

Urtikaria dan Angioedema: Studi Retrospektif

(Urticaria and Angioedema: Retrospective Study)

Nadia Wirantari, Cita Rosita Sigit Prakoeswa

Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

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

ABSTRAK

Latar Belakang: Urtikaria dan angioedema merupakan kelainan kulit yang sering dijumpai. Angioedema dapat menyebabkan obstruksi nafas sehingga merupakan kegawatdaruratan dan lesi urtikaria yang bertahan lebih dari 72 jam merupakan indikasi pasien rawat inap. Gambaran pasien urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo belum pernah diteliti. **Tujuan:** Mengetahui gambaran umum, lama rawat, faktor pencetus, gambaran klinis, dan penatalaksanaan pasien urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo periode 2011-2013. **Metode:** Studi retrospektif terhadap rekam medik pasien baru urtikaria dan/atau angioedema selama periode 1 Januari 2011 sampai 31 Desember 2013. Data kunjungan, data dasar, anamnesis, pemeriksaan fisik, penatalaksanaan diagnostik, dan terapi dikelompokkan kemudian dianalisis. **Hasil:** Terdapat 42 pasien pasien baru urtikaria dan/atau angioedema (2,3% dari seluruh pasien kulit dan kelamin di Instalasi Rawat Inap), lama rawat terbanyak 4-6 hari (57,1%), dengan keluhan utama gatal, bentol, dan bengkak (42,8%), lama keluhan kurang dari 6 minggu (92,9%), baru pertama (54,8%), dan lama episode urtikaria <72 jam (45,3%). Efloresensi kulit terbanyak adalah urtika disertai angioedema (38,1%), pemeriksaan darah lengkap dan urin lengkap rutin dilakukan (100% dan 97,6%), pengobatan terbanyak adalah kombinasi kortikosteroid dan antihistamin H1 (64,0%). **Simpulan:** Urtikaria disertai angioedema merupakan yang tersering dijumpai pada pasien urtikaria di Instalasi Rawat Inap, sehingga terapi antihistamin H1 dengan kombinasi kortikosteroid sering dibutuhkan.

Kata kunci: urtikaria, angioedema, retrospektif.

ABSTRACT

Background: Urticaria is a common disorder that often presents with angioedema. Angioedema which may lead to laryngeal involvement, asphyxiation, and urticaria lasting more than 72 hours, are indications of hospitalization. **Purpose:** To describe the distribution, duration of hospitalization, trigger factor, clinical form, diagnostic, and therapeutic approach in urticaria and angioedema patients in Dermato-venereology Departement Dr. Soetomo General Hospital during year 2011-2013. **Methods:** Retrospective study using medical records of new patients with urticaria and/ or angioedema in Dermatovenereology Ward during 1st January 2011 until 31th December 2013. Basic data, anamnesis, physical examination, diagnostic, and therapeutic approach are recorded. **Results:** There were 42 new patients with urticaria and/or angioedema (2.3% of all Dermatovenereology inward patients), with mean length of stay 4-6 days (57.1%), chief complaint of itch, hives, and swelling (42.8%), lesions occur for less than 6 weeks (92.9%), for the first time (54.8%), with episodes of less than 72 hours (45.3%). Urtica and angioedema were the most often clinical findings (38.1%), complete blood count and urinalysis were routinely examined (100% and 97.6% respectively). Treatment combination of corticosteroid and antihistamin H1 was the most commonly prescribed (64.0%). **Conclusion:** Urticaria along with angioedema was the most common condition in inward patients, thus combination therapy of antihistamin H1 and corticosteroid were most often needed.

Key words: urticaria, angioedema, retrospective study.

Alamat korespondensi: Nadia Wirantari, Departemen/Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: +62315501609, email: nadiawirantari@yahoo.com

PENDAHULUAN

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.^{1,2} Sampai saat ini data tentang pasien urtikaria dan angioedema yang dirawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soetomo belum diteliti.

Urtikaria dan angioedema adalah salah satu masalah kesehatan yang umum dijumpai di dunia. Urtikaria akut memiliki durasi kurang dari 6 minggu sedangkan urtikaria kronik lebih dari 6 minggu.³ Urtikaria akut biasanya dapat ditangani dengan mudah, namun adanya manifestasi klinis angioedema dapat menyebabkan obstruksi nafas apabila mengenai laring dan merupakan suatu kegawatan.⁴ 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.²

Pendekatan klinis yang dilakukan terhadap pasien urtikaria atau angioedema meliputi riwayat penyakit,

pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik untuk mencari penyebab dan tipe urtikaria.³ Penatalaksanaan utama pada semua bentuk urtikaria adalah identifikasi dan penghindaran faktor pencetus serta pemberian antihistamin (AH) dengan pilihan utama AH1. Pasien dengan urtikaria hebat atau angioedema dapat ditambahkan terapi kortikosteroid.¹⁻³

Penelitian retrospektif ini dilakukan untuk mengetahui gambaran umum pasien urtikaria dan angioedema dalam kurun waktu 3 tahun terakhir yaitu tahun 2011-2013 di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai faktor risiko, gambaran klinis, evaluasi pemeriksaan, serta terapi urtikaria dan angioedema yang banyak ditemukan di masyarakat.

METODE

Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan melihat rekam medik pasien baru urtikaria dan/atau angioedema yang dirawat di Instalasi Rawat Inap

Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 1 Januari 2011 hingga 31 Desember 2013. Dilakukan pencatatan tentang data dasar (jumlah, waktu, lama perawatan, dan karakteristik pasien), anamnesis (keluhan utama, lama sakit, riwayat kekambuhan, lama episode berlangsung, faktor pencetus, riwayat keluarga atopi, riwayat penyakit lain), pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan lain, konsultasi, dan terapi.

HASIL

Jumlah pasien baru urtikaria dan/atau angioedema periode 2011-2013 adalah 42 orang, dengan diagnosis terbanyak yaitu urtikaria disertai angioedema pada 12 pasien (28,6%), dapat dilihat pada Tabel 1.

Sejumlah 21 pasien (50,0%) memiliki diagnosis penyerta selain urtikaria dan/atau angioedema. Pasien terbanyak dirawat selama 4-6 hari (57,1%), dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 3 menunjukkan keluhan terbanyak pasien adalah gatal, bentol, dan bengkak (38,5%). Tabel 4 menunjukkan bahwa 39 orang (92,9%) pasien baru urtikaria dan/atau angioedema memiliki lama keluhan akut yaitu kurang dari 6 minggu dan 3 pasien (7,1%) memiliki lama keluhan kronis yaitu lebih dari 6 minggu. Pada pasien dengan keluhan akut didapatkan 11 pasien (28,2%) memiliki episode urtikaria/angioedema 24-72 jam dan 3 pasien (100%) dengan keluhan kronis memiliki episode kurang dari 24 jam.

Faktor pencetus dapat diidentifikasi oleh 29 pasien (69,0%), diantaranya 13 orang (50,0%) dengan keluhan akut menyatakan ditimbulkan oleh makanan atau minuman, 9 orang (34,6%) menyatakan dipengaruhi oleh obat, sisanya dicetuskan oleh cuaca dingin (7,7%) dan cat rambut (7,7%). Pasien dengan keluhan kronis

Tabel 1. Distribusi diagnosis pasien baru urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2011 -2013

Penderita baru	Tahun			Jumlah (%)
	2011	2012	2013	
Urtikaria	3	2	0	5 (11,9)
Urtikaria akut	1	2	3	6 (14,3)
Urtikaria kronis	0	1	1	2 (4,8)
Urtikaria kolinergik	0	1	0	1 (2,4)
Angioedema	3	3	4	10 (23,8)
Urtikaria + angioedema	5	5	2	12 (28,6)
Urtikaria akut+ angioedema	1	1	1	3 (7,1)
Urtikaria kronis + angioedema	2	1	0	3 (7,1)
Total	15	16	11	42 (100)

Tabel 2. Distribusi lama perawatan pasien baru urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2011 -2013

Lama perawatan	Tahun			Jumlah (%)
	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
1 – 3 hari	2 (13,3)	1 (6,3)	0	0 (7,1)
4 – 6 hari	9 (60,0)	8 (50,0)	7 (63,6)	24 (57,1)
7 – 9 hari	3 (20,0)	5 (31,34)	2 (18,2)	10 (23,8)
≥ 10 hari	1 (6,7)	2 (12,5)	2 (18,2)	5(11,9)
Jumlah	15 (100)	16 (100)	11 (100)	42 (100)

Tabel 3. Distribusi keluhan utama pasien baru urtikaria dan angioedema

Keluhan utama	Akut				Kronis				Jumlah (%)
	Tahun				Tahun				
	2011	2012	2013	Jumlah (%)	2011	2012	2013	Jumlah (%)	
Gatal	3	1	1	5 (12,8)	0	0	0	0	0 (11,9)
Gatal + bentol	3	1	3	7 (17,9)	0	0	0	0	7 (16,7)
Gatal + bengkak	6	6	0	12(30,8)	0	0	0	0	12 (28,6)
Gatal+bentol+ bengkak	1	7	7	15(38,5)	2	1	0	3 (100)	18 (42,8)
Jumlah	13	15	11	39 (100)	2	1	0	3 (100)	42 (100)

Tabel 4. Distribusi lama sakit berdasarkan akut (< 6 minggu) dan kronis (≥6 minggu)

Lama sakit	Tahun			Jumlah (%)
	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
< 6 minggu	13 (86,7)	15 (93,8)	11 (100,0)	39 (92,9)
≥ 6 minggu	2 (13,3)	1 (6,2)	0	3 (7,1)
Jumlah	15 (100)	16(100)	11 (100)	42 (100)

Tabel 5. Distribusi faktor pencetus pada pasien baru urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2011 -2013

Faktor pencetus	Akut				Kronis				Jumlah (%)
	2011	2012	2013	Jumlah	2011	2012	2013	Jumlah	
Diketahui	6	12	8	26 (66,7)	2	1	0	3 (100)	29 (69,0)
Obat	1	4	3	9 (34,6)	0	0	0	0	9 (31,1)
Makanan minuman	5	7	2	13 (50,0)	0	0	0	0	13 (44,8)
Musim :									
- Hujan/Dingin	0	1	1	2 (7,7)	1	1	0	2 (66,7)	4 (13,8)
- Kemarau/Panas	0	0	0	0	1	0	0	1 (33,3)	1 (3,4)
Bahan kontak :									
- Cat Rambut	0	0	2	2 (7,7)	0	0	0	0	2 (6,9)
Tidak Diketahui	7	3	3	13 (33,3)	0	0	0	0	13 (31,0)
Jumlah	13	15	11	39 (100)	2	1	0	3 (100)	42 (100)

menyatakan dicetuskan oleh cuaca, 2 orang (66,7%) dipengaruhi oleh cuaca dingin dan 1 orang (33,3%) dipengaruhi oleh cuaca panas. Distribusi faktor pencetus dapat dilihat pada Tabel 5.

Pada pemeriksaan klinis efloresensi terbanyak adalah urtika disertai angioedema dengan 16 pasien (38,1%), dapat dilihat pada Tabel 6.

Hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilihat pada

Tabel 7, peningkatan leukosit didapatkan pada 59,0% pasien dengan gejala akut dan 33,3% pasien dengan gejala kronis. Peningkatan hitung eosinofil didapatkan pada 5 pasien dengan keluhan akut (14,3%) dan 1 pasien dengan keluhan kronis (33,3%). Hasil pemeriksaan serum IgE pada 3 pasien, didapatkan peningkatan pada 2 pasien (66,7%). Tidak didapatkan parasit pada feses lengkap yang dilakukan pada 7 pasien (100%).

Pemeriksaan urin lengkap didapatkan peningkatan leukosit pada 19,5% dan peningkatan eritrosit pada 7,3%.

Konsultasi dilakukan pada 34 pasien (81,0%), terbanyak adalah konsultasi gigi sebesar 29 pasien (93,5%). Didapatkan kelainan yang bisa merupakan fokal infeksi pada 7 pasien (25,0%) dari konsultasi ke THT, 14 pasien (48,3%) dari konsultasi ke Poli Gigi, 7 pasien (50,0%) di bidang IMS. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 8.

Pengobatan yang terbanyak diberikan kepada pasien akut adalah kombinasi kortikosteroid (KS) dan antihistamin H1 (AH1) pada 25 pasien (64,0%). Pengobatan tambahan yang tersering diberikan adalah pirantel pamoat pada 10 pasien (25,6%). Pengobatan yang diberikan kepada pasien dengan keluhan kronis adalah AH1, kombinasi AH1 dan AH2, dan kombinasi KS dan AH1, masing-masing pada 1 pasien (33,3%).

Pengobatan tambahan yang terbanyak adalah kalk. Hal ini dapat dilihat di Tabel 9.

PEMBAHASAN

Jumlah pasien baru urtikaria dan/atau angioedema merupakan 2,3% dari jumlah pasien kulit dan kelamin yang dirawat di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2011-2013. Diagnosis terbanyak adalah urtikaria disertai angioedema pada 28,6% pasien. Berdasarkan pada *International Classification of Diseases-10* (ICD-10) penulisan diagnosis urtikaria adalah L50, yang dibagi menjadi 8 subdiagnosis berdasarkan etiologi, dan diagnosis angioedema adalah T78.3.⁵ Pada rekam medik dalam penelitian ini masih terdapat variasi penulisan diagnosis sehingga sulit untuk digolongkan dan dievaluasi.

Pasien terbanyak dirawat selama 4-6 hari (57,1%).

Tabel 6. Distribusi efloresensi pasien baru urtikaria dan angioedema Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2011 -2013

Effloresensi	Tahun			Jumlah (%)
	2011	2012	2013	
Urtikaria	4	3	3	10 (23,8)
Urtikaria + angioedema	7	7	2	16 (38,1)
Angioedema	3	4	5	12 (28,6)
Urtikaria + dermografisme	0	2	0	2 (4,8)
Urtikaria+angioedema+dermografisme	1	0	1	2 (4,8)
Jumlah	15	16	11	42 (100)

Tabel 7. Distribusi hasil pemeriksaan laboratorium pasien baru urtikaria dan angioedema

Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Akut				Kronis				Jumlah (%)
	2011	2012	2013	Jumlah (%)	2011	2012	2013	Jumlah (%)	
Darah Lengkap									
Leukosit	<i>n=39</i>				<i>n=3</i>				<i>n=42</i>
Normal	5	6	5	16 (41,0)	1	1	0	2 (66,7)	18 (42,8)
Meningkat	8	9	6	23(59,0)	1	0	0	1 (33,3)	24 (57,1)
Hitung Eosinofil	<i>n=35</i>				<i>n=3</i>				<i>n=38</i>
Normal	7	14	9	30 (85,7)	1	1	0	2 (67,6)	32 (84,2)
Meningkat	3	0	2	5 (14,3)	1	0	0	1 (33,3)	6 (15,8)
IgE	<i>n=3</i>				<i>n=0</i>				<i>n=3</i>
Normal	1	0	0	1 (33,3)	0	0	0	0	1 (33,3)
Meningkat	0	1	1	2 (66,7)	0	0	0	0	2 (66,7)
Faeces lengkap	<i>n=7</i>				<i>n=0</i>				<i>n=7</i>
Parasit (positif)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parasit (negatif)	3	2	2	7 (100)	0	0	0	0	7 (100)
Urine lengkap	<i>n=39</i>				<i>n=2</i>				<i>n=41</i>
Leukosit meningkat	4	4	0	8 (20,5)	0	0	0	0	8 (19,5)
Eritrosit meningkat	1	0	1	2 (5,1)	1	0	0	1 (50,0)	3 (7,3)
Proteinuria	4	1	0	5 (12,8)	0	0	0	0	5 (12,2)

Menurut *clinical pathway* urtikaria di RSUD DR Soetomo, lama rawat pasien urtikaria adalah 7 hari. Beberapa pasien dirawat dalam jangka waktu lebih lama kemungkinan karena adanya penyakit lain yang menyertai. Sebesar 92,9% pasien baru urtikaria dan/atau angioedema memiliki keluhan akut yaitu kurang dari 6 minggu dan 7,1% memiliki keluhan kronis. Hal ini sesuai dengan Kanani yang menyatakan bahwa kebanyakan kasus urtikaria adalah akut dan 30% adalah kronis.⁴

Sebagian besar pasien (42,8%) datang dengan keluhan utama gatal, bintol, dan bengkak. Sejumlah 59% pasien dengan keluhan akut baru pertama kali mengalami keluhan ini, sedangkan pasien dengan

keluhan kronis (100%) menyatakan bahwa keluhan bersifat kumat-kumatan.

Lama episode urtikaria dan/atau angioedema akut yang terbanyak dijumpai adalah 24-72 jam (28,2%), sedangkan lama episode pada pasien dengan keluhan kronis kurang dari 24 jam (100%). Anamnesis lama episode urtikaria diperlukan untuk membedakan dari urtikaria vaskulitis yang lesinya dapat bertahan lebih dari 24-36 jam. Angioedema dapat bertahan lebih lama, yaitu 2-3 hari.⁶ Pada penelitian ini pasien dengan keluhan akut kebanyakan adalah urtikaria yang disertai angioedema.

Faktor pencetus dapat diidentifikasi oleh 69,0% pasien berdasarkan anamnesis. Diantara faktor pencetus

Tabel 8. Distribusi hasil konsultasi pasien baru urtikaria dan angioedema

Hasil Konsultasi	Akut				Kronis				Jumlah (%)
	2011	2012	2013	Jumlah (%)	2011	2012	2013	Jumlah (%)	
THT				<i>n</i> =25				<i>n</i> =3	<i>n</i> =28
Fokal infeksi +	3	3	1	7 (28,0)	0	0	0	0	7 (25,0)
Fokal infeksi -	5	7	6	18 (72,0)	0	0	0	0	18 (64,3)
Gigi				<i>n</i> =26				<i>n</i> =3	<i>n</i> =29
Fokal infeksi +	3	5	4	12 (46,2)	2	0	0	2 (66,7)	14 (48,3)
Fokal infeksi -	6	6	2	14 (53,8)	0	1	0	1 (33,3)	15 (51,7)
IMS				<i>n</i> =14				<i>n</i> =1	<i>n</i> =15
Fokal infeksi+	1	4	2	7 (50,0)	0	0	0	0	7 (46,7)
Fokal infeksi -	2	5	0	7 (50,0)	0	1	0	0	8 (53,3)

Tabel 9. Penatalaksanaan pasien baru urtikaria dan angioedema di Instalasi Rawat Inap Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2011 -2013

Obat	Akut				Kronis				Jumlah (%) (<i>n</i> =42)
	2011	2012	2013	Jumlah (%)	2011	2012	2013	Jumlah (%)	
AH1	3	3	0	6 (15,4)	0	1	0	1 (33,3)	7 (16,7)
- Cetirizin	1	3	0	4 (66,7)	0	0	0	0	4 (57,1)
- Interhistin	2	0	0	2 (33,3)	0	0	0	0	2 (28,6)
- Loratadine	0	0	0	0	0	1	0	1 (100)	1 (14,5)
AH1 + AH2	0	0	1	1 (2,6)	1	0	0	1 (33,3)	2 (4,8)
- CTM + cimetidin	0	0	1	1 (100)	0	0	0	0	1 (50,0)
- loratadin + cimetidin	0	0	0	0	1	0	0	1 (100)	1 (50,0)
Kortikosteroid	0	1	0	1 (2,6)	0	0	0	0	1 (2,4)
Dexametason	0	1	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (100)
Kortikosteroid + AH1	7	10	8	25 (64,0)	1	0	0	1 (33,3)	26 (61,9)
- Dexa + cetirizin	1	2	5	8 (32,0)	0	0	0	0	8 (30,8)
- Dexa + loratadin	4	2	1	7 (28,0)	1	0	0	1 (100)	8 (30,8)
- Dexa + mebhidrolin	0	4	1	5 (20,0)	0	0	0	0	5 (19,2)
- Dexa + CTM	2	1	1	4 (16,0)	0	0	0	0	4 (15,4)
- Dexa + difenhidramin	0	1	0	1 (4,0)	0	0	0	0	1 (3,8)
Kortikosteroid+AH1+AH2	3	0	3	6 (15,4)	0	0	0	0	6 (14,3)
- Dexa +CTM+cimetidin	3	0	0	3 (50,0)	0	0	0	0	3 (50,0)
- Dexa + cetirizin +	0	0	2	2 (33,3)	0	0	0	0	2 (33,3)
- Dexa + lora+ Cimetidin	1	0	0	1 (16,7)	0	0	0	0	1 (16,7)

tersebut, 50,0% pasien dengan keluhan akut menyatakan ditimbulkan oleh makanan/minuman, yang terbanyak adalah ikan (46,2%), telur (20,0%), dan ayam (20,0%). Obat yang menjadi pencetus terbanyak adalah parasetamol (55,6%) dan alopurinol (22,2%). Pasien dengan keluhan kronis (100%) menyatakan dicetuskan oleh cuaca. Faktor yang sering menyebabkan urtikaria akut dengan atau tanpa angioedema, adalah obat, makanan, infeksi virus, infeksi parasit, racun serangga, dan alergen kontak. Urtikaria kronik autoimun yang berhubungan dengan mekanisme autoimun seperti antibodi antitiroid, vitiligo, infeksi *Helicobacter pylori*, dan artritis reumatoid, serta penyebab urtikaria kronik idiopatik tidak diketahui. Urtikaria fisik ditimbulkan oleh stimulus fisik seperti menggaruk, peningkatan suhu tubuh, dingin, air, sinar matahari.^{3,4} Kecilnya prosentase kasus yang tidak diketahui faktor pencetusnya kemungkinan karena pasien sering menganggap makanan tertentu sebagai penyebab namun belum dapat dipastikan.

Efloresensi yang tersering didapat adalah urtika disertai angioedema (38,1%), yang sesuai dengan diagnosis pasien. Angioedema merupakan indikasi pasien urtikaria dirawat di Instalasi Rawat Inap, dan banyaknya prosentase pasien dalam penelitian ini yang datang dengan efloresensi angioedema menunjukkan kesesuaian dengan indikasi tersebut.

Pemeriksaan laboratorium yang rutin dilakukan adalah darah lengkap (100%) dan urin lengkap (97,6%). Leukositosis didapatkan pada 59% pasien dengan keluhan akut dan 33,3% pasien dengan keluhan kronis. Hal ini dapat disebabkan adanya infeksi yang mendasari urtikaria atau disebabkan oleh penyakit penyerta. Didapatkan peningkatan hitung eosinofil pada 14,3%

pasien dengan keluhan akut dan 33,3% pasien dengan keluhan kronis. Serum IgE total diperiksa pada 3 pasien dengan keluhan akut (7,7%), dengan hasil 2 dari 3 pasien (66,7%) didapatkan peningkatan. Pemeriksaan serum IgE total dan spesifik tidak rutin dilakukan karena harga pemeriksaan yang mahal. Tidak didapatkan parasit pada seluruh sampel feses lengkap yang dilakukan pada 7 pasien. Pemeriksaan urin lengkap didapatkan peningkatan leukosit pada 19,5% dari jumlah sampel dan peningkatan eritrosit didapatkan pada 7,3% jumlah sampel, keduanya dapat menunjukkan adanya infeksi saluran kemih. Pemeriksaan lebih lanjut dapat dilakukan untuk memastikan etiologi urtikaria atau angioedema. Kecurigaan terhadap urtikaria fisik dapat dipastikan

dengan tes provokasi dingin dengan es batu, tes tekan, tes provokasi panas.⁶ Pasien dengan keluhan kronik dapat dilakukan serum protein elektroforesis, *autologous serum skin test* (ASST), tes aktivasi basofil, atau *antinuclear antibody* (ANA) untuk memastikan adanya autoimunitas.^{3,4,6} Pemeriksaan komplemen serum seperti C1q, C1 inhibitor, dan C4 dapat digunakan untuk mengkonfirmasi diagnosis angioedema karena defisiensi C1 inhibitor.^{4,7,8} Semua pemeriksaan ini jarang dilakukan karena mahal dan tidak tersedia di semua laboratorium.

Pasien sering dikonsultasikan kepada bagian THT (82,4%), Gigi dan Mulut (93,5%), dan IMS (44,1%). Didapatkan kelainan yang dapat merupakan fokal infeksi pada 28,0% dari konsultasi ke THT, 46,2% dari konsultasi ke Gigi, dan 50,0% dari hasil konsul IMS. Dari 3 pasien dengan urtikaria/angioedema kronik yang dikonsultasikan ke gigi dan THT, 66,7% didapatkan dengan fokal infeksi pada gigi. Fokal infeksi merupakan salah satu faktor pencetus atau eksaserbasi urtikaria dan angioedema.⁹ Infeksi virus dan infeksi bakteri seperti sepsis dental, sinusitis, infeksi traktus urinarius, infeksi *H. pylori*, infeksi jamur (tinea, kandidiasis), dan infestasi cacing sering menyebabkan kekambuhan urtikaria.^{8,9} Hal ini sesuai dengan temuan dari penelitian ini bahwa fokal infeksi ditemukan pada sebagian pasien urtikaria atau angioedema yang dikonsultasikan.

Pengobatan yang tersering diberikan kepada pasien urtikaria dan/atau angioedema akut adalah kombinasi KS dan AH1 (64,0%), dengan pengobatan tambahan tersering pirantel pamoat (25,6%). Obat yang diberikan kepada pasien dengan keluhan kronis adalah AH1, kombinasi AH1 dan AH2, dan kombinasi KS dan AH1, masing-masing pada 1 pasien, dengan terapi tambahan kalk yang selalu diberikan. Penatalaksanaan urtikaria/angioedema yang utama adalah menghindari penyebab dan pemberian AH. KS biasanya digunakan pada angioedema atau urtikaria berat yang tidak dapat diatasi dengan AH.^{3,4,6,18} Urtikaria atau angioedema kronis terapi lini pertama adalah AH1 non sedasi (nsAH). Apabila gejala menetap setelah dua minggu dapat meningkatkan dosis nsAH sampai empat kali dan bila gejala masih menetap sampai 4 minggu, dapat ditambahkan antagonis leukotrien atau mengganti nsAH dengan golongan AH sedasi (sAH). Jika gejala masih menetap sampai 1-4 minggu regimen, terapi sAH dapat dikombinasi dengan siklosporin, AH2, dapson, atau omalizumab. Apabila masih terjadi eksaserbasi gejala, perlu ditambahkan KS selama 3-7 hari. Pada

pengobatan urtikaria akut dengan atau tanpa angioedema di rawat inap pengobatan terbanyak adalah kombinasi KS dan AH1, dapat disebabkan keluhan yang lebih parah. Kombinasi KS, AH1, dan AH2 pada pasien dengan keluhan akut belum diketahui lebih bermanfaat dibandingkan kombinasi KS dan AH1.^{4,6,11}

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa prosentase pasien urtikaria yang disertai angioedema atau angioedema saja lebih besar daripada penelitian di Instalasi Rawat Jalan yang telah dilakukan sebelumnya, sesuai dengan keluhan utama dan efloresensi yang didapatkan, dan sesuai dengan indikasi rawat inap. Penatalaksanaan tersering adalah kombinasi AH1 dan KS, yang dibutuhkan untuk meredakan urtikaria atau angioedema berat. Dibutuhkan pemeriksaan tambahan untuk konfirmasi etiologi yang dicurigai dan tes provokasi untuk kecurigaan urtikaria fisik.

KEPUSTAKAAN

1. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Canonica GW, Church MK, Giménez-Arnau AM et al. EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO Guideline: definition, classification, and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1417–26.
2. Zuberbier T. A summary of the new international EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guidelines in urticaria. *WAO Journal* 2012; 5(Suppl.):S1–S5.
3. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffel D, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2013. p.799-827.
4. Kanani A, Schellenberg R, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2011; 7:59-63.
5. WHO. *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva: WHO press; 2011.
6. Uthman MAE. Current concepts in the pathogenesis and management of urticaria and angioedema. *Bahrain Medical Bulletin*. 2005; 27(2):1-6.
7. Zuraw BL. Hereditary angioedema. *N Engl J Med*. 2008; 359:1027-34.
8. Caballero T, Baeza ML, Cabanas R, Campos A, Cimbollek S, Gomez-Traseira C. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part II. Treatment, follow up, and special situations. *J Investig Allergo Clin Immunol*. 2011; 21(6):422-41.
9. Chow S. Management of chronic urticaria in Asia: 2010 AADV consensus guidelines. *Asia Pac Allergy* 2012; 2:149-60.
10. Wedi B, Kapp A. Evidence-based therapy of chronic urticaria. *JDDG*. 2010; 5(2):146-57.
11. Morgan M, Khan DA. Therapeutic alternatives for chronic urticaria: an evidence-based review, part 1. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008; 100:403-12.