

URTIKARIA PADA PEREMPUAN USIA 39 TAHUN : LAPORAN KASUS

*Moh. Wahid Agung¹, Diany Nurdin², M. Sabir^{3,4}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, Indonesia, 94118

²Departement of Dermato-Venerreology, Undata General Hospital – Palu, Indonesia, 94118

³Departement of Medical Microbiology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, Indonesia, 94118

⁴Departement of Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine Tadulako University Palu, Indonesia, 94118

*Correspondent Author : wahidagung7795@gmail.com

ABSTRACT

Background : *Urticaria is a skin reaction due to various cause, urticaria consists of various conditions such as local edema (swelling) which suddenly arises and slowly disappears, reddish and pale, rises on the skin surface and itchy. Acute urticaria has a duration of less than 6 weeks while chronic urticaria is more than 6 weeks. Risk factors for urticaria are; personal and family history of atopy, history of allergies, history of physical trauma to activities, history of insect bites / stings, consumption of drugs (NSAIDs, mostly penicillin antibiotics, diuretics, immunizations, injections, hormones, laxatives, etc.), food intake (eggs, shrimp, fish, peanuts, etc.), history of parasitic infections and investigations, autoimmune and collagenous diseases, the average age is 35 years, and a history of trauma due to physical factors (heat, cold, sunlight, UV rays, radiation).*

Case Summary : *The case was a 39-year-old female patient who were administered to the dermatovenereology clinic of Undata Hospital Palu and diagnosed with urticaria*

Conclusion : *Urticaria is a skin reaction caused by various things, a comprehensive diagnosis are needed to determine the etiology of urticaria. Treatment of urticaria includes administration of antihistamines and corticosteroids. Chronic urticaria requires special treatment from dermatovenereologist..*

Keywords : *Urticaria, acute, chronic*

ABSTRAK

Latar Belakang : *Urtikaria adalah reaksi pada kulit akibat bermacam-macam sebab, Urtikaria terdiri dari berbagai kondisi ditandai dengan munculnya edema (bengkak) setempat yang timbul secara mendadak dan menghilang perlahan-lahan, berwarna kemerahan dan pucat, meninggi di permukaan kulit dan terasa gatal. Urtikaria akut memiliki durasi kurang dari 6 minggu sedangkan urtikaria kronik lebih dari 6 minggu. Faktor risiko urtikaria antara lain; riwayat atopi pada diri dan keluarga, riwayat alergi, riwayat trauma fisik pada aktifitas, riwayat gigitan/sengatan serangga, konsumsi obat-obatan (NSAID, antibiotik tersering penisilin, diuretik, imunisasi, injeksi, hormon, pencakar, dan sebagainya), konsumsi makanan (telur, udang, ikan, kacang, dan sebagainya), riwayat infeksi dan investasi parasit, penyakit autoimun dan kolagen, usia rata-rata adalah 35 tahun, dan riwayat trauma faktor fisik (panas, dingin, sinar matahari, sinar UV, radiasi).*

Ringkasan Kasus : *Kasus ini merupakan kasus pada seorang pasien perempuan berusia 39 tahun yang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Undata Palu dan didiagnosis dengan urtikaria*

Kesimpulan : *Urtikaria merupakan reaksi kulit yang disebabkan oleh berbagai macam hal, penegakan diagnosis yang komprehensif diperlukan untuk menentukan etiologi dari urtikaria. Pengobatan urtikaria meliputi pemberian anti histamin dan kortikosteroid. Urtikaria kronik memerlukan penanganan khusus dari dokter spesialis kulit dan kelamin.*

Kata Kunci : *Urtikaria, akut, kronik*

PENDAHULUAN

Urtikaria adalah reaksi pada kulit akibat bermacam-macam sebab. Sinonim penyakit ini adalah biduran, kaligata, *hives*, *nettle rash*. Ditandai oleh edema (bengkak) setempat yang timbul secara mendadak dan menghilang perlahan-lahan, berwarna kemerahan dan pucat, meninggi di permukaan kulit, sekitarnya dapat dikelilingi halo (bulatan).⁽¹⁾

Urtikaria umumnya diklasifikasikan sebagai akut atau kronis, tergantung pada durasi gejala dan keberadaannya atau tidak adanya rangsangan yang memicu. Urtikaria akut adalah urtikaria dengan atau tanpa angioedema yang berlangsung kurang dari 6 minggu. Urtikaria kronis didefinisikan sebagai urtikaria dengan atau tanpa angioedema yang berkelanjutan atau tidak selama 6 minggu atau lebih.⁽²⁾

Menurut sebuah studi Jerman, hingga 20% dari populasi akan mengalami episode urtikaria di beberapa titik dalam hidup mereka. Seumur hidup keseluruhan tingkat prevalensi urtikaria telah dilaporkan sebagai 8,8% dari populasi. Pada waktu tertentu, kronis urtikaria mempengaruhi hingga 1% dari populasi umum. Baik anak-anak dan orang dewasa dapat memperoleh urtikaria tetapi tampaknya lebih umum di kalangan orang dewasa, dengan wanita lebih sering terkena daripada pria. Usia rata-rata pasien menunjukkan bahwa kondisi tersebut biasanya dimulai pada dekade ketiga hingga kelima kehidupan. Tidak bisa diandalkan bukti tersedia mengenai perbedaan dalam prevalensi antara ras atau kelompok etnis.⁽³⁾

Faktor risiko urtikaria antara lain; riwayat atopi pada diri dan keluarga, riwayat alergi,

riwayat trauma fisik pada aktifitas, riwayat gigitan/sengatan serangga, konsumsi obat-obatan (NSAID, antibiotik tersering penisilin, diuretik, imunisasi, injeksi, hormon, pencahar, dan sebagainya), konsumsi makanan (telur, udang, ikan, kacang, dan sebagainya), riwayat infeksi dan infestasi parasit, penyakit autoimun dan kolagen, usia rata-rata adalah 35 tahun, dan riwayat trauma faktor fisik (panas, dingin, sinar matahari, sinar UV, radiasi).⁽⁴⁾

Plak urtikaria memiliki tiga karakteristik yaitu kemerahan, melepuh, dan gatal. Terkadang disertai dengan sensasi terbakar. Lesi dapat terjadi di mana saja pada tubuh dan pulih sekitar 2–3 jam tanpa bekas. Pemulihan spontan ini kadang dapat terjadi lebih dari 1 hari. Dermografisme adalah eritema dan edema yang terjadi sekitar 10-20 menit setelah terjadinya trauma mekanik di kulit. Sementara itu kondisi ini mungkin ditemui di hampir setengah dari populasi, jika terasa gatal maka entitas ini disebut dermatografi urtikaria. Keadaan ini dijumpai di sekitar 4% masyarakat.⁽⁵⁾

Diagnosis urtikaria biasanya ditegakkan secara klinis. Langkah pertama dalam mengevaluasi urtikaria dan angioedema adalah riwayat dan pemeriksaan fisik untuk menentukan lesi dan membantu mengidentifikasi penyebab. Informasi yang harus diperoleh termasuk onset, waktu (misalnya dengan siklus menstruasi, jika berhubungan),

lokasi, dan tingkat keparahan gejala; gejala terkait, yang dapat menyarankan anafilaksis;

dan potensi pemicu lingkungan. Bagian penting lain dari riwayat penyakit termasuk obat-obatan dan penggunaan suplemen, (terutama yang baru atau dosis yang diubah), alergi, infeksi baru, riwayat perjalanan, riwayat keluarga, tinjauan lengkap untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab dan gejala sistemik penyakit. Riwayat seksual, riwayat penggunaan narkoba, dan riwayat transfusi mungkin memberikan informasi penting tentang penyebab resiko penyakit menular seperti hepatitis dan HIV.⁽⁶⁾

Laporan Kasus urtikaria ini jarang terjadi di RSUD Undata, oleh sebab itu timbul ketertarikan untuk melaporkan salah satu kasus urtikaria pada dewasa yang ditemukan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Undata Palu untuk memberikan gambaran urtikaria dan cara mendiagnosis mulai dari anamnesis, pemeriksaan

fisik, pemeriksaan penunjang yang diperlukan hingga penatalaksanaannya.

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan umur 39 tahun datang ke poliklinik kesehatan kulit dan kelamin RSUD, dengan keluhan gatal-gatal dan kemerahan pada telapak tangan dan lengan tangan sejak 3 hari yang lalu. Awalnya pasien merasa gatal pada bagian punggung telapak tangan sebelah kiri kemudian digaruk yang semakin lama semakin menyebar ke lengan bawah kiri muncul kemerahan dan bintil-bintil pada kedua telapak tangan dan lama-kelamaan menyebar ke lengan kanan dan perut. Tetapi rasa gatalnya datang kembali setelah mengkonsumsi telur dan mie instan. Pasien juga mengaku mengalami flu dan mata berair pada pagi hari. Pasien pernah menderita hal yang serupa dan belum pernah datang ke RS sebelumnya. Riwayat hipertensi dan diabetes mellitus disangkal.



Gambar 1 : Pasien perempuan usia 39 tahun. Pada perut tampak makula eritem difus berbatas tegas



Gambar 2 : Pasien perempuan usia 39 tahun. Tampak papul eritem difus pada punggung telapak tangan kiri



Gambar 2 : Pasien perempuan usia 39 tahun. Tampak lesi urtika pada lengan bawah tangan kanan

RESUME

Pasien perempuan umur 39 tahun datang ke poliklinik kesehatan kulit dan kelamin RSUD, dengan keluhan gatal-gatal dan kemerahan pada telapak tangan dan lengan tangan sejak 3 hari yang lalu. Awalnya pasien merasa gatal pada bagian punggung telapak tangan sebelah kiri kemudian digaruk yang semakin lama semakin menyebar ke lengan bawah kiri muncul kemerahan dan bintil-bintil pada kedua telapak tangan dan lama-kelamaan menyebar ke lengan kanan dan perut. Tetapi rasa gatalnya datang kembali setelah mengkonsumsi telur dan mie instan. Pasien juga mengaku mengalami flu dan mata berair pada pagi hari. Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan makula eritem pada perut pasien, papul eritem difus pada palmar sinistra bagian dorsal, dan lesi urtika pada ante brachium sinistra. Pasien didiagnosis dengan urtikaria dan mendapatkan terapi yakni Cetirizine 1x10 mg dan Metilprednisolon 3x4 mg, untuk terapi topikal diberikan krim menthol 2%.

DISKUSI

Penegakan diagnosis pada kasus ini dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang untuk menegakan diagnosis dengan tepat.

Urtikaria merupakan suatu kelompok penyakit yang mempunyai kesamaan pola reaksi kulit yang khas yaitu perkembangan lesi kulit urtikarial yang berakhir 1- 24 jam dan/atau angioedema yang berakhir sampai 72 jam. Urtikaria akut memiliki durasi kurang dari 6 minggu sedangkan urtikaria kronik lebih dari 6 minggu. Urtikaria akut biasanya dapat ditangani

dengan mudah, namun adanya manifestasi klinis angioedema dapat menyebabkan obstruksi nafas apabila mengenai laring dan merupakan suatu kegawatan. Urtikaria kronis diasosiasikan dengan tingginya angka morbiditas dan penurunan kualitas hidup. Angioedema dan lesi urtikaria yang bertahan lebih dari 72 jam merupakan indikasi pasien dirawat di rumah sakit.⁽⁷⁾

Lebih dari setengah kasus urtikaria kronis, *wheals* disertai dengan pembengkakan jaringan kulit dan subkutan yang lebih dalam disebut sebagai angioedema, yang dapat bertahan untuk beberapa hari.⁽⁸⁾

Beberapa laporan menunjukkan bahwa urtikaria kronis dapat muncul melalui interaksi antara sistem saraf dan sistem kekebalan tubuh. Gejala mungkin timbul dari aktivasi sel mast, muncul melalui saluran seperti hipotalamus-hipofisis, aksis adrenokortikal, simpatis dan sistem adreno-meduler dan serabut saraf kulit. Studi lain mengusulkan bahwa mekanisme yang berhubungan dengan stres berhubungan untuk urtikaria kronis. Stres psikologis akut membuat pengaktifan sel mast di kulit. Di sisi lain, ada beberapa gejala fisik urtikaria kronis yang dapat menjadi pemicu stres, atau peningkatan gejala kecemasan, termasuk: gatal, terjadinya bengkak, kelelahan, rasa sakit, dan insomnia, yang selanjutnya dapat meningkatkan gejala kejiwaan seperti depresi dan kecemasan.⁽⁹⁾

Telah diamati bahwa plasma autologous, antikoagulan dengan zat selain heparin, menghasilkan tanggapan positif autoreaktif dalam persentase pasien yang lebih tinggi dari tes kulit serum autologus (ASST). Sebagai serum dan plasma tidak berbeda dalam konten autoantibodi mereka, pengamatan ini menunjuk pada kemungkinan peran faktor pembekuan di reaksi *wheal-and-flare*. Telah beralasan bahwa plasma mengandung lebih banyak faktor koagulasi dan komplemen, sementara konsumsi faktor-faktor tersebut dalam serum selama pembentukan jendalan bertanggung jawab atas perbedaan reaktivitas dari *autologous plasma* dan serum. Dengan demikian telah disimpulkan bahwa kaskade pembekuan dapat terlibat dalam patogenesis urtikaria dan ini dapat memberikan penjelasan untuk efek terapi yang dicatat pada beberapa pasien dengan obat aktif pada sistem koagulasi.⁽¹⁰⁾

Kemerahan, bengkak, dan gatal pada *wheals* yang patognomonis adalah korelasi klinis

vasodilatasi, peningkatan permeabilitas pembuluh darah dengan kebocoran cairan ke jaringan, dan stimulasi ujung saraf sensorik dihasilkan pada saat aktivasi, degranulasi, dan pelepasan zat vasoaktif oleh sel mast dermal. Sel mast mengandung banyak butiran elektro-padat dengan mediator yang sebelumnya telah dibentuk dan diaktifkan, termasuk efektor mediator seperti histamin, sitokin, dan kemokin. Pelepasan mereka mendahului generasi metabolit asam arakhidonat, misalnya prostaglandin D₂ (PGD₂) dan leukotriene E₄ (LTE₄), dan faktor aktivasi platelet (PAF). Diantara mediator disintesis oleh sel mast seperti *Tumor Necrosis Factor* (TNF) - α , interleukin (IL) -1, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-16, CCL-2, CCL-3, dan RANTES, *Transglutaminase* (TG) 2 telah diidentifikasi di kulit dan darah perifer pasien urtikaria kronik. Mediator ini dapat bertindak sebagai *chemoattractants* untuk eosinofil, neutrofil, dan sel T. Memang, kulit urtikaria menampung campuran infiltrat perivaskular konsisten dengan monosit, eosinofil, basofil, dan terutama CD4 + Sel T sitokin memulai T helper (Th) 2.⁽¹¹⁾

Untuk urtikaria akut, *skin testing* atau *immunoassays* untuk mengidentifikasi pemicu spesifik untuk urtikaria akut dan angioedema dapat membantu jika penyebab alergi dipertimbangkan. *Skin testing* dalam hal ini biasanya akan dilakukan setelah resolusi akut urtikaria dan setelah penundaan antihistamin atau melalui uji serologis dengan adanya dermatografi yang signifikan. Walaupun biopsi kulit tidak diindikasikan pada kebanyakan kasus urtikaria akut dan angioedema, kadang-kadang berguna untuk membedakan kondisi ini dari gangguan peradangan lainnya. Penyebab umum urtikaria akut dan angioedema, termasuk obat-obatan dan makanan, harus diidentifikasi dengan riwayat yang terperinci dan dihilangkan, jika memungkinkan.⁽¹²⁾

Jika penyebabnya bisa diidentifikasi, hilangkan penyebabnya. Misalnya urtikaria yang dipicu oleh obat-obatan, penghentian obat penyebab akan meredakan keluhan gatal-gatal. Hindari faktor yang memperparah, seperti konsumsi minuman beralkohol. Disarankan untuk menggunakan krim atau lotion secara teratur tanpa parfum menjaga kulit tetap lembab dan mengurangi sensitivitas kulit. Faktor pencetus, seperti menggaruk, memakai pakaian ketat,

membawa barang yang berat, pijatan yang bersifat menggesek, uap panas, lulur, memakai parfum, paparan sinar matahari yang tinggi, dan paparan terhadap suhu yang terlampau panas ataupun terlampau dingin harus dihindari.⁽¹³⁾

Untuk pengobatan urtikaria akut dan angioedema, antihistamin efektif dalam banyak kasus dan direkomendasikan sebagai terapi lini pertama. Meskipun generasi pertama antihistamin bekerja cepat dan efektif, baik pada pasien anak dan dewasa antihistamin dapat mengakibatkan sedasi dan gangguan keterampilan motorik karena kemampuan antihistamin untuk menembus sawar darah-otak, sedangkan gangguan ini tidak tampak atau tidak terbukti pada antihistamin generasi kedua. Ketika antihistamin dapat menyebabkan kantuk dan gangguan motorik, pasien dewasa dan orang tua pasien anak harus menyadari efek samping potensial ini. Antihistamin berikatan dengan reseptor histamin dan mencegah pembentukan rasa gatal dan plak urtikaria. Pada pasien yang tidak respon terhadap antihistamin, dapat diberikan kortikosteroid oral dan mengembangkan rencana perawatan yang efektif. Glukokortikoid tidak menghambat peristiwa degranulasi dari sel mast, namun glukokortikoid bekerja dengan menekan bermacam-macam respon inflamasi.⁽⁵⁾

KESIMPULAN

Urtikaria merupakan suatu kelompok penyakit yang mempunyai kesamaan pola reaksi kulit yang khas yaitu perkembangan lesi kulit urtikarial yang berakhir 1- 24 jam dan/atau angioedema yang berakhir sampai 72 jam. Urtikaria akut memiliki durasi kurang dari 6 minggu sedangkan urtikaria kronik lebih dari 6 minggu. Diagnosis dapat ditegakkan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dapat dilakukan untuk menentukan etiologi dari urtikaria. Terapi yang diberikan berupa antihistamin dan kortikosteroid.

PERSETUJUAN

Penulis telah meminta persetujuan dari pasien dalam bentuk *informed consent*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu

Sulawesi Tengah terkait dalam proses penyusunan laporan kasus ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan yang terdapat pada tulisan ini.

REFERENSI

1. Aulady F, Gunawan A, Ryansyah M. Penerapan Algoritma Certainty Factor Untuk Sistem Pakar Diagnosis Urtikaria Pada Wanita Dewasa. *J SWABUMI*. 2019;7(1):90–8.
2. Kanani A, Betschel SD, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018 Sep;14(S2):59.
3. Boonpiyathad T, Mitthamsiri W, Pradubpongsa P, Sangasapaviliya A. Urticaria Diagnosis. *Eur Med J*. 2018;3(1):98–105.
4. Ekayanti F, Hariyani I, Hendarto J, Paranadipa M, Zainuddin AA, Faqih DM, et al., editors. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. I. Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia; 2017.
5. Aslan Kayiran M. Diagnosis and Treatment of Urticaria in Primary Care. *North Clin Istanb [Internet]*. 2018 [cited 2020 Apr 14]; Available from: https://www.journalagent.com/nci/pdfs/NCI-75010-REVIEW-ASLAN_KAYIRAN.pdf
6. Schaefer P. Acute and Chronic Urticaria: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician [Internet]*. 2017;95(11). Available from: <http://www.aafp.org/afp/2017/0601/p717-s1.html>.
7. Wirantari N, Prakoeswa CRS. Urtikaria dan Angioedema: Studi Retrospektif. *Berk Ilmu Kesehat Kulit Dan Kelamin - Period Dermatol Venereol*. 2014;26(3).
8. Popov TA, Church MK, Christoff G, Maurer M. Angioedema and prescribing of omalizumab for chronic urticaria in countries with limited financial resources. *World Allergy Organ J*. 2019 Nov;12(11):100079.
9. Chu C-Y, Cho Y-T, Jiang J-H, Lin EI-C, Tang C-H. Epidemiology and comorbidities of patients with chronic urticaria in Taiwan: A nationwide population-based study. *J Dermatol Sci*. 2017 Nov;88(2):192–8.
10. Jain S. Pathogenesis of Chronic Urticaria: An Overview. *Dermatol Res Pract*. 2014;2014:1–10.
11. Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micaletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018 Feb;54(1):88–101.
12. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 May;133(5):1270-1277.e66.
13. Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Chanyachailert P, Korkij W, Chunharas A, et al. Clinical practice guideline for diagnosis and management of urticaria: Review Article. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2016;34:190–200.