



MANAJEMEN TERAPI RHINITIS

Redi Bintang Pratama¹

¹ Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Corresponding Author: Redi Bintang Pratama, Prodi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung.

E-Mail: Redybintang@gmail.com

Received April 09, 2021; **Accepted** April 13, 2021; **Online Published** April 20, 2021

Abstrak

Rhinitis alergi merupakan penyakit inflamasi yang dimediasi IgE pada mukosa hidung, yang dipicu oleh adanya paparan alergen. Kondisi ini berdampak signifikan pada tidur, pekerjaan, dan kinerja sekolah penderitanya. Kondisi rhinitis alergi ini sering dikaitkan dengan kondisi dermatitis atopi, alergi makanan, dan asma. Gejala utamanya termasuk rinorea, hidung tersumbat, dan bersin, meskipun gejala mata juga dapat terjadi. Berbagai pilihan terapi tersedia untuk penanganan rhinitis alergi. Algoritma pengobatan standar dimulai dengan edukasi untuk menghindari alergen, kemudian diikuti dengan pemberian agen farmakologis. Untuk rhinitis alergi ringan hingga sedang, antihistamin generasi baru menjadi pengobatan lini pertama dan lebih disukai daripada antihistamin generasi lama, karena lebih aman dengan efek samping yang minimal. Kortikosteroid intranasal adalah perawatan andalan untuk rhinitis alergi sedang hingga berat karena terbukti aman dan efektif. Pada pasien yang tidak ada perbaikan setelah pemberian kortikosteroid intranasal, kombinasi antihistamin dan kortikosteroid harus dipertimbangkan. Jika dengan pemberian obat-obatan kombinasi tidak ada perbaikan, satu-satunya pilihan adalah dengan *allergic specific immunotherapy*.

Keywords: Rhinitis Alergi; Manajemen Terapi; Antihistamin

PENDAHULUAN

Rhinitis alergi merupakan penyakit inflamasi yang dimediasi IgE pada mukosa hidung, yang dipicu oleh adanya paparan alergen. Kondisi ini berdampak signifikan pada tidur, pekerjaan, dan kinerja sekolah penderitanya. Kondisi rhinitis alergi ini sering dikaitkan dengan kondisi dermatitis atopi, alergi makanan, dan asma. Gejala utamanya termasuk rinorea, hidung tersumbat, dan bersin, meskipun gejala mata juga dapat terjadi.¹

Diagnosis rhinitis alergi didapatkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis, riwayat pasien harus mencakup evaluasi gejala seperti rinorea, hidung gatal, bersin, konjungtivitis alergi, dan hidung tersumbat.

Waktu timbulnya gejala perlu diketahui karena sangat penting dalam menentukan alergen mana yang dicurigai sebagai penyebab timbulnya gejala. Riwayat penyakit lain seperti asma juga harus dinilai. Secara epidemiologi, hingga 40% pasien dengan rhinitis alergi memiliki riwayat asma. Riwayat atopi dalam keluarga juga merupakan salah satu faktor risiko kuat yang dapat mendukung diagnosis rhinitis alergi.²

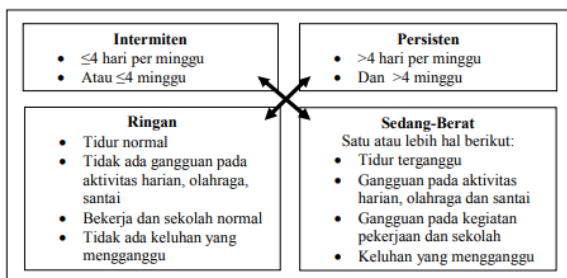
Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menilai kondisi eksternal dan internal dari hidung. Pada pemeriksaan fisik dicari gejala gatal pada hidung, telinga, palatum atau tenggorok, sekret bening cair, kongesti nasal, nyeri kepala sinus, disfungsi tuba estachius, bernafas lewat mulut atau mengorok, post

nasal drip kronis, batuk kronis non produktif, sering mendehem, dan kelelahan pagi hari. Secara khusus, penanda atopi dicari diantaranya *allergic shiner*, *allergic salute*, dan *allergic crease*. Bila disertai keluhan pada mata maka pemeriksaan palpebra dan konjungtiva diperlukan untuk menemukan edema, sekret, dan kelainan lainnya.³

Pemeriksaan penunjang dilakukan melalui *skin prick test*. Pemeriksaan ini menjadi pilihan karena cepat, murah, dan tidak invasif untuk mengkonfirmasi atau menyingkirkan adanya alergi. Pemeriksaan IgE

ISI

The Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) mengklasifikasikan rhinitis alergi berdasarkan lama gejala dan beratnya gejala



Gambar 1. Klasifikasi rinitis alergi menurut ARIA

Menurut klasifikasi tersebut, maka rhinitis alergi berdasarkan lama gejala dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Intermiten: gejala ≤4 hari per minggu atau lamanya ≤4 minggu
2. Persisten: gejala >4 hari per minggu dan lamanya >4 minggu

Sedangkan berdasarkan beratnya gejala, rhinitis alergi dibagi menjadi:

1. Ringan:
 - a. Tidur normal
 - b. Aktivitas sehari-hari, saat olahraga dan santai normal
 - c. Bekerja dan sekolah normal

spesifik secara in vitro jika pemeriksaan *skin prick test* tidak mungkin dilakukan misal pada pasien-pasien dengan ruam atau pasien yang mengonsumsi antihistamin rutin.⁴

Setelah diagnosis rhinitis alergi ditegakkan, pasien diedukasi untuk sebisa mungkin menghindari alergen pencetus timbulnya gejala sebelum dilanjutkan dengan farmakoterapi.

- d. Tidak ada keluhan yang mengganggu
2. Sedang atau berat: (satu atau lebih gejala)
 - a. Tidur terganggu (tidak normal)
 - b. Aktivitas sehari-hari, saat olahraga dan santai terganggu
 - c. Gangguan saat bekerja dan sekolah
 - d. Ada keluhan yang mengganggu⁶

Algoritma pengobatan standar untuk rhinitis alergi dimulai dengan penghindaran alergen. Pasien diedukasi untuk membatasi paparan alergen yang relevan dengan mengambil tindakan pencegahan, seperti menutup jendela untuk mencegah masuknya serbuk sari, menjaga kelembaban <40% di rumah untuk mencegah tungau debu dan pertumbuhan jamur, dan / atau menggunakan filter udara untuk menghilangkan bulu binatang dari udara. Jika gejala tetap ada meskipun sudah dilakukan penghindaran terhadap alergen, antihistamin oral adalah pilihan farmakologis lini pertama. Antihistamin oral ini dianggap sebagai obat yang paling efektif dengan efek samping paling minimal.⁷

Kortikosteroid intranasal juga direkomendasikan sebagai pengobatan lini pertama, dan pada kenyataannya menunjukkan efektivitas yang lebih

besar daripada pemberian antihistamin oral. Kombinasi antara keduanya memiliki hasil yang signifikan.⁸

Pasien yang tetap bergejala setelah diterapi menggunakan kortikosteroid intranasal atau kombinasi dengan antihistamin atau pasien yang tidak ingin menjalani perawatan tersebut dalam jangka panjang atau pasien anak dengan prioritas pencegahan perkembangan gejala asma dipikirkan *allergen specific immunotherapy*.⁹

Antihistamin oral sudah bertahun-tahun digunakan sebagai pilihan utama dalam terapi rhinitis alergi. Ada dua generasi antihistamin oral yaitu antihistamin generasi pertama dan antihistamin generasi terbaru. Antihistamin generasi pertama, seperti diphenhydramine dikaitkan dengan efek samping sistem saraf pusat (SSP) yang merugikan, termasuk sedasi dan gangguan mental, serta efek samping antikolinergik seperti mulut kering, mata kering, retensi urin, dan konstipasi. Antihistamin generasi baru melalui berbagai penelitian telah terbukti lebih aman daripada antihistamin generasi pertama dan menjadi pilihan terbaik dalam terapi rhinitis alergi. Antihistamin generasi terbaru seperti cetirizine, loratadine, desloratadine, fexofenadine, rupatadine dan bilastine telah menunjukkan efektivitas yang lebih baik dan efek samping yang minimal dan harus dipilih sebagai lini pertama untuk terapi rhinitis alergi.¹⁰

Salah satu kekhawatiran mengenai penggunaan antihistamin oral adalah kemungkinan bahwa antihistamin oral ini tidak dapat mencapai konsentrasi yang cukup tinggi di mukosa hidung setelah pemberian oral untuk menghambat pelepasan sitokin yang distimulasi histamin dan mediator lain dari reaksi alergi fase awal dan akhir. Antihistamin intranasal dikembangkan untuk memastikan konsentrasi obat cukup di mukosa hidung, meningkatkan efek anti-alergi dan anti-inflamasi lokal

selain itu juga meminimalisir paparan sistemik terhadap terapi.¹¹

Pedoman ARIA (*The Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma*) merekomendasikan penggunaan kortikosteroid intranasal sebagai salah satu pilihan terapi untuk rhinitis ringan dan sedang hingga berat pada anak-anak dan dewasa. Kortikosteroid intranasal menghambat alergi fase awal dan akhir pada rhinitis alergi dengan mencegah mediasi sel imun, dan pelepasan mediator inflamasi dari sel yang terlibat dalam patofisiologi rhinitis alergi. Semua kortikosteroid intranasal yang tersedia saat ini efisien dalam mengendalikan gejala rhinitis alergi, seperti hidung tersumbat, gatal, rinore, dan bersin. Penggunaan kortikosteroid intranasal tidak dikaitkan dengan efek samping sistemik seperti penggunaan kortikosteroid oral tetapi hanya efek samping lokal ringan termasuk epistaksis, hidung kering, rasa panas dan terbakar, serta sensasi menyengat. Penggunaan kortikosteroid intranasal ini berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan memiliki efek lebih baik dibandingkan penggunaan antihistamin namun dengan efek samping terapi yang lebih berat sehingga sampai saat ini penggunaan antihistamin oral masih menjadi pilihan utama.¹²

Leukotrien receptor antagonist atau LTRA memblokir aktivitas *cysteinyl leukotrienes* (CysLTs) yang merupakan mediator inflamasi kuat yang terkait dengan gejala hidung tersumbat, produksi lendir, dan inflamasi yang bertanggung jawab untuk gejala rhinitis alergi. Pedoman ARIA saat ini merekomendasikan penggunaan leukotrien untuk digunakan pada pasien rhinitis alergi yang berat. Penelitian yang lebih baru menunjukkan adanya efek samping neuropsikiatri dengan penggunaan LTRA ini. Badan Pengawas Obat dan Makanan A.S. telah melarang penggunaannya sebagai terapi lini pertama untuk rhinitis alergi ringan dan hanya digunakan untuk kasus berat.¹³

Allergen Specific Immunotherapy adalah modalitas terapi yang memberikan penyembuhan jangka panjang dari gejala rhinitis alergi. Ada dua metode administrasi yang dapat digunakan yaitu secara subkutan maupun sublingual. Sebagai terapi yang berpotensi untuk memodifikasi penyakit, terapi ini sering kali menjadi pilihan pengobatan terakhir untuk pasien yang gejalanya tidak tertangani dengan baik oleh terapi farmakologis. Memang, ini adalah pilihan bagi pasien yang belum menanggapi farmakoterapi standar atau mereka yang ingin menghindari penggunaan farmakoterapi dalam jangka panjang. Faktor-faktor seperti kepatuhan dan kondisi komorbiditas harus dipertimbangkan pada pasien muda serta pada orang tua.

Kontraindikasi untuk *allergic specific immunotherapy* dalam pengobatan rhinitis alergi termasuk pasien dengan asma yang parah dan tidak

SIMPULAN

Berbagai pilihan terapi tersedia untuk penanganan rhinitis alergi. Algoritma pengobatan standar dimulai dengan edukasi untuk menghindari alergen, kemudian diikuti dengan pemberian agen farmakologis.

Untuk rhinitis alergi ringan hingga sedang, antihistamin generasi baru menjadi pengobatan lini pertama dan lebih disukai daripada antihistamin generasi lama, karena lebih aman dengan efek samping

DAFTAR PUSTAKA

1. Keith PK, Desrosiers M, Laister T, Schellenberg RR, Wasserman S. 2012. *The burden of allergic rhinitis (AR) in Canada: perspectives of physicians and patients*. Allergy Asthma Clin Immunol.
2. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. 2018. *Allergy Asthma Clin Immunol*.

terkontrol, kondisi komorbid seperti tekanan darah tinggi dan penyakit jantung yang memerlukan penggunaan beta-blocker, dan harus berhati-hati pada pasien dengan terapi ACE-inhibitor. Dimulainya AIT selama kehamilan merupakan kontraindikasi karena meningkatkan risiko anafilaksis. Efek perlindungan dari gejala rhinitis alergi dapat dipertahankan hingga 2-3 tahun setelah AIT.¹⁴

Allergic specific immunotherapy (AIT) menstimulasi toleransi terhadap alergen dan merupakan pengobatan yang memodifikasi penyakit. Pembentukan toleransi jangka panjang melibatkan fungsi sel mast, basophil, sel T dan sel B untuk meregulasi spesifik alergen dan produksi antibody spesifik. Pengurangan gejala dan perbaikan klinis dicapai dengan menjauhkan respon imun dari inflamasi alergi.¹⁵

yang minimal. Kortikosteroid intranasal adalah perawatan andalan untuk rhinitis alergi sedang hingga berat karena terbukti aman dan efektif.

Pada pasien yang tidak ada perbaikan setelah pemberian kortikosteroid intranasal, kombinasi antihistamin dan kortikosteroid harus dipertimbangkan. Jika dengan pemberian obat-obatan kombinasi tidak ada perbaikan, satu-satunya pilihan adalah dengan *allergic specific immunotherapy*

3. Bergeron C, Hamid Q. 2005. *Relationship between asthma and rhinitis: epidemiologic, pathophysiologic, and therapeutic aspects*. Allergy Asthma Clin Immunol.
4. Wang D-Y. 2005. *Risk factors of allergic rhinitis: genetic or environmental? Ther Clin Risk Manag*.

5. Pajno GB, Bernardini R, Peroni D, et al. 2017. *Clinical practice recommendations for allergen-specific immunotherapy in children: the Italian consensus report*. Ital J Pediatr.
6. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. 2002. *H1-antihistamines: inverse agonism, anti-inflammatory actions and cardiac effects*. Clin Exp Allergy.
7. Simons FER, Simons KJ. 2011. *Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress*. J Allergy Clin Immunol
8. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. 2008. *BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis*. Clin Exp Allergy.
9. Meltzer EO. 2005. *Intranasal steroids: Managing allergic rhinitis and tailoring treatment to patient preference*. Allergy Asthma Proc.
10. Palmer RB, Reynolds KM, Banner W, et al. *Adverse events associated with diphenhydramine in children, 2008–2015*. Clin Toxicol.
11. Benninger MS. 1999. *Intranasal corticosteroids vs oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomized control trials*. Am J Rhinol
12. Juel-Berg N, Darling P, Bolvig J, et al. 2017. *Intranasal corticosteroids compared with oral antihistamines in allergic rhinitis: a systematic review and metaanalysis*. Am J Rhinol Allergy.
13. Neuropsychiatric events following montelukast use: a propensity score matched. <https://www.sentinelinitiative.org/drugs/assessments/neuropsychiatric-events-following-montelukast-use-propensity-score-matched>
diakses 29 Maret 2021
14. Bernstein DI, Murphy KR, Nolte H, Kaur A, Maloney J. 2014. *Efficacy of short ragweed sublingual immunotherapy tablet (SLIT-T) in mono-sensitized and poly-sensitized subjects*. J Allergy Clin Immunol
15. Głobińska, A., Boonpiyathad, T., Satitsuksanoa, P., Kleuskens, M., van de Veen, W., Sokolowska, M., & Akdis, M. 2018. *Mechanisms of allergen-specific immunotherapy: Diverse mechanisms of immune tolerance to allergens*. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 121(3), 306-312.