

# Studi Retrospektif: Pengobatan Oral pada Dermatitis Atopik

## (Retrospective Study: Oral Medications for Atopic Dermatitis)

**Yuri Widia, Marsoedi Hutomo**

*Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*

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

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Dermatitis atopik (DA) merupakan penyakit peradangan kulit kronis yang ditandai dengan rasa gatal kumat-kumatan. Prevalensi DA pada anak sekitar 10-20% sedangkan pada dewasa 1-3%. Berbagai faktor turut berperan pada patogenesis DA seperti faktor genetik, kelainan imunologik, dan faktor lingkungan. Saat ini terdapat kemajuan dalam pengobatan DA, namun secara umum belum didapatkan penatalaksanaan yang memuaskan. Terapi sistemik dapat dipertimbangkan untuk diberikan pada pasien DA yang persisten, lesi luas, dan tidak berespons terhadap terapi lainnya. Antihistamin dapat digunakan sebagai terapi tambahan. Antibiotik oral dapat diberikan apabila terdapat indikasi. Kortikosteroid sistemik bila diperlukan dapat diberikan dalam jangka waktu yang pendek. **Tujuan:** Mengevaluasi pengobatan oral pasien DA untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien di masa yang akan datang. **Metode:** Studi retrospektif pasien DA di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan (URJ) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soetomo Surabaya selama periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011. Data didapatkan dari rekam medis. **Hasil:** Pasien DA yang mendapat pengobatan oral sebesar 11,7%. Antihistamin yang terbanyak diberikan adalah mebhidrolin napadisilat yaitu sebanyak 51,5% pasien. Kortikosteroid yang terbanyak diberikan adalah deksametason yaitu pada 33,6% pasien. Pemberian deksametason dilakukan secara *tapering off* pada 7,9% pasien. Pengobatan antibiotik dengan eritromisin pada 4,8% pasien dan kloksasilin pada 0,3% pasien. **Simpulan:** Antihistamin merupakan pengobatan oral yang terbanyak digunakan. Beberapa pasien DA juga diberikan kortikosteroid oral. Pengobatan antibiotik diberikan bila didapatkan tanda-tanda infeksi sekunder.

**Kata kunci:** dermatitis atopik, studi retrospektif, pengobatan oral.

### ABSTRACT

**Background:** Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease, characterized by recurrent itch. The prevalence of AD in children is 10-20%, while in adults is as many as 1-3%. Several factors are proposed to play role in the pathogenesis of AD as well as genetics, immunological, and environmental factors. There are recent advances in the management of the AD but still not fully satisfactory. **Purpose:** To evaluate oral medications for AD to improve patient's care in the future. **Methods:** Retrospective study performed in Allergy Immunology Division of Dermatology and Venereology Outpatient Clinic Dr. Soetomo General Hospital within January 1<sup>st</sup> 2009 until December 31<sup>st</sup> 2011. Data was collected from medical records. **Results:** There were 11.7% AD patients who received oral treatment. The most antihistamine given was mebhydrolin napadisilat in 51.5% of patients. The most corticosteroids given was dexamethasone in 33.6% patients. Dexamethasone was given in tapering off in 7.9% patients. The most oral antibiotics given was erythromycin in 4.8% patients and cloxacillin in 0.3% patients. **Conclusions:** Oral medications mostly used in AD was antihistamine. Some patients were also given corticosteroids. Antibiotics were used if secondary bacterial infection was assessed.

**Key words:** atopic dermatitis, retrospective study, oral medications.

Alamat korespondensi: Yuri Widia, 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, e-mail: widia\_yuri@yahoo.com

### PENDAHULUAN

Dermatitis atopik (DA) adalah penyakit peradangan kulit yang kronis, ditandai rasa gatal yang sifatnya kumat-kumatan, sebagian besar muncul pada saat bayi dan anak. DA berhubungan dengan fungsi sawar kulit yang abnormal, sensitisasi alergen, dan infeksi kulit berulang.<sup>1,2</sup> Prevalensi DA meningkat tiga kali lipat sejak tahun 1960.<sup>1</sup> Peningkatan prevalensi DA kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor misalnya urbanisasi, polusi, dan *hygiene hypothesis*.<sup>3</sup> DA merupakan masalah kesehatan masyarakat dunia, dengan prevalensi pada anak sebesar 10-20% dan pada

dewasa sekitar 1-3%.<sup>1</sup> Sekitar 50% dari kasus DA muncul pada tahun pertama kehidupan.<sup>2</sup>

Berbagai faktor turut berperan pada patogenesis DA, antara lain faktor genetik terkait dengan kelainan sawar kulit, kelainan imunologik, dan faktor lingkungan.<sup>4</sup> Didapatkan kulit kering dan peningkatan *transepidermal water loss* (TEWL) pada pasien DA. Kulit kering berisiko terhadap mudahnya penetrasi alergen, iritan, dan terjadinya keadaan patologis kulit lainnya.<sup>3</sup> Beberapa sitokin berperan pada gejala pruritus pasien DA, diantaranya IL-2, IL-6, dan IL-8.<sup>5</sup> Didapatkan peningkatan kadar serum IgE pada pasien

DA. Gambaran klinis DA dibagi menjadi 3 tingkatan menurut umur pasien. DA bayi (2 bulan sampai dengan 2 tahun), anak (2–10 tahun), dan dewasa (lebih dari 10 tahun).<sup>2</sup> Gatal merupakan gejala utama pada semua tingkatan tersebut.<sup>2</sup> Lesi DA bayi mulai timbul di wajah dan pipi berupa kemerahan dengan skuama dan eksudasi, mudah terjadi infeksi dan bayi akan menjadi sensitif, gelisah, dan kurang tidur, biasanya membaik pada usia 18-24 bulan dengan kulit relatif menjadi lebih kering. DA pada anak sering muncul di lipatan siku atau lutut, leher samping, sekitar mulut, berupa papul kemerahan yang mengeras bila digaruk, daerah perifer oral yang beradang, disertai fisura di sekitar mulut, lesi ini dapat mereda untuk waktu lama, tetapi dapat muncul kembali saat pubertas karena pengaruh hormon, stres, dan pemakaian kosmetik yang bersifat iritan. DA pada dewasa dapat timbul berupa lesi kulit kemerahan, kering, gatal, dan kasar yang dapat mengganggu kualitas aktivitas sehari-hari, kerja, dan tidur pasien.<sup>6</sup>

Diagnosis DA ditegakkan berdasarkan temuan klinis dan riwayat pasien. Beberapa kriteria diagnosis telah diajukan oleh banyak pakar dermatologi, namun yang sering digunakan di Indonesia adalah kriteria Hanifin dan Rajka yang meliputi kriteria mayor dan minor. Kriteria William merupakan kriteria diagnosis yang praktis untuk menetapkan diagnosis cepat di lapangan (studi epidemiologis). Derajat sakit DA dapat ditentukan menggunakan kriteria penilaian yang diajukan oleh pakar dermatologi di Eropa yaitu *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD).<sup>3</sup>

Meskipun saat ini didapatkan kemajuan dalam pengobatan DA namun oleh karena sifat penyakit yang kronis dan residif, secara umum belum didapatkan penatalaksanaan yang memuaskan. Sejumlah panduan penatalaksanaan DA menyebutkan penambahan terapi oral dapat digunakan pada kasus-kasus tertentu. Antihistamin dapat digunakan sebagai terapi adjuvan. Apabila didapatkan kolonisasi dan infeksi sekunder oleh bakteri maka pemberian antibiotik dapat dipertimbangkan. Pemberian immunosupresi sistemik dapat digunakan sebagai terapi pilihan pada kasus DA yang berat dan refrakter. Pedoman Diagnosis Terapi RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyebutkan pengobatan sistemik untuk DA adalah antihistamin dan kortikosteroid. Kortikosteroid diberikan hanya pada kasus yang akut dan berat, dalam jangka pendek, dan dihentikan secara bertahap (*tapering off*). Pengobatan topikal diberikan tergantung pada keadaan lesi.

Penelitian retrospektif ini dilakukan untuk

mengevaluasi gambaran umum, penegakan diagnosis, jenis pengobatan oral, tindak lanjut, dan edukasi pasien DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi-Imunologi Unit Rawat Jalan (URJ) Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soetomo Surabaya periode 2009 sampai dengan 2011.

## METODE

Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan mengevaluasi data rekam medis pasien DA baru yang berobat di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 1 Januari 2009 – 31 Desember 2011. Data dasar dicatat dari rekam medis (jumlah pasien, umur, jenis kelamin, waktu kunjungan), anamnesis (keluhan utama, riwayat atopi, faktor yang berpengaruh), pemeriksaan fisik (lokasi, morfologi, kelainan kulit lain), pemeriksaan laboratorium, penatalaksanaan (pengobatan antihistamin, pengobatan kortikosteroid, *tapering off*, pengobatan antibiotik), dan tindak lanjut.

## HASIL

Jumlah pasien DA yang datang ke Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 3 tahun (tahun 2009-2011) sebanyak 353 pasien, yaitu 14,3% dari 2461 keseluruhan pasien Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, atau 1,7% dari 21.005 pasien yang datang ke URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo seperti yang tampak pada Tabel 1.

Jumlah pasien DA yang datang ke Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan mendapat pengobatan oral sebanyak 289

**Tabel 1.** Jumlah kunjungan pasien DA di Divisi Alergi Imunologi dan URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009 – 2011

| Pasien baru             | Tahun |      |      | Jumlah |
|-------------------------|-------|------|------|--------|
|                         | 2009  | 2010 | 2011 |        |
| DA                      | 129   | 126  | 88   | 353    |
| Divisi Alergi Imunologi | 832   | 884  | 745  | 2461   |
| URJ Kulit & Kelamin     | 6619  | 6732 | 7654 | 21005  |

Keterangan: DA=Dermatitis Atopik

pasien, yaitu 81,8% dari 353 pasien keseluruhan DA yang berobat. Sebagian besar pasien baru DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo tahun 2009-

2011 adalah perempuan sebanyak 73,7% pasien, dan pasien baru laki-laki hanya 26,3% dari seluruh pasien DA yang mendapat pengobatan oral. Berdasarkan kelompok umur, pasien baru DA yang mendapat pengobatan oral terbanyak adalah pasien dengan rentang umur 15-24 tahun diikuti dengan umur 25-44 tahun.

Berdasarkan anamnesis keluhan utama pada pasien baru DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo adalah gatal (74%). Lama keluhan utama terbanyak adalah lebih dari 12 bulan (37%). Sifat gatal yang dikeluhkan adalah gatal waktu berkeringat (62,3%) dan gatal yang kumat-kumatan (74,4%), seperti terlihat pada Tabel 2.

Data mengenai pemeriksaan fisik pada pasien DA yang mendapat pengobatan oral menunjukkan lokasi lesi terbanyak pada fleksor (77,5%) diikuti dengan lesi pada ekstensor (51,5%). Morfologi lesi terbanyak yaitu eritematosa pada 197 pasien (68,2%), diikuti dengan *xerosis* pada 196 pasien (67,8%). Pada beberapa pasien lokasi dan morfologi lesi didapatkan lebih dari satu jenis, seperti terlihat pada Tabel 3. Pemeriksaan kelainan kulit lain pasien DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo yang terbanyak adalah dermatitis tangan pada 34 pasien (11,8%). Infeksi sekunder didapatkan pada 31 pasien (10,7%).

Selain pemeriksaan fisik, pada beberapa pasien dilakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang terbanyak yang dilakukan adalah uji kulit yaitu pada 12 pasien (4,2%).

Pengobatan antihistamin pasien DA di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011 dicantumkan pada Tabel 4. Antihistamin terbanyak yang diberikan pada pasien adalah mebhidrolin napadisilat yaitu pada 149 pasien (50,5%), loratadin pada 109 pasien (36,9%), dan cetirizin pada 27 pasien (9,15).

Penggunaan kortikosteroid oral pasien DA di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011 tercantum pada Tabel 5. Kortikosteroid yang terbanyak diberikan adalah deksametason yaitu pada 97 pasien (33,6%) diikuti metilprednisolon pada 1 pasien (0,3%), dan prednison pada 1 pasien (0,3%).

Penurunan dosis (*tapering off*) oral kortikosteroid dilakukan pada pasien DA di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011. Deksametason diberikan dengan *tapering off* pada 23 pasien (7,9%) sedangkan yang tidak dilakukan *tapering off* sebanyak 74 pasien (25,6%).

Penggunaan antibiotik pada pasien DA di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011 tercantum pada Tabel 6, tersering adalah eritromisin pada 14 pasien (4,8%) serta kloksasilin pada 1 pasien (0,3%).

## PEMBAHASAN

Jumlah pasien DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi-Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011 sebanyak 289 (11,7%) dari keseluruhan 21.005 pasien.

**Tabel 2.** Distribusi keluhan utama, lama keluhan, dan sifat gatal pada pasien DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009 – 2011

| Anamnesis            | Tahun     |           |           | Jumlah (%) |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                      | 2009 (%)  | 2010 (%)  | 2011 (%)  |            |
| <b>Keluhan utama</b> |           |           |           |            |
| Gatal                | 64 (58,2) | 90 (84,1) | 60 (83,3) | 0 (74,0)   |
| Gatal + bercak merah | 33 (30)   | 11 (1)    | 7 (9,7)   | 13 (17,6)  |
| Gatal + kulit kering | 13 (11,8) | 6 (5,5)   | 5 (6,9)   | 0 ( 8,3)   |
| <b>Lama keluhan</b>  |           |           |           |            |
| < 1 bulan            | 27 (24,5) | 32 (29)   | 22 (30,5) | 4 (28,0)   |
| 1 - 12 bulan         | 39 (35,4) | 35 (32,7) | 27 (37,5) | 13 (34,9)  |
| > 12 bulan           | 44 (40)   | 40 (55,5) | 23 (31,9) | 16 (37,0)  |
| <b>Sifat gatal</b>   |           |           |           |            |
| Waktu berkeringat    | 78 (44,1) | 55 (47,8) | 47 (45,6) | 0 (62,3)   |
| Kumat - kumatan      | 99 (55,9) | 60 (52,2) | 56 (54,4) | 0 (74,4)   |

**Tabel 3.** Distribusi lokasi dan morfologi lesi pasien DA yang mendapat pengobatan oral di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009–2010

| Lokasi lesi       | Tahun     |           |           | Jumlah (%)<br>n=289 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|---------------------|
|                   | 2009 (%)  | 2010 (%)  | 2011 (%)  |                     |
| Wajah             | 4 (2,4)   | 7 (6)     | 5 (4,6)   | 1 ( 5,5)            |
| Fleksor           | 95 (57,6) | 59 (50,9) | 70 (64,8) | 0 (77,5)            |
| Ekstensor         | 66 (40)   | 50 (43,1) | 33 (30,6) | 26 (51,5)           |
| Morfologi lesi    |           |           |           |                     |
| Eritematososa     | 77 (20,8) | 65 (22,1) | 55 (25,6) | 0 (68,2)            |
| Vesikel           | 10 (2,7)  | 9 (3,1)   | 24 (11,2) | 0 (4,9)             |
| Erosi             | 46 (12,4) | 51 (17,3) | 0         | 0 (33,6)            |
| Likenifikasi      | 50 (13,5) | 28 (9,5)  | 43 (20)   | 23 (41,9)           |
| Xerosis           | 83 (22,4) | 63 (21,4) | 50 (23,2) | 0 (67,8)            |
| Papula            | 73 (19,7) | 42 (14,3) | 16 (7,4)  | 0 (45,3)            |
| Pustula           | 6 (1,6)   | 5 (1,7)   | 1 (0,5)   | 0 ( 4,2)            |
| Ekskoriasis       | 20 (5,4)  | 18 (6,1)  | 10 (4,6)  | 0 (16,6)            |
| Iktiosis          | 5 (1,3)   | 11 (3,7)  | 10 (4,6)  | 0 ( 9,0)            |
| Lain-lain         |           |           |           |                     |
| - Skuama          | 0         | 1 (0,3)   | 2 (0,9)   | 0 ( 1,0)            |
| - Hiperpigmentasi | 1 (0,3)   | 1 (0,3)   | 4 (1,9)   | 0 ( 2,1)            |
| - Hipopigmentasi  | 0         | 0         | 0         | 0                   |

**Tabel 4.** Pengobatan antihistamin pada pasien DA Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009 – 2011

| Antihistamin               | Tahun     |           |          | Jumlah (%) |
|----------------------------|-----------|-----------|----------|------------|
|                            | 2009 (%)  | 2010 (%)  | 2011 (%) |            |
| Cetirizin                  | 10 (3,4)  | 2 (0,7)   | 15 (5,2) | 0 (9,15)   |
| Mebhidrolin napadisilat    | 67 (23,2) | 59 (20,4) | 23 (7,9) | 0 (50,5)   |
| Loratadin                  | 45 (15,6) | 38 (13,1) | 26 (8,9) | 0 (36,9)   |
| Klorfeniramin maleat (CTM) | 1 (0,3)   | 2 (0,7)   | 4 (1,4)  | 0 (2,4)    |
| Hidroksizin                | 0         | 0         | 3 (1)    | 2 (1)      |

**Tabel 5.** Pengobatan kortikosteroid pada pasien DA di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009 – 2011

| Kortikosteroid   | Tahun     |           |          | Jumlah (%) |
|------------------|-----------|-----------|----------|------------|
|                  | 2009 (%)  | 2010 (%)  | 2011 (%) |            |
| Deksametason     | 56 (19,4) | 33 (11,4) | 8 (2,8)  | 97 (33,6)  |
| Prednison        | 1 (0,3)   | 0         | 0        | 0 (0,3)    |
| Metilprednisolon | 0         | 1 (0,3)   | 0        | 0 (0,3)    |

**Tabel 6.** Penggunaan Antibiotik pasien DA di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2009 – 2011

| Antibiotik  | Tahun    |          |          | Jumlah (%) |
|-------------|----------|----------|----------|------------|
|             | 2009 (%) | 2010 (%) | 2011 (%) |            |
| Eritromisin | 6 (2)    | 4 (1,4)  | 4 (1,4)  | 14 (4,8)   |
| Kloksasilin | 0        | 0        | 1        | 1          |

Sebagian besar adalah perempuan yaitu sebanyak 213 pasien (73,7%), sedangkan pasien laki-laki sebanyak 76 pasien (26,3%). Perbandingan pasien DA perempuan dan laki-laki yang mendapat pengobatan oral pada penelitian ini adalah 2,8:1. Keseluruhan pasien DA lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki dengan perbandingan 1,3:1. Pasien terbanyak berumur 15-24 tahun yaitu 106 pasien (36,7%). Jumlah kunjungan terbanyak pada bulan September 2009 yaitu 22 (20%) pasien. Tahun 2010 pada bulan Februari yaitu 14 (13%) pasien dan tahun 2011 pada bulan Februari dan Juli yaitu 9 (12,5%) pasien.

Penelitian ini menunjukkan keluhan terbanyak adalah gatal yaitu pada 214 (74%) pasien. Gatal merupakan masalah paling sering dikeluhkan pasien DA. Salah satu penyebab rasa gatal adalah peningkatan *transepidermal water loss* (TEWL) dan penurunan kadar air pada stratum korneum.<sup>3,8</sup> Lama keluhan yang terbanyak adalah lebih dari 12 bulan pada 107 (37%) pasien. Riwayat atopi pada pasien yang terbanyak adalah riwayat atopi pada pasien sendiri yaitu 215 (74,4%) pasien, sedangkan didapatkan 74 (25,6%) pasien tanpa riwayat atopi. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa DA dapat tidak disertai penyakit atopi lainnya.<sup>3,7</sup> Faktor makanan maupun minuman berpengaruh pada 168 pasien (58,1%). Alergen makanan terbukti dapat menimbulkan radang yang diperantarai IgE. Alergen makanan menyebabkan peningkatan histamin pada plasma.<sup>3</sup> Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di atas bahwa makanan merupakan faktor lain yang memiliki pengaruh terbanyak. Sifat gatal saat berkeringat didapatkan pada 180 pasien (62,3%). Literatur menjelaskan bahwa asetilkolin berperan pada mekanisme gatal yang diinduksi keringat.<sup>5,9</sup>

Penelitian ini menunjukkan lesi pada area fleksor adalah yang terbanyak yaitu 224 (77,5%) pasien. Morfologi lesi terbanyak adalah eritematosa yaitu 197 (68,2%). Pemeriksaan laboratorium yang terbanyak dilakukan adalah uji kulit yaitu pada 12 (4,2%) pasien.

Pengobatan antihistamin yang terbanyak adalah dengan mebhidrolin napadisilat yaitu pada 149 (51,5%) pasien. Antihistamin lain yang digunakan adalah loratadin pada 109 (36,9%) pasien, cetirizin pada 27 (9,3%) pasien, klorfeniramin maleat (CTM) pada 7 (2,4%) pasien, dan hidrosizin pada 3 (1%) pasien. Peran histamin pada mekanisme gatal dan inflamasi pada DA masih belum dapat dijelaskan sepenuhnya. Pemberian antihistamin generasi pertama yang

memiliki efek sedasi dapat dipertimbangkan pada pasien DA yang disertai gangguan tidur.<sup>9,10,11</sup> Sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa penggunaan antihistamin terbanyak adalah mebhidrolin napadisilat yang merupakan golongan antihistamin generasi pertama. Antihistamin generasi kedua juga banyak digunakan, karena sifatnya yang kurang lipofilik, tidak mempengaruhi sistem saraf pusat, dan memiliki keunggulan adanya efek anti inflamasi. Loratadin mengatur pelepasan sitokin, khususnya IL-6 dan IL-8, sedangkan cetirizin memiliki efek menghambat kemotaksis eosinofil, pelepasan, dan ekspresi molekul adesi endotelial.<sup>12</sup> Penelitian ini menunjukkan bahwa loratadin dan cetirizin merupakan golongan antihistamin generasi kedua yang sering digunakan.

Penelitian ini menunjukkan pengobatan dengan kortikosteroid yang terbanyak adalah deksametason yaitu pada 97 pasien (33,6%). Pada pengobatan dengan deksametason, 23 (7,9%) pasien diberikan secara *tapering off*. Penggunaan kortikosteroid oral jarang digunakan pada pengobatan DA dan masih bersifat kontroversial. Penggunaan pada pasien DA harus dilakukan secara hati-hati karena kemungkinan timbulnya efek samping, fenomena *rebound*, takifilaksis, dan ketergantungan. Kortikosteroid dapat dipertimbangkan pada keadaan yang berat, rekalsitran, atau eksaserbasi akut.<sup>11</sup> Penggunaan kortikosteroid sebaiknya dalam waktu singkat, dan dilakukan penurunan dosis (*tapering off*) bila sudah ada perbaikan.<sup>3,13</sup>

Pasien DA menunjukkan adanya peningkatan kolonisasi atau infeksi dengan organisme mikrob termasuk *Staphylococcus aureus*. Peran *Staphylococcus* selain sebagai superantigen juga dapat sebagai alergen. Peningkatan jumlah *S. aureus* ditemukan pada lebih dari 90% kulit pasien DA yang menyebabkan eksaserbasi proses inflamasi melalui mekanisme eksotoksin, enzim, dan superantigen. Kepadatan *Staphylococcus* pada DA berhubungan dengan adanya inflamasi pada kulit dan keparahan penyakit. Pengobatan dengan antistafilokokus merupakan bagian dari kesuksesan penatalaksanaan DA. Kasus DA yang ditandai dengan lesi basah, adanya pustula, krusta dan pus sebagai tanda infeksi sekunder dsapat dipertimbangkan pemberian antibiotik. Antibiotik dapat diberikan baik sistemik ataupun topikal sebagai monoterapi maupun kombinasi dengan kortikosteroid. Antibiotik tidak hanya dapat mengurangi kolonisasi bakteri, tetapi juga dapat memperbaiki keparahan DA.<sup>14,15,16</sup>

Penelitian ini menunjukkan pengobatan dengan antibiotik yang terbanyak adalah eritromisin pada 14 pasien (4,8%) dan kloksasilin pada 1 pasien (0,3%). Pemberian antibiotik oral tidak diberikan secara rutin pada pasien DA, namun jika terdapat indikasi dapat diberikan dalam jangka waktu yang pendek.<sup>10</sup> Kolonisasi *S. aureus* dapat menghasilkan eksotoksin yang bersifat superantigen pada kulit pasien DA.<sup>17-21</sup> Bila didapatkan tanda infeksi sekunder (krusta, pustula, pus) dapat diberikan antibiotik yang sensitif terhadap *Staphylococcus*, misalnya sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinase (dikloksasilin, kloksasilin, flukoksasilin). Eritromisin atau golongan makrolid lainnya dapat diberikan pada pasien yang alergi terhadap penisilin.<sup>22,23,24,25</sup> Penelitian ini menunjukkan antibiotik yang sering digunakan adalah eritromisin dan kloksasilin.

Antihistamin merupakan pengobatan oral yang paling banyak digunakan. Antihistamin yang terbanyak digunakan adalah mebhidrolin napadisilat. Pada beberapa pasien DA diberikan juga kortikosteroid oral. Kortikosteroid yang tersering digunakan adalah deksametason, dan 23,7% pasien diberikan dengan cara *tapering off*.

Rekam medis DA di Divisi Alergi-Imunologi perlu dilengkapi dengan data jenis lesi (misal ekzematosa, likenifikasi, atau adanya infeksi sekunder) dengan jelas, sehingga pemilihan jenis obat seperti kortikosteroid dan antibiotik lebih tepat indikasi. Penggunaan sistem penilaian (misalnya SCORAD) untuk menilai derajat penyakit dan pemeriksaan uji kulit harus disosialisasikan penerapannya sehingga penatalaksanaan pada pasien DA lebih paripurna. Keterangan mengenai riwayat pengobatan sebelumnya (kortikosteroid topikal atau oral, maupun pengobatan sendiri lainnya) perlu dipertimbangkan untuk dicantumkan pada rekam medis. Penggunaan antibiotik pada DA harus sesuai indikasi dan dalam jangka waktu yang pendek. Pemberian kortikosteroid oral pada DA harus dipertimbangkan hanya pada keadaan tertentu.

## KEPUSTAKAAN

1. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolf K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8<sup>th</sup>ed. New York: Mc Graw Hill; 2012.p.165-82.
2. James WD, Berger TG, Elston DM. Atopic dermatitis, eczema, and non infectious immunodeficiencies disorder. In: Gabbedy R, Pinczewski S, editors. Andrew's disease of the skin. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. p. 62-70.
3. Pohan SS. Dermatitis atopik: masalah dan penatalaksanaan. BIKKK 2006;18(8):165-171.
4. Sugito TL, Boediardja SA, Wisesa TW, Wisesa TW, Prihanti S, Agustin T. Buku panduan dermatitis atopik. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2011.
5. Budianti WK, Widaty S, Poesponegoro EH, Wiryadi BE. Patogenesis pruritus pada dermatitis atopik. MDVI 2010; 37(10):190-7.
6. Sukanto H. Atopic dermatitis an Overview. Dalam: Kumpulan makalah pendidikan kedokteran berkelanjutan "new perspective of dermatitis". Surabaya: Dept/SMF Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan PERDOSKI Cabang Surabaya; 2008. h. 1 – 14.
7. Uehara. Atopic diseases in families. In: Ring, editor. Handbook of atopic eczema. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag; 2006.p. 213-7.
8. Maurer M, Worm M, Zuberbier T. Antihistamine in atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, editors. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa UK Ltd; 2008. p. 197-206.
9. Stander S, Steinhoff, Luger TA. Patophysiology of pruritus. In: Bieber T, Leung DYM. Atopic dermatitis. New York: Marcel Dekker; 2002. p. 183-204.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 125). [March 2011]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
11. Sawitri. Atopic dermatitis: new therapeutic consideration. Dalam: Kumpulan makalah pendidikan kedokteran berkelanjutan "new perspective of dermatitis". Surabaya: Dept/SMF Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Unair /RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan PERDOSKI Cabang Surabaya; 2008. h. 97 – 114.
12. Zuberbier T. Antihistamine in atopic dermatitis. In: Ring J, Przybilla B, Ruzicka T. Handbook of atopic eczema. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag; 2006. p. 503-5.
13. Indropo A. Systemic corticosteroid therapy in dermatology. Dalam: Kumpulan makalah pendidikan kedokteran berkelanjutan "new perspective of dermatitis". Surabaya: Dept/SMF

- Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Unair / RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan PERDOSKI Cabang Surabaya; 2008. h. 73-82.
14. Cardona ID, Cho SH, Leung DYM, Role of bacterial superantigens in atopic dermatitis. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7(5): 273-9
  15. Hanifin JM, Cooper KD, Ho V, et al. Guidelines of care for atopic dermatitis, developed in accordance with American Academy of Dermatology (AAD)/ American Academy of Dermatology Association "Administrative Regulations for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines". *J Am Acad Dermatol* 2004; 50(3): 391-404.
  16. Leung DYM. Staphylococcus aureus in atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, editors. *Textbook of atopic dermatitis*. London: Informa UK Ltd; 2008. p. 1-12.
  17. Ring J, Gauger A. Antimicrobial therapy in atopic eczema. In: Ring J, Przybilla B, Ruzicka T, editors. *Handbook of atopic eczema*. 2<sup>nd</sup> ed Berlin: Springer-Verlag; 2006. p. 495-9.
  18. Schmitt J, Schakel K, Schmitt N, Meurer M. Systematic treatment of severe atopic eczema: a systematic review. *Acta Derm Venereol* 2007; 87:100-11.
  19. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taleb A, Werfel T, Oranje A, et al. ETFAD/EADF Eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24(3):317-28.
  20. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K, Ikezawa Z, Kondo N, Tamaki K, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis. *Allergy International* 2011; 60:205-20.
  21. Ring J, Alomar A, Beiber T, Deleuran M, Wagner AF, Gelemti C, et al. European Guideline. Management of AE must consider the individual symptomatic variability of the disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 1045-60.
  22. Rubel D, Thiumoorthy T, Soebaryo RW, Weng Steven CK, Gabriel TM, Villafuerte LI, et al. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: An Asia-Pacific Perspective. *J of Dermatol* 2013; 40: 160-71.
  23. Saeki H, Furue M, Furukawa F, Hide M, Ohtsuki M, Katayama I, Sasaki R, Suto H, Takehara K. Guidelines for management atopic eczema (Atopic Dermatitis) part 2. *Japanese Dermatol Assc* 2009; 36: 567-77.
  24. Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2014: 1-23.
  25. Metz W, Wahn U, Gieler U, Stock P, Schmitt J, Blume-Prytavi U. Chronic pruritus associated with dermatologic disease in infancy and childhood: update from an interdisciplinary group of dermatologists and pediatricians. *Ped All Immunol* 2013; 24:527-39.