



Richtlijn Chronische urticaria 2025

(samenvatting)

Tessa Teunissen¹, Heike Röckmann²

De richtlijn Chronische urticaria (CU) is in 2024–2025 volledig herzien door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de NIV/NVvAKI, NVK en het patiëntenplatform urticaria. Sinds de vorige versie (2013) zijn de inzichten in pathogenese, diagnostiek en behandeling sterk toegenomen en is nieuwe literatuur beschikbaar. De richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met urticaria, waaronder dermatologen, allergologen, kinderartsen en huisartsen.

Chronische urticaria wordt gekenmerkt door jeukende urticae (galbulten) en/of angio-oedeem die gedurende meer dan zes weken continu of recidiverend optreden. De aandoening kan een aanzienlijke invloed hebben op de kwaliteit van leven en vraagt om een gestructureerde, op maat gemaakte behandeling.

Aan de richtlijn zijn enkele nieuwe modules toegevoegd: behandeling van volwassenen met CU, behandeling van chronische urticaria tijdens de kinderwens (ook bij mannen), zwangerschap en borstvoeding en het gepersonaliseerd behandelplan.

Er zijn tevens enkele modules herzien n.a.v. nieuwe inzichten: classificatie, monitoring van ziekteactiviteit/ziektecontrole, monitoring van ziektelast, behandeling van chronische urticaria bij kinderen, overige behandelingen van volwassenen met CU en organisatie van zorg.

Bij onderstaande tekst is het van belang om de overwegingen in acht te nemen die staan beschreven in de volledige richtlijntekst van de richtlijn Chronische urticaria. De volledige tekst is beschikbaar via de Richtlijndatabase.

CLASSIFICATIE

De herziene richtlijn sluit aan bij de internationale indeling van de EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. Chronische urticaria (CU) wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van urticae (galbulten) en/of angio-oedeem gedurende meer dan zes opeenvolgende weken. Binnen deze groep worden twee hoofdvormen onderscheiden: chronische spontane urticaria (CSU) en chronische induceerbare urticaria (CIndU).

De oorzaak van CSU is niet altijd bekend. Onderzoek wijst op twee verschillende pathomechanismen, auto-allergisch (type I) en auto-immune (type IIb) welke beiden leiden tot mestcel-activatie in de huid.

CIndU omvat een groep aandoeningen waarbij urticaria wordt opgewekt door een specifieke stimulus. Bekende vormen zijn symptomatisch dermatografisme, koude-, warmte-, druk- en zonne-urticaria, evenals cholinerge, vibratoire, aquagene en contacturticaria. Meerdere subtypen kunnen gelijktijdig bij één patiënt voorkomen, en bij veel patiënten bestaan CSU en een vorm van CIndU naast elkaar.

Het onderscheid tussen spontane en induceerbare vormen is relevant voor de diagnostiek, het behandelplan en de verwachting ten aanzien van het beloop. Omdat de klinische presentatie sterk kan variëren, benadrukt de richtlijn het belang van een zorgvuldige anamnese gericht op uitlokkende factoren. Voor de uitgebreide differentiaal diagnose wordt verwezen naar de volledige richtlijntekst.

MONITORING VAN ZIEKTEACTIVITEIT EN –CONTROLE

Een belangrijke vernieuwing in de richtlijn is de nadruk op systematische monitoring met *patient-reported outcome measures* (PROMs). Deze scorelijsten maken de ziekteactiviteit en de ervaren ziektelast beter inzichtelijk, wat helpt bij het evalueren van de behandeling en het betrekken van de patiënt bij beslissingen. De richtlijn geeft advies omtrent het gebruik van PROMs bij patiënten met chronische urticaria (bij het eerste consult en vervolgens elke 3–6 maanden), en beveelt dit aan bij alle patiënten die met systemische therapie worden behandeld.

Voor de ziekteactiviteit wordt de *Urticaria Activiteit Score* over zeven dagen (UAS7) aanbevolen, indien van toepassing aangevuld met de *Angio-oedeem Activiteit Score* (AAS). De *Urticaria Controle Test* (UCT) en de *Angio-oedeem Controle Test* (AECT) zijn beiden zeer korte scorelijsten en geven inzicht in de ervaren ziektecontrole per maand.

¹ Arts-onderzoeker NVDV

² Voorzitter richtlijnwerkgroep, dermatoloog UMC Utrecht

Overweeg bij patiënten met CindU, mits beschikbaar, provocatietesten om het subtype te bevestigen en de gevoeligheidsdrempel te bepalen, bijvoorbeeld met een tempstest/ijsblokjestest (koude-urticaria), dermografometer (symptomatisch dermografisme), lichttesten (Solar Urticaria) of inspanningstest (Cholinerge Urticaria).

MONITORING VAN KWALITEIT VAN LEVEN

CU heeft vaak een substantiële impact op het dagelijks functioneren, de nachtrust, stemming en sociale activiteiten. De richtlijn adviseert om de kwaliteit van leven systematisch te meten met:

- **DLQI** (en **CDLQI** voor kinderen): generieke dermatologische vragenlijst. Overweeg deze te gebruiken bij start van de behandeling en vervolg dit iedere 3-6 maanden.

Aanvullend kunnen, afhankelijk van de klinische situatie, ook worden gebruikt:

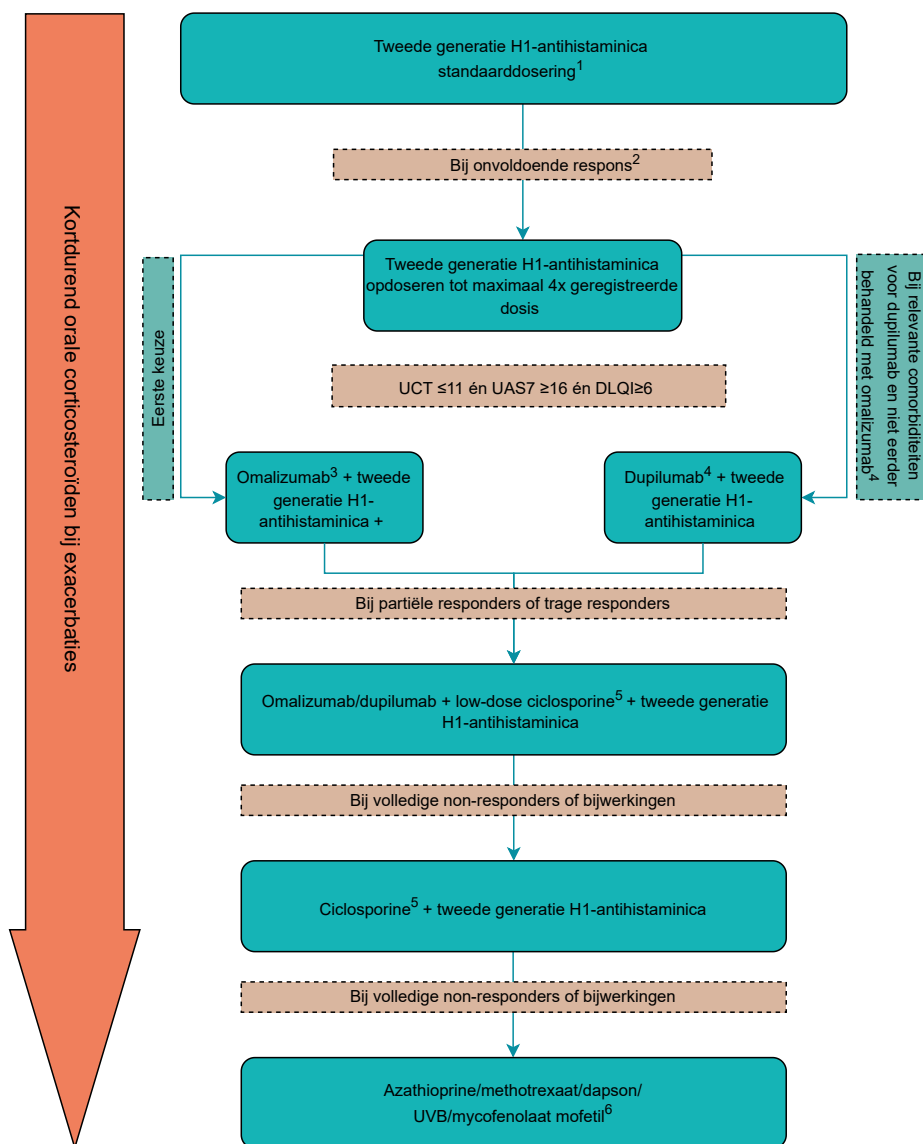
- **CU-Q2oL**: specifiek voor patiënten met urticaria.
- **AE-QoL**: specifiek voor patiënten met angio-oedeem.

Het bespreken van de uitkomsten bevordert de gezamenlijke besluitvorming en het begrip voor de ziektelast. De werkgroep adviseert daarnaast alert te zijn op angst- en stemmingsstoornissen en zo nodig te verwijzen naar de huisarts of psycholoog.

BEHANDELING VAN VOLWASSENEN

De behandeling is symptomatisch en gericht op het bereiken van volledige ziektecontrole en verbetering van kwaliteit van leven. De richtlijn beschrijft een stepped-care-model, waarin behandelingen stapsgewijs worden opgebouwd afhankelijk van de ernst van de klachten en de respons op reeds toegepaste behandeling. Zie figuur en de keuzematrix in de module 'overige behandeling bij volwassenen'.

1. Start met een geregistreerde dosering van een tweede generatie H1-antihistaminicum (zoals cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine, ebastine of rupatadine) en evalueer het effect na 2-4 weken. Bij onvoldoende effect kan de dosering tot en met maximaal viermaal de standaarddosering worden verhoogd, bij voorkeur verdeeld over twee giften (off-label).
2. Er wordt geadviseerd om omalizumab toe te voegen bij onvoldoende effect van de opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Dit is geregistreerd voor CSU en kan off-label worden toegepast bij CIndU. De richtlijn geeft adviezen over eventuele dosisverhoging en/of intervalverlenging.
3. Dupilumab kan worden overwogen bij patiënten (12 jaar en ouder) met CSU én relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, als ze nog geen behandeling middels omalizumab hebben gehad (Let op: momenteel nog geen vergoedingsstatus, januari 2026).
4. Bij partiële of trage respons op omalizumab of dupilumab kan een lage dosering ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) worden toegevoegd, eveneens off-label. Bij volledige non-responders kan worden geswitcht naar ciclosporine plus antihistaminica.
5. De richtlijn geeft adviezen betreffende de behandeloptie bij patiënten met onvoldoende effect op omalizumab, dupilumab en ciclosporine. Zie tabel met een overzicht geneesmiddelen voor volwassenen met CU en de evidence.



Figuur. Stepped-care model voor de behandeling van chronische urticaria

Let op: er is tot op heden (jan. 2026) nog geen vergoedingsstatus beschikbaar voor dupilumab bij CSU. Zie ook Dupixent | European Medicines Agency (EMA).

1. Bij ineffectiviteit, sedatie of bijwerkingen switchen naar een andere tweede generatie H1-AH.
2. Evalueer het effect van tweede generatie H1-antihistaminica steeds na 2-4 weken.
3. Omalizumab 300 mg per 4 weken. Evalueer het effect na 3-6 maanden. Overweeg respectievelijk dosisverlaging of -verhoging bij goede dan wel onvoldoende ziektecontrole. Overweeg bij onvoldoende ziektecontrole de dosis te verhogen naar 450 mg of 600 mg per 4 weken.
4. Dupilumab 300 mg per 2 weken. Evalueer het effect na 3-6 maanden. De behandeling middels omalizumab zal eerste keus blijven voor patiënten met matig tot ernstige CSU die onvoldoende reageren op opgehoogde H1-antihistaminica. Overweeg bij CSU-patiënten

met relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, die onvoldoende reageren op opgehoogde H1-antihistaminica en nog geen behandeling middels omalizumab hebben gehad, behandeling met dupilumab te starten. Let op: nog geen vergoedingsstatus (januari 2026). Zie ook Dupixent | European Medicines Agency (EMA).

5. Ciclosporine 2-3 mg/kg/dag als aanvullende behandeling (off-label). Overweeg bij partiële responders voor ciclosporine als aanvullende behandeling aan omalizumab/dupilumab en opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Bij volledige non-responders switchen van omalizumab of dupilumab naar ciclosporine als aanvullende behandeling in combinatie met opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Evalueer het effect na 4-12 weken.
6. Keuze afhankelijk van co-morbiditeit (off-label).

NB1: deze figuur hoort bij de module 'gepersonaliseerd behandelplan' van de richtlijn 'chronische urticaria'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: betrek de patiënt bij de besluitvorming.

Tabel. Overzicht geneesmiddelen voor volwassenen met CU en de evidence en (indien geen evidence beschikbaar) de expert opinion beoordeling van hun geschiktheid in specifieke behandelomstandigheden. Deze tabel kan gebruikt worden als hulpmiddel in shared-decision making.

	Biologics		Overige Middelen			Azathioprine (off-label)
	Omalizumab (voorkeur)	Dupilumab (enkel CSU) (Let op: tot op heden (jan 2026) geen vergoedingsstatus)	Ciclosporine (off-label)	Methotrexaat (off-label)	Dapson (off-label)	
Waarschuwingen en voorzorgen						
• Leeftijd ≥ 65 jaar	↑	↑	↓	↑	↑	↑
• Actieve maligniteit of risicofactoren voor maligniteit (incl. maligniteit in de voorgeschiedenis, m.u.v. NMSC)	↑	↑	↓↓	↓	↑	↓↓
• Ernstige actieve infectie	↑	↑	↓↓	↓	↓	↓↓
• Verhoogd risico op ernstige/recidiverende infectie	↑	↑	↓	↓	↓	↓
• Nierfunctiestoornis (eGFR >15 en <30 ml/min)	↑	↑	↓↓	↓	↑	↓
• Risico / actieve leverziekte	↑	↑	↓	↓↓	↑	↓↓
Zwangerschap en lactatie						
• Actieve zwangerschap	↑	0	↑	↓↓	↓↓	↓
• Borstvoeding	↑	0	↑	↓↓	↓↓	↓
↑↑ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog deze keuze zouden moeten maken. [Wij bevelen aan...] ↑ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog deze keuze zouden maken, maar een substantieel deel niet. [Wij stellen voor te overwegen...] 0 = Op dit moment kan er geen aanbeveling worden gedaan voor of tegen de interventie vanwege bepaalde redenen (bijv. geen betrouwbare/weinig gegevens beschikbaar, tegenstrijdige resultaten, etc). [We kunnen geen aanbeveling doen over...] ↓ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog hier niet voor zouden moeten kiezen, maar een substantieel deel wel. [Wij stellen voor niet te overwegen...] ↓↓ = De werkgroep is van mening dat bijna alle patiënten en hun behandelend dermatoloog hier niet voor zouden moeten kiezen. [Wij bevelen <u>niet</u> aan...] Wit vak = géén aanbeveling.						
Let op: voor dupilumab is nog geen vergoedingsstatus (januari 2026). Zie ook Dupixent European Medicines Agency (EMA) .						

KINDEREN, KINDERWENS EN ZWANGERSCHAP

In de herziene richtlijn zijn aparte modules toegevoegd:

- **Behandeling van CU bij kinderen:** De behandeling start eveneens met niet-sedatieve H1-antihistaminica tot 4 maal daags; omalizumab kan bij onvoldoende effect worden overwogen vanaf 6 jaar (off-label 6-12 jaar). Voor kinderen vanaf 12 jaar met CSU die nog niet behandeld zijn met omalizumab én relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, kan dupilumab worden overwogen naast een maximaal verhoogde dosering H1-antihistaminica (tot op heden nog geen vergoedingsstatus, januari 2026).

Overweeg ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) toe te voegen bij kinderen met onvoldoende respons of bijwerkingen van omalizumab of dupilumab in combinatie met opgehoogde dosering H1-antihistaminica.

Overweeg te switchen naar ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) in combinatie met maximaal verhoogde dosering H1-antihistaminica bij kinderen die geen klinische verbetering ervaren (volledige non-responders) of ernstige bijwerkingen hebben van omalizumab of dupilumab.

- **Kinderwens, zwangerschap en lactatie:** de meeste tweede generatie H1-antihistaminica kunnen veilig worden gebruikt (dosering tot en met maximaal viermaal de stan-

daarddosering). Omalizumab en ciclosporine kunnen als add-on behandeling worden overwogen of gecontinueerd indien de behandeling met antihistaminica onvoldoende effectief is.

ORGANISATIE VAN ZORG

Langdurige CU heeft grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten. Het doel van de CU-behandeling is zo snel mogelijk complete ziektecontrole te bereiken en behouden met de minst mogelijke interventie (effectief zorggebruik en zo min mogelijk bijwerkingen). De richtlijn onderstreept het belang van multidisciplinaire samenwerking tussen dermatoloog, allergoloog en kinderarts, met een centrale rol voor de patiënt in het behandeltraject. Voor complexe of therapieresistente gevallen wordt verwijzing naar een centrum met expertise geadviseerd. Bij goede ziektecontrole kan overwogen worden patiënten retour te verwijzen naar de huisarts voor voortzetting van behandeling met antihistaminica. Als advanced systemische therapie nodig blijft, valt retourverwijzing naar een tweedelijnscentrum of zorg op afstand te overwegen. Zorg hierbij altijd voor een duidelijke overdracht en stem dit af met de patiënt.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl