

## SEORANG WANITA DENGAN URTIKARIA KRONIK IDIOPATIK

\*Ketut Suryana, \*\*Made Suastika Adiguna  
\*Bagian / SMF Ilmu Penyakit Dalam  
\*\*Bagian Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin  
FK Unud /RSUP Sanglah Denpasar

### ABSTRACT

#### WOMAN WITH IDIOPATHIC CHRONIC URTICARIA

Urticaria is characterized by red edematous plaques surrounded by a clear or red halo. The lesions are round or oval and may become polycyclic when confluent. They usually multiple and vary from 1 mm to several centimeters in diameter. They can occur at any site of the body and are typically associated with itching and sometimes burning. Skin returns to its normal appearances usually within 1-24 hours. Urticaria is sometimes accompanied by angioedema, in which the edematous process extends into the deep dermis and / or subcutaneous tissues. While patient with urticaria usually have symptoms confined to the skin they may have concomitant systemic manifestations. Urticaria is termed acute when episode less than 6 weeks, it's termed chronic when episode persist longer. Chronic urticaria / angioedema, the syndrome last and average of 3-5 years, with 20% patients still symptomatic at 40 years. The syndrome is frustrating to patient and clinician alike in death a search for an exogenous cause is futile in the majority of patients. However in recent year its has been demonstrated that many patients involved idiopathic chronic urticaria (80% of the chronic type urticaria). The incidence of idiopathic chronic urticaria was 3% population. The diagnosis, there is no the specific approach. Mostly based on clinical history and several laboratory procedure and in certain condition need skin biopsy. The management; allergen avoidance, medicamentosa symptomatically. The first line; non sedating second-generation AH-1 and in a several case add by antihistamine AH-2. in severe case sometimes need the corticosteroids or another immunosuppressive.

Keywords : idiopathic chronic urticaria

### PENDAHULUAN

Urtikaria relatif sering dijumpai di klinik. Umumnya sembuh spontan / *self-limited* dalam waktu singkat. Ketika urtikaria muncul dalam bentuk kronik potensiil menimbulkan problematik bahkan dapat menyebabkan frustrasi bagi pasien, maupun dokter.<sup>1,2</sup> Urtikaria akut bila bentol kemerahan dengan ukuran yang bervariasi serta gatal, timbul dan tidak lebih dari 6 minggu, urtikaria kronik dapat disertai angioedema

timbul 1-2 kali perminggu lebih dari 6 minggu, baik terus menerus atau intermiten. Angioedema; lesi lebih profunda. Sebagian penderita dapat mengalami keduanya ( urtikaria dan angioedema ) secara simultan atau bertahap . Sekitar 50% dari penderita mengalami urtikaria dan angioedema, 40% mengalami urtikaria saja, sedangkan diperkirakan sekitar 10% mengalami hanya angioedema. Diperkirakan 15-25 % dari populasi mengalami urtikaria akut dan / kronik selama hidupnya. Urtikaria Kronik Idiopatik (UKI) dapat dijumpai pada 3 % populasi. Patofisiologi terjadinya

lesi berupa bentol kemerahan dan gatal tersebut dapat didasari mekanisme alergi maupun nonalergi. Bila penyebab urtikaria kronik tidak teridentifikasi maka disebut Urtikaria Kronik Idiopatik.<sup>3-5</sup>

Pemeriksaan penunjang yang dipertimbangkan; *skin test*, atau *RAST* (IgE spesifik), DL dan hitung jenis, hitung eosinofil, pemeriksaan tinja (infestasi cacing), pemeriksaan komplemen (C4), *ANA test*, *ds-DNA*, faal tiroid (TSHs, FT4), antibodi mikrosomal, biopsi kulit. Penatalaksanaannya; menghindari penyebab jika mungkin, antihistamin, kortikosteroid, hindari hal-hal yang dapat memperburuk kondisi seperti; NSAID, alkohol, kelelahan fisik dan stres.<sup>4,6</sup> Dilaporkan kasus; seorang wanita, 39 tahun, dengan urtikaria kronik idiopatik.

### KASUS

Wanita 39 tahun, datang ke praktek swasta dengan keluhan utama bentol kemerahan pada kulit hampir seluruh tubuh dan gatal. Keluhan tersebut telah dirasakan sejak 6 bulan sebelumnya, kumat-kumatan 1-2 kali dalam seminggu dan berkurang setelah 1-2 hari walaupun telah mendapatkan pengobatan. Disamping itu penderita juga mengeluh terasa bengkak pada kedua kelopak mata, pegel-pegel, linu pada persendian dan juga badan meriang. Keluarga tidak ada yang mengeluh seperti penderita, tidak ada riwayat alergi obat, makanan dan bahan-bahan (alergen) lainnya. Tidak mengonsumsi alkohol, NSAID, suplemen. Penderita seorang ibu Rumah Tangga dengan aktivitas fisik umumnya biasa-biasa saja, terkadang memang agak capek. Penderita tidak pernah menderita penyakit kronik lainnya, rambut mudah rontok. Kekambuhan tidak ada kaitannya dengan perubahan lingkungan (panas/dingin), tekanan pada kulit.

Pada pemeriksaan fisik ( 25 Nopember 2004 ) :



Gambar 1. Kesan umum penderita

Didapatkan: penderita dengan kesan sakit sedang, kesadaran kompos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 92 x/menit reguler isi cukup, frekuensi pernafasan 20x/ menit dan tempratur aksila 37.8° C. Pada pemeriksaan kepala: tidak didapatkan kesan anemis maupun ikterus, sembab pada kedua kelopak mata / angioedema, bentol kemerahan dengan ukuran bervariasi dan gatal pada kulit muka.

Pemeriksaan THT kesan tenang. JVP normal. Tidak dijumpai pembesaran kelenjar limfe.



Gambar 2. Lesi di punggung

Pemeriksaan dada didapatkan ; bentuk dada normal, tersebar bentol kemerahan ukuran dan bentuk yang bervariasi tersebar diseluruh kulit dada dan punggung. Tersebar bentol kemerahan; ukuran dan bentuk bervariasi pada kulit dinding abdomen maupun pinggang, hati dan limfa tidak teraba. Ekstremitas tidak dijumpai edema, hanya ada bentol kemerahan; ukuran dan bentuk yang sangat bervariasi. Akral hangat tidak ada sianosis.

Pemeriksaan Jantung dan Paru dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen; bentuk normal/agak buncit(gemuk ).

Pada pemeriksaan laboratorium :

28-11-2004. Hb 11.2 g/dl, HCT 33.5%, WBC 6400/ul (hitung jenis proporsi eosinofil absolut: 0.26 10/(L), PLT 225.000/ul, LED 25, pada analisa tinja tidak ada cacing. SGPT 42 U/L, SGOT 44 U/L, total protein 5.8, albumin 4.1, BUN 25 U/L, SC 0.9 U/L. Gula darah puasa 105 g/dl. IgE total ; 216 IU/ml.

12-12-2004. ANA test (-), ds-DNA: (-), C4 komplemen; 40 mg/dl (10-40 mg/dl ).

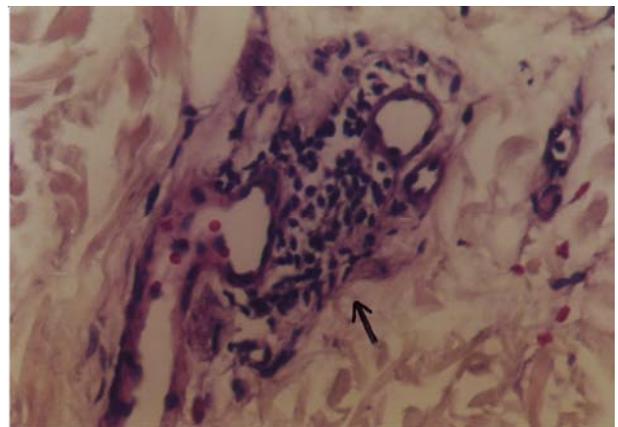
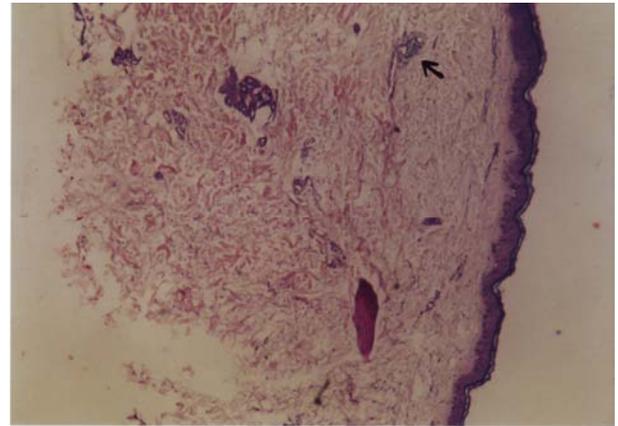
24-12-2004. Pemeriksaan biopsi kulit (gambar 3);

Makros : satu buah jaringan biopsi kulit diameter 4 mm, putih abu-abu, padat kenyal.

Mikros : tampak jaringan biopsi kulit, epidermis menunjukkan hiperkeratosis ringan. Pada dermis tampak edema, dengan serbukan ringan sel radang

limfosit di perivaskuler ( vaskulitis ). Tidak tampak tanda ganas pada sediaan ini.

Kesimpulan: gambaran ini bisa ditemukan pada urtikaria kronik



Gambar 3. PA biopsi kulit

Diagnosis : Urtikaria Kronik Idiopatik.

Penatalaksanaan : hindari faktor-faktor yang dapat memicu (pada penderita ini : aktivitas fisik yang berlebih ). Medikamentosa : antihistamin generasi II : desloratadine 10 mg 1x perhari dan pada malam hari ditambahkan antihistamin generasi I : *feniramine hidrogen maleat* 25 mg 1x perhari. Dalam 1 minggu pengobatan tidak memberikan hasil yang memadai, di tambahkan methyl prednisolon 2 x 16 mg. Setelah 1 minggu pengobatan berangsur mulai ada perbaikan,

pemberian antihistamine dilanjutkan dengan dosis yang sama, sementara dosis *methyl prednisolon* diturunkan menjadi 2 x 8 mg . Pada pengamatan 1 minggu berikutnya ; keluhan sudah jauh berkurang, dan lesi kulit minimal, dosis *methyl prednisolon* diturunkan menjadi 2x 4 mg, sementara dosis antihistamin lanjut.

Pada saat kontrol 1 minggu berikutnya ; keluhan gatal dan bentol kemerahan kecil kadang muncul dapat pagi kadang juga sore pemicunya tidak jelas ; saat itu hanya diterapi dengan antihistamin saja, serta selalu memperhatikan faktor-faktor yang sekiranya mungkin sebagai pemicu kekambuhan , walaupun sampai terakhir belum jelas.

### PEMBAHASAN

Urtikaria dapat timbul tiap hari atau intermiten, lamanya beberapa menit sampai beberapa jam bahkan beberapa hari. Dapat terjadi pada semua umur baik laki maupun perempuan, dengan penyebab kadang jelas, namun sebagian besar penyebabnya sulit di ketahui. Sebagian dapat sembuh dengan sendirinya, amun sebagian cenderung kumat-kumatan dan berkepanjangan, sehingga tidak jarang membuat penderita maupun dokter yang merawatnya agak frustrasi/jenuh. Urtikaria yang timbul pada usia relatif lebih muda/anak-anak, dan berkaitan dengan adanya riwayat atopi pada keluarga, reaksi alergi, dan umumnya sembuh dalam waktu kurang dari 6 minggu: disebut urtikaria akut.<sup>3</sup>

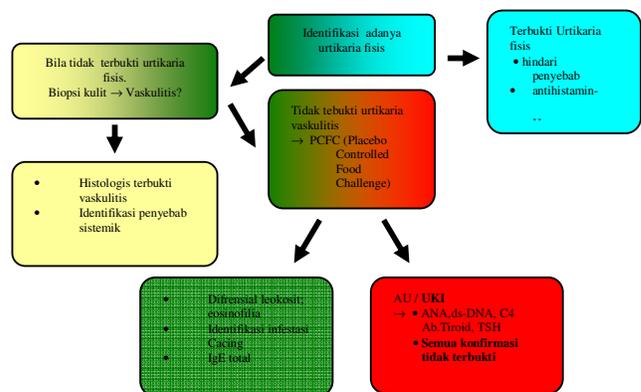
Pada kasus ini; seorang wanita umur dewasa (39 tahun ), tidak ada riwayat alergi makanan maupun alergi yang lain, riwayat atopi tidak dijumpai, difrensial leukosit; eosinofil normal, serum IgE total normal, serta keluhan urtikaria lebih dari 6 minggu. Jika urtikaria / bentol kemerahan dengan bentuk dan ukuran yang bervariasi, gatal; timbul tersebar pada kulit seluruh tubuh kumat- kumatan 1-2 x perminggu serta dapat dikeluhkan selama 1-2 hari, pada usia lebih dewasa umumnya lebih sering wanita, tidak dijumpai

riwayat atopi dalam keluarga, tidak ada riwayat alergi, dan gejalanya berkepanjangan ; lebih dari 6 minggu, disebut urtikaria kronik.

Ada beberapa subtype dari urtikaria kronik ; urtikaria fisis, urtikaria vaskulitis dan urtikaria kronik idiopatik. Urtikarifisis timbulnya gejala biasanya terkait dengan perubahan tempratur lingkungan yang mencolok, lebih sering akibat dingin. Pemicu yang lain misalnya; *trauma* mekanis, getaran, aktivitas fisik / *exercise*, stres emosional, sinar matahari, air.<sup>1,4-6</sup> Pada kasus ini tidak dijumpai pemicu tersebut.

Urtikaria Vaskulitis sebenarnya merupakan manifestasi kulit dari penyakit sistemik / *Autoimmune diseases*. Pada kasus ini; adanya keluhan sumer-sumer, linu pada sendi-sendi,wanita umur dekade II – IV; ANA test: negatif, ds-DNA negatif, analisa urin; proteinuria negatif, biopsi kulit; meskipun menunjukkan gambaran vaskulitis, tetapi oleh karena kaitannya dengan penyakit sistemik tidak teridentifikasi, maka kemungkinan urtikaria Vaskulitis, vidak konfirmatif. Demikian juga kemungkinan penyakit autoimmune yang lain (tiroid). Urtikaria kronik idiopatik; jika tidak diketahui pemicunya yang spesifik pada penelusuran dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, maupun hasil laboratorium. Sebanyak 80-90% dari urtikaria kronik adalah idiopatik.

Alur pendekatan diagnostik urtikaria kronik;



Gambar 4. Alur pendekatan diagnostik urtikaria kronik<sup>4</sup>

PENATALAKSANAAN URTIKARIA KRONIK  
IDIOPATIK:

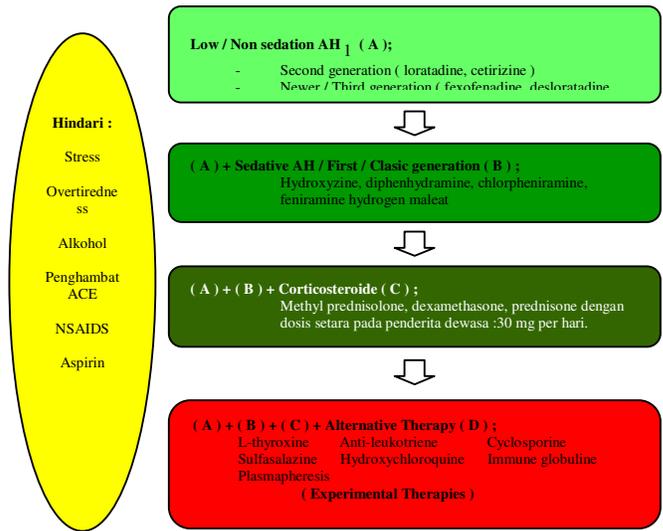
1. Hindari / avoidance :

NSAIDS, aspirin, penghambat ACE, alkohol, kelelahan fisik, stress.

2. Medikamentosa :

Terapi medikamentosa bersifat simptomatis. Obat lini pertama adalah antihistamine generasi II (*Nonsedating second-generation*) *loratadine, cetirizine*. Sebagai alternatif dapat dipilih antihistamine generasi terbaru; *fexofenadine HCl, desloratadine, levo-cetirizine*.<sup>7,8</sup> Waktu pemberian antihistamine sebaiknya mengikuti ritme diurnal urtikaria. Penambahan antihistamine AH<sub>2</sub> (simetidin) pada beberapa kasus memberikan perbaikan. Jika pruritus menonjol pada malam hari bahkan tidak jarang penderita cemas maka dapat ditambahkan antihistamine generasi klasik / I sekali sehari pada malam hari. Apabila semua tahapan terapi yang diberikan tersebut belum memberikan hasil dapat diberikan kortikosteroid, dan pemberiannya tidak lebih dari 3 minggu. Penggunaan antagonis leukotrin (zafirlukast, montelukast ) belum banyak ada bukti-bukti klinis. Pada kasus-kasus yang resisten terhadap modalitas terapi diatas; dapat dicoba pemberian cyclosporin dosis rendah ; 2.5 – 3 mg per Kg BB per hari, dengan dosis maksimal 6 mg / Kg BB per hari. Ada satu laporan kasus; yang mengatakan *sulfasalazine*, demikian juga *hydroxychloroquine* atau dapsone dan injeksi Immune globulin iv, dikatakan efektif, namun belum ada penelitian besar yang mendukungnya. Pemberian *levothyroxine*; pada penderita yang mempunyai antibodi antithyroide meskipun penderita dalam kondisi euthyroid. *Plasmapheresis* dapat dipertimbangkan pada penderita yang menunjukkan adanya antibodi terhadap reseptor IgE.<sup>4</sup>

First - line



Gambar 5. Alur penatalaksanaan UKI

Pada kasus ini diterapi dengan *loratadine* 10 mg (AH-1 generasi II) 1 x per hari, *feniramin hydrogen maleat* 25 mg (AH-1 gen I) 1 x per hari, *methyl prednisolone* 16 mg 2 x per hari dan menghindari faktor pemicu.

RINGKASAN

wanita 39 tahun dengan urtikaria kronik idiopatik. Diagnosis berdasarkan riwayat penyakit: timbulnya bentol kemerahan gatal di kulit seluruh tubuh, kumat-kumatan dan sudah sejak lebih dari 6 minggu sebelumnya. Juga bengkak pada kedua kelopak mata, terasa sumer-sumer, dan linu pada persendian. Tidak ada riwayat atopi, maupun alergi makanan. Dari hasil pemeriksaan penunjang tidak ada yang spesifik. Diberikan antihistamine generasi II, ditambahkan AH-1 generasi I pada malam hari, kortikostetroid dan menghindari faktor pemicu. Setelah pengobatan sekitar 3 minggu mulai tampak ada perbaikan.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Malcolm W G. Chronic urticaria ; pathophysiology, diagnosis and treatment. JACI – APAPARI. Joint Meeting 2006.
  2. Retno W S. The Role of Non Sedating Antihistamine in Management of Chronic Idiopathic Urticaria. JACI – APAPARI. Joint Meeting 2006.
  3. Javed S. Urticaria.Last Updated : November 19, 2004. E-Medicine 2004.
  4. Kaplan AP. Chronic urticaria: Pathogenesis and treatment. J Allergy Clin Immunol 2004; 114:465-74.
  5. Kaplan AP. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med 2002; 346:175-79.
  6. Sundaru H, 2001. Urtikaria kronik, diagnosis dan penatalaksanaan. In: Alwi I, Setiati S, Sudoyo AW, Bawazier LA, Kasjmir YI and Mansjoer A (eds). Naskah Lengkap Penyakit Dalam. Jakarta. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp. 17-25.
  7. Ring J, Hein R, Gauger A, Bronsky E, Miller B, et al. Once-daily desloratadine improves the signs and symptoms of chronic idiopathic urticaria: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Invest Dermatol 2001; 40:1-5.
  8. Fin AF, Kaplan AP, Fretwell R, Qu R, and Long J. A double-blind, placebo-controlled trial of fexofenadine HCl in the treatment of chronic idiopathic urticaria. J Allergy Clin Immunol 1999; 104:1071-78.
-