

Urtikaria - Studi Retrospektif

(*Urticaria - a Retrospective Study*)

Vella, Dhelya Widiasmara, Marsudi Hutomo

Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Urtikaria merupakan erupsi eritematosa yang meninggi, terjadi secara singkat atau edema bagian dermis bagian atas dan berhubungan dengan rasa gatal. **Tujuan:** Mengetahui gambaran umum penderita baru urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2007–2009. **Metode:** Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan mengevaluasi rekam medik pasien urtikaria yang meliputi kunjungan penderita, jenis kelamin, umur, pekerjaan, domisili, anamnesis keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan penatalaksanaan. **Hasil:** Jumlah penderita urtikaria 699 pasien dari 18.815 pasien (3,7%) URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Perbandingan perempuan dan laki-laki 2,2:1 dengan rentang usia 40 tahun. Keluhan terbanyak adalah biduran dengan 353 (79,6%) pasien. Penyebab tersering adalah keluhan pada gigi yang didapatkan pada 100 (42,0%) pasien. Terapi yang paling banyak diberikan adalah dengan antihistamin H₁, sebanyak 221 (59,6%) pada pasien urtikaria akut dan 107 (35,9%) pada pasien urtikaria kronik. **Kesimpulan:** Pengobatan pada pasien urtikaria bervariasi. Sebagian ada yang mendapat antihistamin H₁ atau kombinasi Antihistamin H₁ + Antihistamin H₂, sebagian ada yang mendapat kombinasi kortikosteroid sistemik dan antihistamin.

Kata kunci: urtikaria, alergi-imunologi.

ABSTRACT

Background: Urticaria is defined as skin lesion consisting of a wheal-and-flare reaction in which localized intracutaneous edema (wheal), surrounded by an area of redness (erythema) that is typically pruritic. **Purpose:** To determine the general pattern of new urticaria patients at the Allergy-Immunology Division Dermato-Venereology outpatient clinic Dr. Soetomo General Hospital Surabaya since January 2007 until December 2009. **Methods:** This is a retrospective study, method was performed by evaluating medical record of patients with urticaria including visitation hospital visit, sex, age, occupation, place of residence, chief complaint, physical examination, laboratory examination, and management of the disease. **Result:** Out of all out going patients there were 699 patient with urticaria. The ratio between men and women was 2,2:1 with an age range of 40 years. The most common complaint was hives in 353 (79.6%) patients. The most common cause was tooth related complaints, in 100 (42.0%) patients. The most common applied therapy was antihistamin H₁, in 221 (59.6%) patients with acute urticaria and 107 (35.9%) patients with chronic urticaria. **Conclusion:** Treatment of patients with urticaria varies where some might receive antihistamin H₁ or combination of antihistamin H₁ and antihistamin H₂ and others might receive a combination of systemic corticosteroid and antihistamin.

Key words: urticaria, allergy-immunology.

Korespondensi: Vella, E-mail: vella_asnawi@yahoo.co.id

PENDAHULUAN

Urtikaria (*hives, biduren*) adalah erupsi eritematosa yang meninggi, terjadi secara singkat atau edema bagian dermis bagian atas dan berhubungan dengan rasa gatal.¹ Gambaran dari urtikaria yaitu (i) peninggian dengan berbagai ukuran baik dengan atau tanpa dikelilingi eritema, (ii) rasa gatal atau kadang-kadang timbul rasa terbakar dan (iii) kulit akan kembali normal, biasanya dalam waktu 1–24 jam.^{2,3} Angioedema didefinisikan

sebagai (i) peninggian pada lapisan bawah dermis dan subkutis; (ii) selain gatal dan menimbulkan rasa nyeri; (iii) biasanya melibatkan membran mukosa; dan (iv) kulit akan kembali dalam bentuk normal biasanya dalam 72 jam. Lesi angioedema berupa peninggian yang sering mengenai area wajah pada kelopak mata dan bibir. Angioedema juga dapat mengenai saluran gastrointestinal dan respiratorius menyebabkan nyeri abdomen, *coryza*, sesak, dan masalah pernapasan

lainnya. Bila mengenai saluran pernapasan juga dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.^{1,2,3,4}

Urtikaria merupakan penyakit dermatologis umum, 15–25% penduduk dalam waktu tertentu dalam hidupnya pernah mengalaminya. Urtikaria dapat terjadi pada semua jenis kelamin dan berbagai kelompok umur. Angka kejadian pada urtikaria akut (40–60%) dibandingkan pada urtikaria kronik (10–20%).^{5,6,7,8}

Berdasarkan waktu, urtikaria mempunyai 2 bentuk yaitu urtikaria akut (UA) yang berlangsung kurang dari enam minggu dan urtikaria kronik (UK) yang berlangsung lebih dari enam minggu. Urtikaria akut sering terjadi pada anak-anak.^{4,5} Penyebab paling umum untuk urtikaria akut adalah obat-obatan, vitamin, suplemen, makanan, *food additives*, minuman, infeksi, kontak alergi, bahan inhalasi, transfusi darah, vaksinasi.² Urtikaria kronik biasanya penyebabnya bukan lagi karena alergi makanan. Ada beberapa sumber yang bisa menimbulkan urtikaria kronik, yaitu faktor nonimunologik (bahan kimia, paparan fisik, zat kolinergik, infeksi dan penyakit infeksi) dan faktor imunologik.^{1,4} Penatalaksanaan utama pada semua bentuk urtikaria adalah pemberian antihistamin dengan pilihan utama antihistamin H₁. Di samping itu, sedapat mungkin dapat ditemukan faktor penyebab atau pencetus, sehingga dapat dihindari atau pun dihilangkan.^{9,10,11}

Tujuan penelitian meliputi tujuan umum yaitu untuk mengetahui gambaran umum penderita baru urtikaria dan melakukan evaluasi penatalaksanaan yang telah dilakukan pada penderita baru urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama kurun waktu tiga tahun, mulai tahun 2007–2009. Tujuan khusus adalah mengetahui jumlah penderita baru urtikaria, melakukan evaluasi penegakan diagnosis penderita urtikaria, melakukan evaluasi penatalaksanaan penderita urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama kurun waktu 3 tahun, mulai tahun 2007–2009.

Manfaat penelitian adalah penanganan penderita urtikaria pada masa yang akan datang menjadi lebih baik sehingga dapat mengurangi kekambuhan penderita.

METODE

Bahan penelitian diambil dari catatan medik penderita baru urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi

Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode tiga tahun, 1 Januari 2007–31 Desember 2009. Cara kerja penelitian dilakukan secara retrospektif dengan melihat catatan medik penderita urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 1 Januari 2007–31 Desember 2009, berdasarkan catatan medik dicatat: data dasar (jumlah penderita, distribusi umur), anamnesis (penyebab timbulnya urtikaria, keluhan, dan lama keluhan), pemeriksaan fisik (urtikaria, angioedema dan dermografisme), pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, urin lengkap, feses lengkap, gram/basah sekret vagina) dan penatalaksanaan (antihistamin H₁, antihistamin H₂, kortikosteroid, pirantel pamoat, laktas calsius, bedak salisil, urea).

HASIL

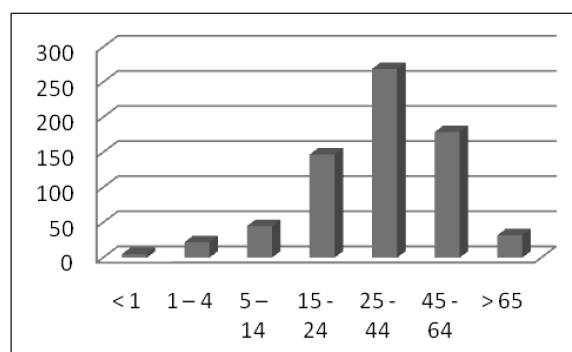
Dari penelitian ini penderita baru urtikaria terbanyak didapatkan pada kelompok umur 25–44 tahun, yaitu 269 penderita (38,5%), yang diikuti kelompok umur 45–64 tahun sebanyak 179 penderita (25,6%) dan kelompok umur 15–24 tahun sebanyak 147 penderita (21,0%). (Gambar 1).

Perbandingan antara jumlah penderita wanita lebih banyak dibanding penderita pria dengan rasio 2,2:1, dan selama kurun waktu 3 tahun jumlah penderita perempuan mencapai 481 (68,8%). (Gambar 2).

Jumlah kunjungan penderita urtikaria baru dalam waktu kurun tiga tahun mencapai 4,99% dari seluruh penderita baru yang datang ke Divisi Alergi-Imunologi. (Gambar 3).

Dari penelitian ini, 593 penderita (84,4%) mempunyai keluhan utama gatal bentol-bentol merah atau biasa disebut sebagai *biduren*, sedangkan keluhan

Grafik 1. Distribusi umur penderita baru urtikaria di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

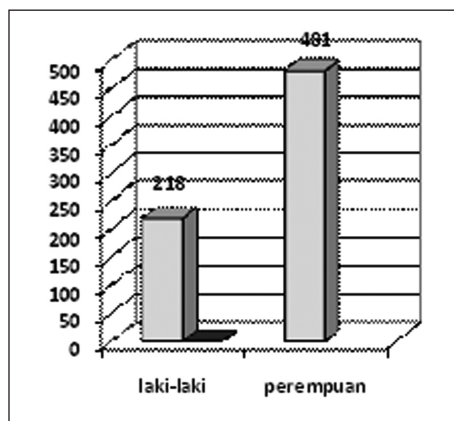


utama gatal didapatkan pada 72 penderita (10,3%) dan *biduren* disertai bengkak pada 34 penderita (4,9%). (Tabel 1)

Berdasarkan pembagian mulai sakit akut (< 6 minggu) dan kronik (≥ 6 minggu), didapatkan bahwa jumlah penderita urtikaria akut sebanyak 401 penderita (57,4%) dan jumlah penderita urtikaria kronis sebanyak 298 penderita (42,6%).

Faktor berpengaruh yang terbanyak adalah musim, yang didapatkan pada 313 penderita (63,6%).

Grafik 2. Distribusi jenis kelamin penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

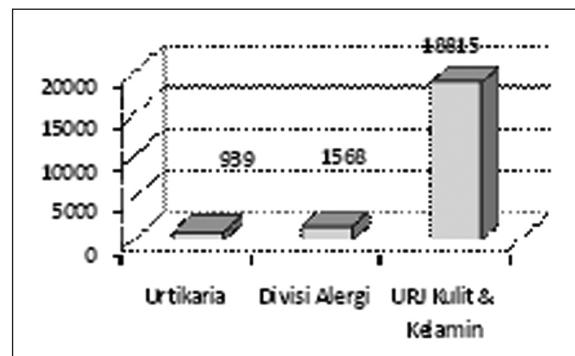


Sebagian besar dari mereka (83,7%) dipengaruhi oleh musim hujan. Faktor terbanyak berikutnya adalah makanan/minuman yang didapatkan pada 255 penderita (51,8%), berkeringat/kelelahan pada 48 penderita (2,0%) dan obat pada 46 penderita (9,3%). (Tabel 2).

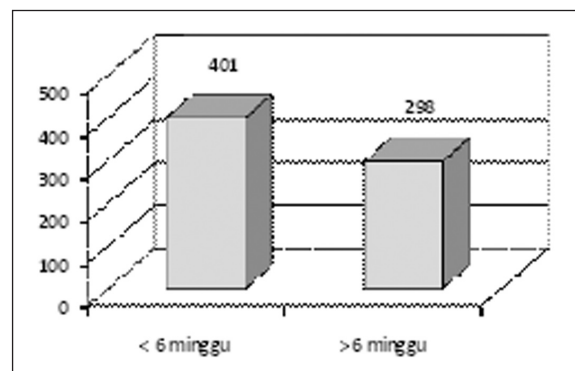
Untuk dapat mengetahui fokal infeksi, maka dilakukan konsultasi ke Unit Rawat Jalan Telinga

Hidung Tenggorokan dan Gigi Mulut, di mana tonsilitis dan gigi berlubang sering menjadi penyebab dari infeksi. Dari penelitian ini dilakukan

Grafik 3. Distribusi penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.



Grafik 4. Distribusi lama sakit berdasarkan akut (< 6 minggu) dan kronis (≥ 6 minggu) pada penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.



Tabel 1. Distribusi keluhan utama penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Keluhan utama	Urtikaria Akut				Urtikaria Kronis				Jumlah (%)
	Tahun				Tahun				
	2007	2008	2009	Jumlah (%)	2007	2008	2009	Jumlah (%)	
Gatal	14	1	28	43 (11,2)	6	1	22	29 (9,2)	72 (10,3)
Biduren	146	79	96	321 (83,4)	105	101	66	272 (86,6)	593 (84,8)
Biduren + bengkak	8	4	9	21 (5,5)	7	3	3	13 (4,1)	34 (4,9)
Jumlah	168	84	133	385 (100)	118	105	91	314 (100)	699 (100)

konsultasi ke bagian Gigi dan Mulut sebanyak 53 (40,2%) pasien. (Tabel 3).

Sebanyak 459 penderita (65,7%) menunjukkan efloresensi kulit pada pemeriksaan fisiknya, sedangkan pada 240 penderita (34,3%) tidak didapatkan efloresensi kulit. Sebagian besar penderita 353 (76,9%) menunjukkan efloresensi urtikaria saja, 39 (8,5%) penderita menunjukkan urtikaria disertai

demografisme, 33 (7,2%) penderita menunjukkan urtikaria dengan angioedema dan 12 (2,6%) penderita menunjukkan angioedema saja. (Tabel 4).

Pada 136 penderita (19,5%) dilakukan pemeriksaan laboratorium, terbanyak berupa pemeriksaan darah lengkap (75,7%), kemudian gram/basah sekret vagina (57,4%), urine lengkap (55,1%), feses lengkap (39,0%) dan hitung eosinofil (25,0%). (Tabel 5).

Tabel 2. Jenis faktor penyebab/faktor yang memengaruhi timbulnya urtikaria penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Faktor penyebab/ faktor yang memengaruhi	Urtikaria Akut				Urtikaria Kronis				Jumlah (%) (n = 492)
	Tahun				Tahun				
	2007	2008	2009	Jumlah (%) (n = 271)	2007	2008	2009	Jumlah (%) (n = 221)	
Obat	11	10	12	33 (12,2)	2	4	7	13 (5,9)	46 (9,3)
Makanan/minuman	58	31	55	144 (53,1)	32	35	44	111 (50,2)	255 (51,8)
Musim:	50	34	54	138 (50,9)	54	66	55	175 (79,2)	313 (63,6)
- Hujan	49	25	44	118 (85,5)	50	49	45	144 (82,3)	262 (83,7)
- Kemarau	1	9	10	20 (14,5)	4	17	10	31 (17,7)	51 (16,3)
Emosi	7	5	6	18 (6,6)	9	2	13	24 (10,8)	42 (8,5)
Pekerjaan	0	1	2	3 (1,1)	0	0	1	1 (0,4)	4 (0,8)
Bahan kontak:	3	2	6	11 (4,0)	5	5	6	16 (7,2)	27 (5,5)
- Karet	3	2	5	10 (90,9)	5	4	4	13 (81,3)	23 (85,2)
- Air dingin / Es	0	0	1	1 (9,1)	0	1	2	3 (10,7)	4 (14,8)
Menghirup:	4	4	5	13 (4,8)	3	2	10	15 (6,8)	28 (5,7)
- Debu	4	4	5	13 (100)	2	2	9	13 (86,7)	26 (92,9)
- Bulu hewan	0	0	0	0	1	0	1	2 (13,3)	2 (7,1)
Lain-lain:									
- Keringat/kelelahan	10	5	8	23 (8,4)	17	4	4	25 (11,3)	48 (9,8)
- Tekanan	2	1	1	4 (1,5)	3	1	2	6 (2,7)	10 (2,0)

Tabel 3. Jenis penyakit lain yang diderita penderita baru urtikaria Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Penyakit lain	Akut				Kronis				Jumlah (%)
	Tahun				Tahun				
	2007	2008	2009	Jumlah (%)	2007	2008	2009	Jumlah	
Gigi	22	10	21	53 (40,2)	22	11	14	47	100 (42,0)
Atopi	13	8	7	28 (21,2)	7	7	8	22	50 (21,0)
Penyakit kulit lain	10	4	5	19 (14,4)	4	4	1	9	28 (11,8)
Dispepsia	2	1	2	5 (3,8)	1	2	2	5	10 (4,2)
Inf. Saluran Napas	1	2	1	4 (3,0)	1	3	2	6	10 (4,2)
Telinga	1	0	0	1 (0,8)	1	0	0	1	2 (0,8)
Diabetes mellitus	4	2	2	8 (6,1)	2	2	4	8	16 (6,7)
Post partum	1	0	0	1 (0,8)	0	0	0	0	1 (0,4)
Kehamilan	0	0	1	1 (0,8)	0	0	1	1	2 (0,8)
Lain-lain	6	2	4	12 (9,1)	3	3	1	7	19 (8,0)
Jumlah	60	29	43	132 (100)	41	32	33	106	238 (100)

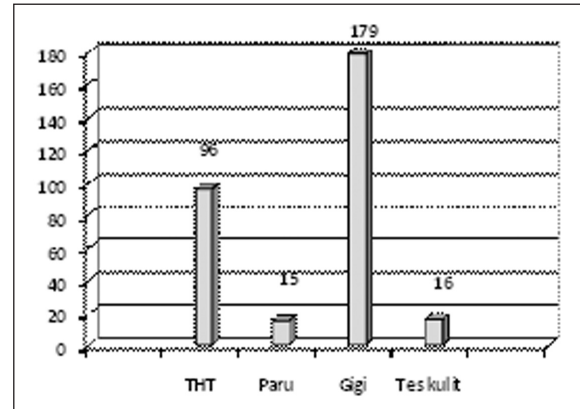
Pemeriksaan lain yang paling sering dilakukan adalah konsultasi gigi sebanyak 179 penderita (57,6%), kemudian konsultasi THT sebanyak 96 penderita (30,9%), tes kulit pada 16 penderita (5,1%) dan konsultasi paru 15 penderita (4,8%). (Gambar 5).

Pengobatan yang diberikan kepada penderita urtikaria akut terbanyak adalah antihistamin H₁ saja sebanyak 221 penderita (59,6%), dalam hal ini pilihan obat tersering adalah mebhidrolin napadisilat. Pengobatan yang diberikan kepada penderita urtikaria kronis terbanyak adalah kombinasi antihistamin H₁ dengan antihistamin H₂ sebanyak 188 penderita (63,1%), dengan pilihan obat tersering kombinasi Mebhidrolin dan simetidin. (Tabel 6)

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini jumlah penderita wanita lebih banyak dibanding penderita pria dengan rasio 2,2:1 dan dalam kurun waktu 3 tahun jumlah penderita perempuan mencapai 69,5%. Baik UA maupun UK paling banyak terjadi pada kelompok umur 25–44 tahun, berikutnya adalah kelompok umur 45–64

Grafik 5. Jenis pemeriksaan lain penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.



tahun, dan jenis kelamin terbanyak pada kelompok ini adalah wanita. Hal ini sesuai dengan suatu penelitian retrospektif yang dilakukan di Jerman dalam periode

Tabel 4. Jenis efloresensi pada pemeriksaan fisik penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Efloresensi	Tahun			Jumlah (%) n = 459
	2007	2008	2009	
Urtikaria	118	110	125	353 (76,9)
Urtikaria + angioedema	15	7	11	33 (7,2)
Urtikaria + angioedema + dermografisme	2	1	0	3 (0,7)
Urtikaria + dermografisme	7	13	19	39 (8,5)
Angioedema	8	2	2	12 (2,6)
Angioedema + dermografisme	1	0	1	2 (0,4)
Dermografisme	2	12	3	17 (3,7)

Tabel 5. Jenis pemeriksaan laboratorium penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Pemeriksaan laboratorium	Tahun			Jumlah (%) (n = 136)
	2007	2008	2009	
Darah Lengkap	33	34	36	103 (75,7)
LFT	4	3	5	12 (8,8)
RFT	2	4	3	9 (6,6)
Hitung Eosinofil	12	8	14	34 (25,0)
IgE	1	2	2	5 (3,7)
Faeses lengkap	26	14	13	53 (39,0)
Urine lengkap	36	21	19	76 (55,1)
Gram/Basah	34	21	23	78 (57,4)
VDRL/Komplemen serum/Cryoglobulin/ANA/Cold hemolisin/Cryo fibrinogen	0	0	0	0

Tabel 6. Distribusi penatalaksanaan penderita baru urtikaria Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2007–2009.

Pengobatan	Akut				Kronis				Jumlah (n = 669)
	2007	2008	2009	Jumlah (%) (n = 371)	2007	2008	2009	Jumlah (%) (n = 298)	
Antihistamin H ₁	51	40	130	221 (59,6)	14	37	56	107 (35,9)	328 (49,0)
- CTM	9	5	1	15 (4,0)	5	6	0	11 (3,7)	26 (3,9)
- Mebhidrolin	28	23	59	110 (29,6)	6	5	20	31 (10,4)	141 (21,1)
napadisilat									
- Hidroksisin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Loratadine	8	7	51	66 (17,9)	1	22	24	47 (15,8)	113 (16,9)
- Citirizin	6	5	19	30 (8,1)	2	4	12	18 (6,0)	48 (7,2)
Antihistamin H ₁ + H ₂	107	54	26	187 (50,4)	101	51	36	188 (63,1)	375 (56,1)
- CTM + simetidin	1	1	1	3 (0,8)	2	1	0	3 (1,0)	6 (0,9)
- Hidroksisin + simetidin	4	1	0	5 (1,3)	1	1	1	3 (1,0)	8 (1,2)
- Mebhidrolin + simetidin	57	24	14	95 (25,6)	71	32	17	120 (40,3)	215 (32,1)
- Loratadine + simetidin	40	25	11	76 (20,5)	26	16	17	59 (19,8)	135 (20,2)
- Interhistin + simetidin	5	3	0	8 (2,1)	1	1	1	3 (1,0)	11 (1,6)
Antihistamin H ₁ +H ₂ +KS	3	4	3	10 (2,7)	1	3	2	6 (2,0)	16 (2,4)
- CTM+simetidin + deksametason	0	1	0	1 (0,3)	0	1	0	1 (0,3)	2 (0,3)
- Mebhidrolin + simetidin + deksametason	2	2	3	7 (1,9)	1	1	0	2 (0,6)	9 (1,3)
- Loratadin + simetidin + deksametason	1	1	0	2 (0,5)	0	1	2	3 (1,0)	5 (0,7)
Antihistamin H ₁ + KS	7	4	9	20 (5,4)	2	2	2	6 (2,0)	26 (3,9)
- CTM + deksametason	2	1	0	3 (0,8)	1	0	1	2 (0,6)	5 (0,7)
- Hidroksisin + deksametason	1	0	1	2 (0,5)	0	0	0	0	2 (0,3)
- Loratadine + deksametason	2	2	5	9 (2,4)	1	1	1	3 (1,0)	12 (1,7)
- Mebhidrolin+ deksametason	2	1	3	6 (1,6)	0	1	0	1 (0,3)	7 (1,0)
Masuk Rumah Sakit	2	1	0	3 (0,8)	2	1	2	5 (1,8)	8 (1,1)
Tambahan:									
- Pirantel palmoate	62	55	63	180 (48,5)	56	33	56	145 (48,6)	309 (46,2)
- Laktas kalsikus	100	52	12	164 (44,2)	82	56	8	146 (49,0)	310 (33,3)
- Bedak salisil	63	12	2	77 (20,8)	51	15	3	69 (23,2)	146 (21,8)
- Urea	0	2	5	7 (1,9)	0	2	1	3 (1,0)	10 (1,4)

waktu 4 tahun didapatkan perbandingan wanita dan pria dengan rasio 2:1 dengan rata-rata usia 40 tahun.^{4,6}

Jumlah kunjungan penderita baru urtikaria periode 2007 hingga 2009 sebanyak 699 penderita, yang

merupakan 44,6% dari jumlah kunjungan penderita baru di Divisi Alergi-imunologi, sedangkan sisanya adalah penderita dermatitis atopik dan dermatitis kontak. Penderita baru urtikaria mencapai 4,99% dari jumlah kunjungan penderita baru di Unit Rawat Jalan

Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Kurang lebih 15–20% dari suatu populasi pernah mengalami urtikaria semasa hidup mereka.² Dari suatu penelitian, urtikaria terdapat pada 6–7% anak-anak sebelum sekolah. Dilihat dari semua umur didapatkan 50% urtikaria dengan angioedema, 40% hanya urtikaria saja dan 10% hanya angioedema.⁵ Dari penelitian lain didapatkan 40% didapatkan urtikaria dengan angioedema, hanya urtikaria saja 40%, dan 11–20% hanya angioedema.² Pada penelitian ini jumlah penderita UA dan UK tidak terlalu banyak berbeda, masing-masing 57,4% dan 42,6%.

Berbagai faktor dapat menyebabkan urtikaria. Faktor-faktor seperti stres (16–46%), dermatografisme (13–52%), heat (23–31), latihan (15–22%), obat (8–15%), dingin (13%), dan mengonsumsi alkohol (4–9%)^{4,6,12} Dikatakan bahwa penyebab UA dapat ditemukan dengan pasti pada sekitar 50% dari kasus, sedangkan pada UK lebih dari 80% kasus penyebabnya tidak dapat diketahui.^{1,13,14,15} Pada penelitian ini dari anamnesa didapatkan bahwa 114 (29,6%) kasus UA dan hanya 93 (29,6%) kasus UK tidak diketahui penyebab atau faktor-faktor yang memengaruhinya.

Berbagai jenis makanan yang dapat memengaruhi timbulnya urtikaria seperti *seafood*, ikan, kacang, telur, coklat, susu, buah, serta bahan pengawet/pewarna/tambahan makanan lainnya.^{1,2,13} Pada penelitian ini faktor makanan didapatkan pada sebagian penderita (51,8%), terbanyak adalah ikan (74,5%), kemudian telur (24,7%), ayam (23,9%), serta beberapa penderita yang dipengaruhi oleh bahan pewarna/penambah rasa, buah, kacang, susu, dan coklat.

Beberapa jenis obat dapat memengaruhi timbulnya urtikaria, tersering adalah golongan penisilin, aspirin dan NSAID lainnya.^{1,2,8,16} Dikatakan bahwa persentasi aspirin sebagai pencetus urtikaria sebanyak 30–67% kasus. Di beberapa negara dilaporkan aspirin (*Acetylsalicylic acid*) menyebabkan akut urtikaria dan angioedema.² Pada penelitian ini obat tersering adalah parasetamol (26,1%). Hal ini kemungkinan disebabkan karena obat tersebut banyak didapatkan dipasaran sehingga mudah diingat dan dapat dibeli secara bebas. Infeksi bakteri, virus, parasit maupun jamur dapat menjadi faktor eksaserbasi UA maupun UK.^{3,4} Beberapa penyakit sistemik seperti limfoma, leukemia, demam rematik dan endokrinopati seperti hipertiroid, menstruasi, hormon, dapat menimbulkan urtikaria.^{17,18,19} Pada penelitian ini, 34,0% penderita mempunyai penyakit lainnya, terbanyak adalah infeksi pada gigi (42,0%). Tingginya angka infeksi gigi

tersebut kemungkinan disebabkan karena kepedulian masyarakat terhadap kesehatan gigi masih kurang.

Dari penelitian yang dicantumkan pada literatur bahwa 40% kasus urtikaria berdiri sendiri, 11–20% dengan angioedema dan 40% dengan urtikaria disertai angioedema.^{3,5} Sedangkan pada penelitian ini, sebagian besar penderita (76,9%) menunjukkan efloresensi urtikaria saja, 7,2% penderita menunjukkan urtikaria dan angioedema, 3,7% penderita dermatografisme saja dan 2,6% penderita angioedema saja. Kemungkinan besar hal ini disebabkan pada kasus angioedema penderita akan segera mencari pertolongan cepat dengan mendatangi instalasi rawat darurat. Pada penderita dengan UA sering kali tidak memerlukan pemeriksaan laboratorium yang menyeluruh kecuali pemeriksaan tes kulit untuk menegakkan diagnosis adanya faktor makanan sebagai penyebab. Sedangkan pada UK pemeriksaan laboratorium penting untuk dilakukan untuk mencari penyebab.

Pada penelitian ini sebagian besar penderita (80,5%) tidak menjalani pemeriksaan laboratorium. Pada keadaan ini sering kali didapatkan penderita tidak kembali lagi setelah diberi obat dan pengantar untuk pemeriksaan laboratorium. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh pertimbangan ekonomi penderita atau juga dikarenakan penderita merasa gejala segera hilang setelah pemberian obat sehingga menganggap tidak memerlukan pemeriksaan laboratorium. Pada sebagian kecil penderita yang menjalani pemeriksaan laboratorium tidak keseluruhannya tercantum hasil pemeriksaan laboratoriumnya, sehingga sulit dilakukan evaluasi hasil pemeriksaan dan kaitannya dengan urtikaria. Konsultasi yang tersering dilakukan adalah ke URJ Gigi dan Mulut, mengingat penyakit gigi paling banyak didapatkan pada penderita. Konsultasi di bagian lain seperti bagian THT dan Paru adalah untuk mencari fokal infeksi.⁴

Pada penelitian ini hampir sebagian penderita UA maupun UK mendapat pengobatan antihistamin H₁ saja, masing-masing 59,6% dan 35,9%. berikutnya kombinasi antihistamin H₁ dan antihistamin H₂, didapatkan 50,4% pada UA dan 63,1% pada UK. Terdapat 5,4% penderita UA yang mendapat kombinasi kortikosteroid sistemik dan antihistamin, sedangkan pada UK sebanyak 3,9%. Pada pengobatan urtikaria akut dalam hal ini perlu mendapat perhatian, mengingat hampir sebagian kasusnya ditambahkan antihistamin H₂ sebagai terapi awal.^{2,7,10,11} Walaupun umumnya antihistamin dapat mengatasi gejala urtikaria, pada kasus yang berat memerlukan kortikosteroid. Penggunaan kortikosteroid sistemik

bertujuan untuk mengurangi gejala pasien dengan urtikaria, walaupun memberikan hasil yang tidak memuaskan. Kortikosteroid Sistemik ini tidak boleh digunakan dalam jangka waktu yang panjang, karena bisa menimbulkan efek samping yang lebih parah.^{9,20,21,22}

Sebagian besar penderita (71,1%) pada penelitian ini tidak melakukan kunjungan ulangan. Demikian pula penderita yang melakukan kunjungan ulangan, tidak keseluruhannya tercatat kondisi keluhan dan gejala saat kunjungan ulangan, sehingga evaluasi sembuh dan kambuh sulit dilakukan. Kunjungan ulang yang rendah ini kemungkinan disebabkan oleh bermacam-macam hal antara lain merasa penyakitnya sudah sembuh sehingga merasa tidak perlu kontrol kembali, mencoba meneruskan obat sendiri selama keluhan masih dirasakan, penyakit yang timbul kumat-kumatan, masalah biaya, pergi ke tempat pengobatan lain atau karena kurang Konseling Informasi dan Edukasi (KIE) tentang penyakit urtikaria itu sendiri.

Pada studi retrospektif ini didapatkan pengobatan yang bervariasi pada urtikaria, sebagian penderita ada yang hanya mendapat antihistamin H₁ atau kombinasi antihistamin H₁ dan antihistamin H₂. Ada juga yang mendapatkan pengobatan kombinasi antara kortikosteroid sistemik dan antihistamin.

KEPUSTAKAAN

- Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Fitzpatrick TB, et al., editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 330–43.
- Frigas E, Park MA. Acute Urticaria and Angioedema. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 239–50.
- Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol* 2007; 87: 196–205.
- Buss YA, Garrelfs UC, Sticherling M. Chronic urticaria— which clinical parameters are pathogenetically relevant? A retrospective investigation of 339 patients. *JDDG*: 2007; 5: 22–9.
- Baxi S, Dinakar C. Urticaria and angioedema. *Med Clin N Am* 2005; 25: 353–67.
- Najib U, Bajwa ZH, Ostro MG, Sheikh J. A retrospective review of clinical presentation, thyroid autoimmunity, laboratory characteristics, and therapies used in patients with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 103: 496–501.
- Jariwala Sp, Moday H, Fodeman J. The Urticaria Severity Score: a sensitive questionnaire/index for monitoring response to therapy in patients with chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 102: 475–82.
- Dibern AD. Urticaria: Selected Highlights and recent advances. *Med Clin N Am* 2006; 90: 187–209.
- Nettis E, Colagiuri GF, Leo ED. Once daily levocetirizine for the treatment of allergic rhinitis and chronic idiopathic urticaria. *J of Asthma and Allergy* 2009; 2: 17–23.
- Inomata N, Tatewaki S, Ikezawa Z. Multiple H1-antihistamine-induced urticaria. *J of Dermatol* 2009; 36: 224–7.
- Rodriguez R, Gonzalez-Gutierrez ML. Urticaria Caused by Antihistamines: Report of 5 Cases. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009; 19(4): 317–20.
- Dice JP. Physical urticaria. *Med Clin N Am* 2004; 24: 225–46.
- Sudha Y, Amitabh U, Bajaj AK. Chronic urticaria: an overview. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006; 51: 171–7.
- Wedi B, Raap U, Wiczorek D. Urticaria and infections. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2009; 5: 10.
- Martina MA, Patrick M, Jan R, Jan D. Laboratory tests and identified diagnosis in patients with physical and chronic urticaria and angioedema: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 409–16.
- Maurer M, Ortonne JP. Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor-patient relation. *Journal compilation*. 2009 Blackwell Munksgaard Allergy 2009; 64: 581–8.
- Theoharides TC, Kampuraj D, Marchand J. Urticaria pigmentosa associated with acute stress and lesional skin mast-cell expression of CRF-R1. *Clin and Exp Dermatol* 2008; 34: 163–6.
- Tosoni C, Lodi-Rizzini F, Cinquini M, Pasolini G: A reassessment of diagnostic criteria and treatment of idiopathic urticarial vasculitis: a retrospective study of 47 patients. *Clin and Exp Dermatol* 2008; 34: 166–70.
- A.P Kaplan, Graves M. Pathogenesis of chronic urticaria. *Clin and Exp Dermatol* 2009; 39: 777–87.
- Zuberbier T, Asero R, Canonica W. Guideline; Management of Urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1427–43.
- Lorenzo DG, D'alcamo A, Rizzo M. Leukotriene receptor antagonists in monotherapy or in combination with antihistamines in the treatment of chronic urticaria: a systematic review. *J of Asthma and Allergy* 2009; 2: 9–16.
- Pacor ML, Lorenzo GD, Corrocher R. Efficacy of leukotriene receptor antagonist in chronic urticaria. A double-blind, placebo-controlled comparison of treatment with montelukast and cetirizine in patients with chronic urticaria with intolerance to food additive and/or acetylsalicylic acid. *Clin and Exp Dermatol* 2001; 31: 1607–14.