

[Case Report]

SEORANG LAKI-LAKI BERUSIA 15 TAHUN DENGAN DERMATITIS KONTAK ALERGI DAN TINEA CORPORIS

A 15-Year-Old Male with Allergic Contact Dermatitis and Tinea Corporis

R. Annisa Wildani¹, Aris Cahyono²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, RSUD DR. Harjono S. Ponorogo

Korespondensi: author 1. Alamat email: annisawildani15@gmail.com

ABSTRAK

Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen. Tinea corporis adalah infeksi dermatofita superfisial pada kulit yang tidak berambut. Seorang laki-laki berusia 15 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Harjono Ponorogo dengan keluhan kemerahan yang disertai rasa gatal dan pengelupasan pada telapak kaki. Keluhan dirasakan pertama kali sejak 5 bulan yang lalu. Keluhan kambuh-kambuhan. Pasien rutin berobat ke poliklinik kulit dan kelamin sebelumnya. Pasien juga mengeluhkan gatal pada lengan dan bokong. Gatal dirasakan terus menerus dan bertambah gatal saat pasien berkeringat. Pada awalnya terdapat bercak merah bulat pada daerah tersebut dan terasa sangat gatal, namun semakin hari bercak kemerahan semakin melebar hingga warna berubah menjadi merah kehitaman. Pekerjaan pasien adalah peternak, pasien setiap hari mencari rumput untuk pakan ternak dan kadang tidak memakai alas kaki. Pasien kemudian didiagnosis Dermatitis Kontak Alergi dan Tinea Corporis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik regio plantar didapatkan adanya makula eritematosa batas tidak jelas dengan skuama, sedangkan pada ekstremitas didapatkan adanya makula hiperpigmentasi berbatas jelas dan didapatkan central healing disertai tepi aktif yang meninggi. Penatalaksanaan DKA dapat diberikan Kortikosteroid topikal dan antihistamin generasi kedua. Pada Tinea corporis dapat diberikan antifungi oral dan topikal serta diedukasi pentingnya menjaga kebersihan diri.

Kata Kunci: Dermatitis, Alergi, Tinea

ABSTRACT

Allergic contact dermatitis (DKA) is an inflammatory skin process caused by allergens. Tinea corporis is a superficial dermatophyte infection of hairless skin. A 15 years old male came to the skin and genital clinic at Harjono Ponorogo Regional Hospital with complaints of redness accompanied by itching and peeling on the soles of his feet. Complaints were felt for the first time 5 months ago. Recurring complaints. The patient routinely went to the skin and genital clinic before. Patients also complain of itching on the arms and buttocks. The itching is felt continuously and gets worse when the patient sweats. At first there were round red spots in the area and it felt very itchy, but as the days went by the red spots got wider until the color changed to blackish red. The patient's occupation is a farmer, the patient looks for grass every day for animal feed and sometimes does not wear shoes. The patient was then diagnosed with Allergic Contact Dermatitis and Tinea Corporis based on the history and physical examination of the plantar region, which revealed erythematous macules with unclear boundaries with scaling, while on the extremities there were clearly defined hyperpigmented macules and central healing accompanied by raised active edges. DKA can be treated with topical corticosteroids and second-generation antihistamines. For Tinea corporis, oral and topical antifungals can be given and education is given about the importance of maintaining personal hygiene.

Keywords: Dermatitis, Allergies, Tinea

PENDAHULUAN

Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen tertentu. DKA termasuk dalam Hipersensitivitas tipe IV sebelumnya peka terhadap alergen. *The North American Contact Dermatitis Group* (NACDG) melaporkan dari 2009–2010 dan 2011–2012, menunjukkan bahwa prevalensi DKA telah meningkat dari 46,3% menjadi 48,0%. Prevalensi pasien DKA yang dirawat di Rumah Sakit Umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang, pada 2008 mencapai 13,42%. Dermatitis kontak alergi dapat disebabkan oleh beberapa faktor termasuk genetik, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan komorbiditas lainnya seperti dermatitis kontak iritan (DKI), Dermatitis atopik, dan urtikaria kronis (Taslim & Munir, 2020).

Tinea corporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Tinea corporis didapatkan lebih banyak pada Laki-laki pasca pubertas dibanding wanita, dapat terjadi pada semua

usia, biasanya mengenai usia 18-25 tahun serta 40-50 tahun. Tinea corporis juga bisa didapatkan pada pekerja yang berhubungan dengan hewan-hewan. Maserasi dan oklusi kulit lipatan menyebabkan peningkatan suhu dan kelembaban kulit sehingga menyebabkan terjadinya infeksi. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dan kontak tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain (Putri et al. 2017)

Laporan kasus ini membahas tentang dermatitis kontak alergi dan tinea corporis pada laki-laki berusia 15 tahun dengan keluhan kemerahan disertai gatal pada telapak kaki dan gatal pada lengan dan bokong.

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 15 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Harjono Ponorogo dengan keluhan kemerahan yang disertai rasa gatal dan pengelupasan pada telapak kaki. Keluhan dirasakan pertama kali sejak 5 bulan yang lalu. Keluhan bersifat kambuh-kambuhan. Pasien rutin berobat ke poliklinik kulit dan kelamin sebelumnya.

Pasien juga mengeluhkan gatal pada lengan dan bokong. Gatal dirasakan terus menerus dan bertambah gatal saat pasien berkeringat. Pada awalnya terdapat bercak merah bulat pada daerah tersebut dan terasa sangat gatal, namun semakin hari bercak kemerahan semakin melebar hingga warna berubah menjadi merah kehitaman. Pekerjaan pasien adalah peternak sapi dan kambing, pasien setiap hari pergi mencari rumput untuk pakan ternak dan kadang pasien tidak memakai alas kaki.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 24x/menit. Pada pemeriksaan status generalis kepala, leher, thoraks, abdomen dan ekstremitas dalam batas normal.

Pada pemeriksaan fisik status lokalis regio plantar didapatkan adanya makula eritematosa batas tidak jelas dengan skuama, sedangkan pada ekstremitas didapatkan adanya makula hiperpigmentasi berbatas jelas dan didapatkan *central healing* disertai tepi aktif yang meninggi.



Gambar 1. makula hiperpigmentasi berbatas jelas dan didapatkan *central healing* disertai tepi aktif yang meninggi.



Gambar 2. makula eritematosa batas tidak jelas dengan skuama

Pada kasus ini pasien mendapatkan terapi sistemik metilprednisolon 4 mg dan Cetirizin 10 mg dalam kapsul diminum 3x1 kapsul selama 4 hari dilanjutkan 2x1 kapsul selama 4 hari dan 1x1 kapsul 4 hari berikutnya. Pasien juga mendapatkan terapi sistemik

ketoconazole 200 mg 1x1 tablet. Untuk obat topikal pasien mendapatkan terapi Desoximetasone 0,25% Krim 2x1 dan Ketoconazole 2% Krim 2x1. Pasien juga di berikan edukasi agar menjaga kebersihan dan kelembapan kulit, menghindari alergen, dan tidak menggaruk area yang luka.

PEMBAHASAN DAN DISKUSI

Dermatitis kontak alergi merupakan reaksi hipersensitivitas tipe lambat yang terjadi ketika kulit terkontak dengan bahan kimia, pada seseorang yang sebelumnya telah tersensitasi. Respon kulit terhadap DKA dan DKI tergantung pada bahan kimia, durasi dan sifat dasar dari kontak serta kelemahan individu. Bahan kimia yang menyebabkan dermatitis kontak ditemukan pada perhiasan, produk untuk perawatan diri, tanaman, pengobatan topikal ataupun sistemik. Gambaran klinik antara DKA dan DKI sulit dibedakan, dibutuhkan tes tempel untuk membantu mengidentifikasi alergen atau meniadakan alergen yang dicurigai (Afifah et al. 2020).

Penelitian yang dilakukan di RSUD Soetomo tahun 2017 menunjukkan keluhan

terbanyak adalah gatal yaitu pada 214 (74%) pasien. Gatal merupakan masalah paling sering dikeluhkan pasien Dermatitis. Salah satu penyebab rasa gatal adalah peningkatan transepidermal water loss (TEWL) dan penurunan kadar air di stratum korneum (Taslim & Munir, 2020).

Dermatitis kontak dapat dibagi menjadi dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA). DKA adalah reaksi kulit spesifik antigen yang dimediasi imun untuk bahan kimia alergi yang sesuai dengan Tipe Hipersensitivitas Delay Response (reaksi tipe IV). Gold Standar untuk diagnosis adalah uji Patch Test (epikutan). Tes ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas antara 70% dan 80%. Pengobatan pilihan untuk DKA adalah kortikosteroid topikal, dan berbagai perawatan simptomatik dapat digunakan untuk menghilangkan rasa gatal (Anggraini et al. 2017).

Manifestasi klinis DKA bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus pada kasus yang parah. Pruritus adalah gejala utama yang ditemukan pada pasien DKA (Kullberg et al. 2020).

Kortikosteroid topikal adalah obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan pasien dengan penyakit kulit inflamasi. Risiko yang terkait dengan penggunaan kortikosteroid lebih ditujukan dari manfaat terapeutik, dan tergantung dari potensi steroid dan kapasitas penetrasi perkutan. Pada pasien ini juga diberikan kortikosteroid oral dikarenakan pada pasien ini terdapat lesi yang luas dan sedikit dalam. 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 (Murlistyarini et al. 2018).

Terapi medikamentosa pada DKA berupa pengobatan sistemik maupun topikal. Pengobatan sistemik yang diberikan yaitu antihistamin, seperti klorfeniramin, dipenhidramin, dan cetirizine. Kortikosteroid topikal dapat digunakan sebagai antiinflamasi, seperti desoksimeson dan betametason krim

(Marganingsih et al. 2016).

Pada pasien ini diberikan antihistamin, yaitu cetirizine tablet 1x10 mg dan diberikan kortikosteroid yaitu desoksimeson 0,25% krim. Setelah diberi intervensi, pasien mengerti akan pentingnya menggunakan alat pelindung diri yang sesuai, serta menjaga kelembaban dan kebersihan kulit sebagai salah satu tindakan yang dapat dilakukan pasien untuk mencegah keluhannya muncul kembali.

Intervensi non medikamentosa di antaranya adalah memberikan penjelasan kepada pasien mengenai dermatitis kontak alergi yang meliputi penyebab, gejala, faktor risiko, penatalaksanaan dan komplikasinya (Afifah et al. 2020).

Penderita dijelaskan agar menghindari kontak dengan bahan alergen karena keluhan dapat timbul kembali bila terjadi kontak, yaitu dengan mengganti alat pelindung diri yang sesuai pada saat bekerja, seperti celana lengan panjang dan sepatu berbahan kain atau kanvas yang menutupi tumit sampai betis (Anggraini, 2021).

Penting untuk diberikan edukasi tidak menggaruk lesi yang gatal karena dapat

meninggalkan jejas dan nyeri. Segera mandi dan ganti pakaian yang bersih setelah selesai bekerja. Menjelaskan kepada pasien bahwa apabila luka sudah mengering akan meninggalkan bekas kehitaman namun dapat memudar dalam beberapa waktu (Afifah et al. 2020).

Selain itu, memberikan penjelasan kepada pasien untuk segera berobat ke pelayanan kesehatan jika merasakan keluhan yang sama dan semakin memberat, Selain itu, diberikan pula pelembab (vaselin) untuk menjaga kelembaban kulit pasien, terutama tangan dan kaki, untuk mencegah terjadinya dermatitis kontak alergen berulang (Afifah et al. 2020).

Tinea corporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Tinea corporis didapatkan lebih banyak pada Laki-laki pasca pubertas dibanding wanita, dapat terjadi pada semua usia, biasanya mengenai usia 18-25 tahun serta 40-50 tahun. Tinea corporis juga bisa didapatkan pada pekerja yang berhubungan

dengan hewan-hewan. Maserasi dan oklusi kulit lipatan menyebabkan peningkatan suhu dan kelembaban kulit sehingga menyebabkan terjadinya infeksi. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dan kontak tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain (Puti et al. 2017).

Penegakan diagnosis tinea corporis berdasarkan dari gambaran klinis, status lokalis dan pemeriksaan penunjang. Gambaran klinis berupa rasa gatal pada lesi terutama saat berkeringat. Keluhan gatal tersebut memacu pasien untuk menggaruk lesi yang pada akhirnya menyebabkan perluasan lesi terutama di daerah yang lembab. Pada status lokalis biasanya ditemukan bentuk yang khas berupa lesi anuler dengan skuama eritema pada daerah tepi, dimana pada daerah tepi ini dapat berupa vesikuler dan berkembang secara sentrifugal. Tengah lesi dapat berskuama atau bahkan menyembuh. Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis Tinea corporis dapat dengan pemeriksaan mikroskopik langsung, kultur

dan biopsi (Woo et al. 2019).

Penatalaksanaan pada Tinea corporis dapat diberikan secara non medikamentosa adalah sebagai berikut yaitu gunakan handuk yang berbeda untuk mengeringkan bagian yang terkena infeksi untuk mencegah penyebaran infeksi ke bagian tubuh lainnya, jangan menggunakan handuk, baju, atau benda lainnya secara bergantian dengan orang yang terinfeksi, cuci handuk dan baju yang terkontaminasi jamur dengan air panas untuk mencegah penyebaran jamur tersebut, menjemur pakaian dibawah sinar matahari, setrika semua pakaian yang sudah dicuci dan yang sudah dijemur, ganti pakaian bila tubuh sudah berkeringat untuk menghindari berkembang biaknya jamur pada tubuh, membersihkan kulit setiap hari menggunakan sabun dan air untuk menghilangkan sisa-sisa kotoran agar jamur tidak mudah tumbuh, memakai pakaian yang dapat menyerap keringat, hindari penggunaan baju dan sepatu yang dapat menyebabkan kulit selalu basah seperti bahan wool dan bahan sintetis yang dapat menghambat sirkulasi udara, sebelum menggunakan sepatu, sebaiknya dilap terlebih dahulu dan bersihkan debu-debu yang

menempel pada sepatu, hindari kontak langsung dengan orang yang mengalami infeksi jamur. Gunakan sandal yang terbuat dari bahan kayu dan karet, mengganti sabun padat menjadi sabun cair. Higienitas personal dan lingkungan yang baik dapat mengontrol dan mencegah kejadian tinea. (Sahoo & Mahajan, 2016).

Pengobatan dapat diberikan melalui topikal dan sistemik. Terapi topikal direkomendasikan untuk infeksi lokal karena dermatofit yang hidup pada jaringan kulit. Preparat yang sering digunakan yaitu golongan imidazol, allilamin, siklopirosolamin, dan kortikosteroid. Ketokonazol merupakan turunan imidazol sintetis yang bersifat lipofilik dan larut dalam air pada pH asam. Ketokonazol digunakan untuk pengobatan dermatofita, pitiriasis versikolor, kutaneus kandidiasis, dan dapat juga untuk pengobatan dermatitis seboroik. Ketokonazol 2% krim digunakan untuk infeksi jamur di kulit yang tidak berambut seperti dermatofita, dengan dosis dan lamanya pengobatan tergantung dari kondisi pasien, biasanya diberikan selama 2-4 minggu dan dioleskan 1-2 kali sehari (Leung et al. 2020).

Pada Tinea corporis terapi sistemik yang paling banyak digunakan yaitu griseofulvin, ketokonazol, flukonazol, itrakonazol, dan amfoterisin B. Obat Tinea corporis yaitu griseofulvin merupakan obat yang bersifat fungistatik. Lama pemberian griseofulvin pada Tinea corporis adalah setelah sembuh klinis dilanjutkan 2 minggu agar tidak residif, kebanyakan para ahli menggunakan waktu 3-4 minggu dari pemakaian griseofulvin. Obat ini diberikan bila lesi luas atau bila dengan pengobatan topikal tidak ada perbaikan. Pada kasus yang resisten terhadap Griseofulvin dapat diberikan derivat azol seperti itrakonazol, dan flukonazol (Leung et al. 2020).

Pada pasien diberikan obat antifungi topikal berupa krim ketokonazol 2% yang digunakan 2 kali sehari dan obat antifungi sistemik berupa ketoconazole 200 mg 1 kali sehari dan dikonsumsi selama 2 minggu. Setelah 2 minggu menggunakan ketoconazole keluhan gatal pada pasien berkurang dan pada pemeriksaan lokalis ditemukan adanya makula hiperpigmentasi dan central healing mulai menghilang.

Pasien adalah seorang petani yang

sering mencari rumput ke kebun tanpa menggunakan alas kaki yang menyebabkan dermatitis kontak alergi pada pasien. Pasien juga sering berkeringat karena aktivitas luar ruangan dan panas dan kurangnya kebersihan badan menyebabkan pasien mengalami tinea corporis. Pada laporan kasus ini tidak ada hubungan antara tinea corporis dan dermatitis kontak alergi yang dialami oleh pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosis dermatitis kontak alergi dan tinea corporis. Dermatitis kontak alergi merupakan reaksi hipersensitivitas tipe lambat yang terjadi ketika kulit terkontak dengan bahan kimia, pada seseorang yang sebelumnya telah tersensitasi. Kortikosteroid topikal adalah obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan pasien dengan penyakit kulit inflamasi. Antihistamin generasi kedua juga banyak digunakan, karena sifatnya yang kurang lipofilik, tidak mempengaruhi sistem saraf pusat, dan memiliki keunggulan adanya efek anti inflamasi.

Tinea corporis adalah infeksi

dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut (glabrous skin) yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Penatalaksanaan pada Tinea corporis dapat diberikan secara non medikamentosa adalah pentingnya menjaga kebersihan diri terutama mengganti baju setelah beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, seperti sehabis melakukan pekerjaannya sebagai peternak. Pengobatan medikamentosa dapat diberikan antifungi oral dan topikal.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, N., Sari, M. I., & Nusadewiarti, A. (2020). Penatalaksanaan Penyakit Dermatitis Kontak Alergi dan Hipertensi Grade I pada Pekerja Pembuatan Kerupuk dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Agromedicine*, 7(1), 46-51.
- Anggraini DM, Sutedia E, Achadiyahani A. Etiology of Allergic Contact Dermatitis based on Patch Test. *amj*. 2017 Dec;4(4):541-5.
- Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010.
- Goldsmith, L., Katz, S., Gilcrest, B. A., Paller, A. S., Leffell, D. J., & Wolff, K. (2012). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, Ed. *McGraw Hill Medical*, 150(4), 22.
- Gulin SJ, Chiriach A. Diclofenac-Induced Allergic Contact Dermatitis: A Series of Four Patients. *Drug Saf - Case Rep*. 2016 Dec;3(1):15.
- Kullberg SA, Ward JM, Liou YL, Atwater AR, Hylwa S, Neeley AB, Warshaw EM. Cutaneous Reactions to Aluminum. *Dermatitis*. 2020 Nov/Dec;31(6):335-349. doi: 10.1097/DER.0000000000000633. PMID: 33186331.
- Leung, A. K., Lam, J. M., Leong, K. F., & Hon, K. L. (2020). Tinea corporis: an updated review. *Drugs in context*, 9.
- Marganingsih, D. R., Handaryati, L., Budiarmo, A., Chusniyati, N., & Sulistyowati, Y. TSE, S. A. (2016). ILMU KESEHATAN KULIT & KELAMIN.
- Murlistyarini, S., Prawitasari, S., & Setyowatie, L. (Eds.). (2018). *Intisari Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. Universitas Brawijaya Press.
- Owen JL, Vakharia PP, Silverberg JI. The Role and Diagnosis of Allergic Contact Dermatitis in Patients with Atopic Dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Jun;19(3):293-302
- Putri, M. N., Burmana, F., & Nusadewiarti, A. (2017). Penatalaksanaan dan pencegahan tinea korporis pada pasien wanita dan anggota keluarga. *Jurnal Agromedicine*, 4(1), 103-108.
- Sahoo, A. K., & Mahajan, R. (2016). Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian dermatology online journal*, 7(2), 77-86.
- Taslim, W., & Munir, M. A. (2020). DERMATITIS KONTAK ALERGI. *Jurnal Medical Profession (Medpro)*, 2(2), 79-83.
- Woo, T. E., Somayaji, R., Haber, R. M., & Parsons, L. (2019). Diagnosis and management of cutaneous tinea infections. *Advances in Skin & Wound Care*, 32(8), 350-35