obecnie do LP II generacji w przypadku braku skuteczności omalizumabu lub jego niedostępności. Dane literaturowe wskazują na szybkość działania i wysoką skuteczność cyklosporyny w dawce 3–5 mg/kg m.c., jednak podkreśla się, że powinna być stosowana do 6 miesięcy ze względu na możliwe ciężkie działania niepożądane [5, 7, 8, 10].

### Glikokortykosteroidy

Przewlekłe stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) w leczeniu pokrzywki jest przeciwwskazane. Efekt GKS polega raczej na ogólnym działaniu przeciwzapalnym, ponieważ nie blokują one degranulacji mastocytów. W przypadku znacznego zaostrzenia objawów lub masywnego obrzęku naczynioruchowego dopuszcza się krótkotrwałą terapię GKS w połączeniu z leczeniem klasycznym. Stosowanie miejscowych preparatów GKS jest przeciwwskazane [5, 7, 8, 10].

## Terapia kobiet w ciąży

W przypadku wystąpienia objawów pokrzywki w ciąży stosuje się klasyczny algorytm leczenia. Część LP II generacji oraz cyklosporyna mają kategorię B. Nie ma danych dotyczących stosowania omalizumabu w ciąży. Ponadto w przypadku znacznego nasilenia objawów można dołączać do leczenia krótkie kursy GKS. W trakcie karmienia piersią do zalecanych LP II generacji należą loratadyna oraz cetyryzyna, które w bardzo małym stopniu przechodzą do mleka matki [5, 7, 8, 10].

## Podsumowanie

Pokrzywka to ostra i przewlekła choroba dermatologiczna, która ma istotny wpływ na jakość życia pacjentów. Obrzęk naczynioruchowy, który może niekiedy towarzyszyć pokrzywce, jest ciężkim objawem i w skrajnych przypadkach może stanowić zagrożenie życia. Diagnostyka czynników prowokujących wysiew pokrzywki stanowi wyzwanie nawet dla doświadczonych dermatologów. Warto pamiętać, że niekiedy pokrzywka ma charakter idiopatyczny. Leczenie opiera się przede wszystkim na unikaniu czynnika wywołującego oraz stosowaniu LP II generacji, takich jak bilastyna, lewocetyryzyna, loratadyna. Zadaniem lekarza POZ w diagnostyce i leczeniu pokrzywki jest próba wykrycia czynników wywołujących oraz leczenie objawów. W przypadkach ciężkich lub nieodpowiadających na leczenie pacjent powinien zostać skierowany do specjalisty dermatologa lub alergologa.

### Piśmiennictwo

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L i wsp. Dermatologia. T. 1. Wydanie polskie ed. Medipage, 2022.
2. Sabroe RA. Acute urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* 2014; 34: 11-21.
3. Saini SS, Kaplan AP. Chronic spontaneous urticaria: The Devil's itch. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018; 6: 1097-1106.
4. Antia C, Baquerizo K, Korman A i wsp. Urticaria: a comprehensive review: epidemiology, diagnosis, and work-up. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79: 599-614.
5. Nowicki RJ, Grubska-Suchanek E, Jahnz-Różyk K i wsp. Urticaria. Interdisciplinary diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society and the Polish Society of Allergology. *journal article. Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2020; 107: 1-14.
6. Fricke J, Avila G, Keller T i wsp. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy* 2020; 75: 423-432.
7. Carne E. Managing chronic spontaneous urticaria (hives) in primary care. *Nurs Stand* 2018; 33: 78-82.
8. Ferrer M, Bartra J, Gimenez-Arnau A i wsp. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy* 2015; 45: 731-743.

9. Maurer M, Magerl M, Metz M i wsp. Practical algorithm for diagnosing patients with recurrent wheals or angioedema. *Allergy* 2013; 68: 816-819.
10. Zuberbier T, Aberer W, Asero R i wsp. Methods report on the development of the 2013 revision and update of the EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy* 2014; 69: e1-e29.

**Adres do korespondencji:**

lek. Piotr Krajewski  
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Chałubińskiego 1  
50-368 Wrocław  
e-mail: pkrajewski@icloud.com