

Ovaj klinički oblik alergijske reakcije nastaje kada edem zahvati uglavnom duboki derm i hipoderm. Uglavnom se lokalizuje na: kapcima, usnama, stopalima, šakama, genitalno, jednaku kao i na larinksu i farinksu.

Faringealni edem uzrokuje otežano gutanje i disanje pa kod oboljelih stvara strah od ugušenja, što ponekad i nije bez osnova. Angioedema se najčešće javlja u sklopu akutne ili hronične urtikarije a može se javiti i u sklopu urtikarijalnog vaskulitisa i serumske bolesti. Angioedem se razvija u toku nekoliko sati, a ponekad može da traje i do 72 sata ,kao posebno oboljenje ili u sklopu urtikarije.

Takođe, angioedem može biti nasledni ili stečeni. Osnovne tegobe kod naslednog angioedema su: otok, eritem, pruritus, kao i lokalizovana bol na mjestu promjena zbog rastezanja kože i potkožnog tkiva. Najčešće se ove promjene lokalizuju na licu (gornja usna), trupu i ekstremitetima (šake, stopala). Za dijagnostiku urtikarije dovoljan je obično klinički nalaz na koži, ali etiologija bolesti je kompleksna.

Kod akutnih urtikarija detaljna anamneza obično nam daje konačnu dijagnozu, ali kod hronične urtikarije koja traje duže od 3-4 mj. za konačnu dijagnozu je potrebno detaljno ispitivanje.

Najčešće bolesti koje mogu imponirati kao urtikarija su: toxoalergijski dermatitisi, erythema exudativum multiforme, ,promjene kod ujeda insekata,samo se kod ovim promjena u centralnoj eflorescenci uvijek nadje centralno smještena ubodna tačka.

Kod akutne urtikarije dijagnoza se obično postavlja na osnovu kliničke slike,i uobičajenog kliničkog pregleda.

Kod hronične urtikarije prevashodno bi trebalo isključiti neka opšta oboljenja, anamnestički otkloniti kao mogući uzrok bolesti od hrane, lijekova i hemijskih supstanci sa kojima oboljeli eventualno dolazi u kontakt.

Svakako je potrebno uraditi temeljita laboratoriska ispitivanja, koja podrazumjevaju: SE, KKS, hepatogram, transaminaze, urea, kreatinin, urin, komplement, antinuklearna antitijela, RTG pluća, stolicu na crijevne parazite, ginekološku i internističku opservaciju, a ispitivanje usmjeriti ka onim tegobama i oboljenjima koja bi mogla biti uzrok oboljenja.

Od lijekova se daju antihistaminici H1, dok antihistaminici H2, imaju samo adjuvantno dejstvo. Kod težih formi daju se i sistemski kortikosteroidi., a doziranje i dužina terapije zavisi od kliničke slike oboljenja.

Hronične urtikarije zahtjevaju opširnije ispitivanje a terapija je srazmjerno tome i specifičnija. Medikamentozna terapija treba da bude dugotrajna, da se kombinuju antihistaminici, daju se i benzodijazepini, dokazano je da kortikosteroidna terapija ima samo simptomatsko dejstvo, a nakon prekida svih vidova terapije, recidivi su vrlo česti. Svakako prije liječenja hronične urtikarije treba se usmjeriti na pronalaženje uzroka oboljenja.

Anafilaktički šok i Quinckeov edem zahtjevaju urgentnu terapiju. Uglavnom se daje adrenalin 0,2-1 ml. (0,1%), intramuskularno uz sistemsku terapiju antihistaminicima i kortikosteroidima.