



JIMKI



BIMKES

ISSN 2302-6391

Volume 3 No. 1
Januari - Juni 2015

JURNAL
ILMIAH
MAHASISWA
KEDOKTERAN
INDONESIA

JIMKI

INDONESIAN MEDICAL STUDENT JOURNAL



Laporan Kasus

DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN NEURODERMATITIS SIRKUMSKRIPTA

Surya Wijaya¹, Rusmawardiana²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, Palembang

²Staff Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, Palembang

ABSTRAK

Latar Belakang: Neurodermatitis sirkumskripta (NS) merupakan salah satu penyakit kulit yang cukup sering dijumpai dalam praktik sehari-hari. Walaupun tidak menyebabkan kematian, NS dapat menyebabkan komplikasi dan morbiditas yang cukup tinggi.

Ilustrasi Kasus: Seorang wanita berusia 34 tahun datang ke poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSMH dengan keluhan utama berupa bercak kehitaman yang semakin menebal pada punggung kaki kanan kirsaran satu pekan yang lalu. Pasien juga mengeluh gatal yang hilang timbul. Riwayat penyakit yang sama sebelumnya dan penyakit dalam keluarga disangkal. Dari pemeriksaan dermatologi, didapatkan plak hiperpigmentasi, soliter, ireguler, ukuran 5 x 2 cm, batas tegas, dengan likenifikasi sebagian ditutupi skuama kasar, puth, kasar, kering, selapis. Dari pemeriksaan kerokan kulit dengan KOH 10%, tidak dijumpai hifa dan spora. Diagnosis yang ditegakkan adalah neurodermatitis sirkumskripta. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien adalah edukasi, kortikosteroid topikal poten (krim betametason dipropionat 0,05% 2 x sehari dioleskan pada bagian lesi), dan antipruritus (klorfeniramin maleat 2 x 4mg).

Diskusi: Diagnosis NS ditegakkan berdasarkan gambaran klinis pada daerah predileksi adanya likenifikasi, skuamasi yang umumnya unilateral pada orang dewasa dengan adanya faktor emosi/psikologis. Pengobatan ditujukan untuk memutus rantai gatal-garuk-gatal melalui pencarian faktor pencetus. Terapi lini pertama untuk mengontrol gatal adalah pemberian kortikosteroid topikal poten dan antipruritus. Sebagai kesimpulan, penting bagi para dokter agar dapat menegakkan diagnosis dan melakukan penatalaksanaan NS.

Kata Kunci: neurodermatitis sirkumskripta, liken simpleks kronik, diagnosis, penatalaksanaan

1. PENDAHULUAN

Neurodermatitis sirkumskripta atau liken simpleks kronik merupakan peradangan kulit kronis, gatal, sirkumskrip yang ditandai dengan kulit tebal dan garis kulit tampak lebih menonjol (likienifikasi) menyerupai kulit batang kayu akibat garukan atau gosokan yang berulang-ulang karena berbagai rangsangan.^[1] Walaupun tidak menyebabkan kematian, NS dapat mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Pasien NS mengalami rasa gatal yang hebat sehingga mengganggu siklus tidur pasien. Dari laporan suatu penelitian, pasien NS mengalami gangguan siklus tidur pada fase non-rapid eye movement (NREM) dan peningkatan Indeks arousal (bangun tiba-tiba dari tidur).^[2,3] Selain itu, pasien NS rentan mengalami depresi karena dari penelitian, pasien NS memiliki skor

depresi yang lebih tinggi daripada populasi normal.^[2] Diagnosis dan penanganan NS yang tepat diperlukan untuk mencegah dampak buruk yang ditimbulkannya. Sesuai dengan kompetensi dokter Indonesia, dokter umum memiliki level kompetensi 3A dalam penanganan NS. Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan. Oleh karena itu, cara penegakan diagnosis dan tatalaksana awal NS penting diketahui. Laporan kasus ini akan membahas tentang NS lebih lanjut, terutama dalam hal diagnosis dan penatalaksanaan NS.^[4]



2. ILUSTRASI KASUS

2.1. Identitas Pasien

Nama : Ny. Y
Usia : 34 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Bangsa : Indonesia
Alamat : Kertapati,
Palembang
Sistem Pembayaran : Askes
Kunjungan pertama ke poliklinik IKKK
RSMH, tanggal 29 Agustus 2013

2.2. Anamnesis (Autoanamnesis tanggal 29 Agustus 2013, pukul 12.10 WIB)

2.2.1. Keluhan Utama:

Bercak kehitaman yang semakin menebal pada punggung kaki kanan kisaran satu pekan yang lalu

2.2.2. Keluhan Tambahan:

Gatal

2.2.3. Riwayat Perjalanan Penyakit :

Kisaran 3 tahun yang lalu, pasien mengeluh timbul bercak kemerahan pada punggung kaki kanan. Pada awalnya bercak timbul sebesar biji jagung dan bertambah luas ukurannya sebesar uang logam seratus rupiah. Bercak merah disertai gatal yang hilang timbul. Pasien lalu menggaruk bercak tersebut terus-menerus hingga kulit punggung kaki kanan lecet. Pasien sering menggaruk saat pasien tidak ada kegiatan. Pasien tidak berobat.

Kisaran 1 tahun yang lalu, bercak kemerahan pada punggung kaki kanan semakin membesar ukurannya sebesar uang logam lima ratus rupiah, menebal dan menjadi kehitaman. Gatal tidak dipengaruhi oleh waktu dan tidak menjadi lebih gatal saat berkegiatan. Pasien tidak berobat, hanya mengoleskan minyak gandapura® (asam salisilat dan mentol) namun keluhan gatal dan bercak merah tidak ada perbaikan.

Kisaran 6 bulan yang lalu, bercak kehitaman pada punggung kaki kanan semakin menebal. Pasien merasakan gatal hilang timbul sehingga pasien menggaruknya hingga lecet. Pasien mengaku hanya menggunakan sandal saat bekerja. Pasien berobat ke puskesmas, diberi satu macam salep

dan dua macam tablet, namun pasien lupa nama dan wama obatnya. Keluhan gatal dirasakan berkurang namun bercak kehitaman masih ada.

Kisaran 1 bulan yang lalu, bercak kehitaman di tungkal kanan semakin menebal. Gatal dirasakan sepanjang waktu. Pasien sering menggaruk hingga lecet. Pasien tidak berobat. Kisaran 1 pekan yang lalu, pasien mengeluh bercak kehitaman semakin menebal pada punggung kaki kanan. Gatal dirasakan terus menerus dan mengganggu aktivitas sehingga pasien menggaruk bercak hitam sampai berdarah. Keluhan gatal membuat pasien sulit tidur sehingga pasien memutuskan berobat ke Poliklinik IKKK RSMH Palembang.

2.2.4. Riwayat Penyakit Dahulu

- Riwayat bersin di pagi hari disangkal
- Riwayat sesak nafas disertai mengi disangkal

- Riwayat alergi terhadap makanan laut seperti kerang, udang, cumi-cumi dan ikan laut tidak ada

2.2.5. Riwayat Penyakit Dalam Keluarga

- Riwayat alergi terhadap makanan laut seperti kerang, udang, cumi-cumi dan ikan laut tidak ada

- Riwayat bersin di pagi hari disangkal
- Riwayat sesak nafas disertai mengi disangkal

2.2.6. Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien seorang ibu rumah tangga. Pasien tinggal dengan suami dan 2 orang anak. Suami bekerja sebagai PNS.

Kesan: Sosioekonomi tergolong cukup.

2.3. Pemeriksaan Fisik

2.3.1. Status Generalis

Keadaan umum : baik
Keadaan sakit : tampak sakit ringan
Kesadaran : kompos mentis
Tekanan darah : 110/70 mmHg
Nadi : 84 x/menit, regular
Suhu : 36,7 °C
Pernapasan : 20 x/menit, regular
Tinggi Badan : 156 cm
Berat Badan : 60 kg
IMT : 24,65 kg/m²
Status gizi : overweight
2.3.2. Keadaan Spesifik
Kepala : tidak ada kelainan
Wajah : simetris, deformitas (-)



Mata :konjungtiva palpebra anemis (-), sklera ikterik (-), orbital darkening (-), lipatan infraorbital (-), injeksi siliar dan konjungtiva (-)
 Hidung : tidak ada kelainan
 Telinga : tidak ada kelainan
 Mulut : cheilitis (-), tonsil T1-T1
 Leher : lipatan leher anterior (-)
 Toraks :
 Jantung : HR=84 x/menit, regular, murmur (-), gallop (-).

Paru-paru : vesikuler normal, ronki (-), wheezing tidak ada.
 Abdomen : datar, lemas, hepar dan lien tidak teraba, nyeri tekan epigastrium (-), bising usus normal
 Ekstremitas superior : tidak ada kelainan
 Ekstremitas inferior : lihat status dermatologi
 Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kelenjar getah bening submandibula, leher, aksila dan inguinal.

2.4. Status Dermatologikus



Gambar 1. Regio Dorsum Pedis Dekstra.

Plak hiperpigmentasi, soliter, ireguler, ukuran 5 x 2 cm, batas tegas, dengan likenifikasi sebagian ditutupi skuama kasar, puth, kasar, kering, selaplis.

3. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan kerokan kulit dengan KOH 10%. Dilakukan kerokan kulit pada lesi di dorsum pedis dextra

dan ditambahkan KOH 10%. Preparat diperiksa di bawah mikroskop dengan pembesaran 40 kali.



Gambar 2. Hasil : tidak ditemukannya adanya hifa

4. DIAGNOSIS BANDING

- Neurodermatitis sirkumskripa
- Tinea pedis tipe hiperkeratotik
- Dermatitis kontak iritan kronik ec. minyak gandapura® (asam salisilat dan mentol)
- Dermatitis atopik likenifikasi

4.1. Diagnosis Kerja

Neurodermatitis sirkumskripa

5. PENATALAKSANAAN

Umum :

- Memberikan informasi kepada pasien bahwa penyakitnya belum diketahui penyebab pastinya, namun bukan merupakan penyakit yang menular.
- Memberikan informasi kepada pasien bahwa penyakitnya dapat kambuh kembali, sehingga pasien dianjurkan untuk segera berobat bila terjadi kekambuhan.

- Memberikan Informasi kepada pasien tentang pengobatan yang akan dilakukan dan berobat secara teratur.
- Memberikan penjelasan kepada pasien agar tidak menggaruk bercak tersebut dan memotong kuku hingga pendek.

Khusus :

Topikal

- Krim betametason dipropionat 0,05% 2 x sehari dioleskan pada bagian lesi.

Sistemik

- Tablet klorfeniramin maleat 4 mg 2 x sehari per oral (pagi dan malam hari)

5.1. Prognosis

- Quo ad vitam : bonam
- Quo ad functionam : bonam
- Quo ad sanationam : dubia ad bonam

6. DISKUSI

Neurodermatitis sirkumskripita (NS) merupakan pola respons kutaneus berupa hipertrofi epidermal yang disebabkan oleh kebiasaan kronik menggosok atau menggaruk kulit secara sporadis (rantal gatal-garuk-gatal) yang ditandai secara klinis dengan penebalan kulit disertai garis-garis kulit yang tampak lebih jelas menyerupai kulit batang pohon.^{[4],[8]} Kasus umumnya terjadi pada usia dewasa dengan puncak insidens NS pada usia antara 30 hingga 50 tahun dan relatif jarang terjadi pada anak-anak. Wanita lebih banyak menderita NS dibandingkan dengan pria.^{[1]-[3]} Kasus NS juga dilaporkan lebih sering pada populasi Asia, terutama ras Oriental.^{[9],[7]} Dari identifikasi awal, didapatkan pasien berjenis kelamin perempuan, berumur 34 tahun, dan memiliki kebangsaan Indonesia (populasi Asia). Dari identifikasi lebih lanjut, pasien pada laporan kasus mengeluh bercak hitam yang semakin menebal pada punggung kaki kanan. Temuan klinis pada pasien sesuai dengan gejala klinis pasien NS. Bercak hitam yang menebal ini merupakan likenifikasi. Likenifikasi terjadi akibat hipereksitabilitas gatal abnormal dari kulit yang mengalami likenifikasi muncul akibat respons minimal terhadap stimulus eksternal (umumnya garukan)

yang tidak akan mencetuskan respons gatal pada kulit yang normal. Stimulus eksternal awalnya umum ringan, seperti stimulus akibat melepaskan pakalan, membersihkan sisa salep, atau mengosokkan pakalan ke badan, lalu berlanjut ke stimulus yang lebih berat, seperti menggosokkan tumit atau jari kaki ke area tubuh tertentu dan menggaruk area tubuh tertentu.^[7]

Menggaruk lesi akan menjadi kebiasaan dan bertahan dalam waktu yang cukup lama (bulanan hingga tahunan) dan menimbulkan likenifikasi.^[1] Lesi biasanya tunggal, namun pada beberapa kasus, lesi dapat bilateral atau simetris dan melibatkan lebih dari satu regio tubuh.^{[1],[2]} Sesuai dengan perjalanan klinis pada kasus, lesi awal NS berupa plak eritematosa, sedikit edematosa, lambat laun edema dan eritema menghilang, bagian tengah berskuama dan menebal, likenifikasi, dan ekskoriaksi; sekitarnya hiperpigmentasi atau hipopigmentasi, batas dengan kulit normal tidak jelas.^[1] Hiperpigmentasi dan hipopigmentasi dijumpai pada lesi kulit kronik.^[1]

Lesi likenifikasi biasanya ditemukan di skalp, tengkuk, samping leher, lengan bagian ekstensor, pubis, vulva, skrotum, perianal, paha bagian medial, lutut, tungkai bawah lateral, pergelangan kaki bagian depan, dan punggung kaki, namun regio tubuh lain dapat juga terkena.^{[1]-[3],[9],[7]} Predileksi pada regio tubuh di atas disebabkan respons khusus terhadap trauma fisik berupa hiperplasia epidermis sehingga kulit di daerah ini sangat sensitif terhadap sentuhan, termasuk gesekan dan garukan.^[7] Pada kasus, lesi likenifikasi dijumpai pada punggung kaki kanan.

Kasus NS dicetuskan oleh gesekan dan garukan akibat rasa gatal. Faktor lingkungan yang ikut berperan dalam mencetuskan gatal, seperti panas, keringat, dan iritasi berhubungan dengan NS anogenital. Faktor emosional atau psikologis juga berperan dalam patogenesis NS.^[9] Beberapa pasien NS memiliki riwayat atopik atau menderita dermatitis atopik.^[5,7] Pada kasus ini, faktor pencetus NS belum dapat diidentifikasi, namun diperkirakan faktor stress yang berperan dalam patogenesis NS pada kasus.

Pasien pada laporan kasus mengeluh gatal sebagai keluhan tambahan. Rasa gatal yang hebat merupakan tanda utama NS. Pasien NS umumnya mengeluh gatal sekali sehingga bila gatal timbul pada malam hari, tidur pasien akan terganggu. Gatal dapat paroksismal, kontinyu, atau sporadik. Gosokan dan garukan dapat terjadi, baik secara sadar maupun tidak sadar (selama tidur). Rasa gatal memang tidak terus-menerus dan biasanya pada waktu tidak sibuk. Bila muncul, rasa gatal sulit ditahan untuk tidak digaruk. Penderita merasa enak bila lesi digaruk. Setelah luka, rasa gatal akan hilang untuk sementara karena rasa gatal tertutupi oleh rasa nyeri yang timbul.^{[1][2][7]} Sensasi gatal bertambah berat saat berkeringat, cuaca panas, dan adanya lintasi dari pakaian. Gatal juga memburuk akibat distress psikologis. Penyebab rasa gatal masih belum diketahui secara jelas dan dapat terkait dengan penyakit sistemik.^{3,8} Namun, diperkirakan rasa gatal berhubungan dengan neurotransmitter. Neurotransmitter, seperti dopamin, serotonin, atau peptida opioid memodulasi persepsi gatal melalui jalur spinal descendens.^[8]

Pasien dapat menjalani pemeriksaan histopatologi sebagai baku emas penegakan diagnosis NS. Gambaran histopatologis NS berupa berbagai derajat hiperkeratosis dengan parakeratosis atau ortokeratosis, hipergranulosis, akantosis dengan rete ridges memanjang teratur, dan hiperplasia psoriasiformis epidermis. Dijumpai sebaran sel radang limfosit histosit, dan eosinofil di sekitar pembuluh darah dermis bagian atas, penambahan fibroblas, dan penebalan kolagen dengan serat kolagen yang kasar dan akur vertikal.^{[1][2][9-12]} Namun, diagnosis NS umumnya cukup ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas.^[1] Diagnosis NS ditegakkan berdasarkan gambaran klinis pada daerah predileksi adanya likenifikasi, skuamasi yang umumnya unilateral pada orang dewasa dengan adanya faktor emosi/psikologis.^[2]

Diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan adalah tinea pedis tipe hiperkeratotik, dermatitis kontak iritan kronik, dan dermatitis atopik likenifikasi

karena dapat menimbulkan gambaran lesi likenifikasi dan rasa gatal.^{[1][2]} Lesi likenifikasi simetris mengarahkan diagnosis pada likenifikasi sekunder dermatitis kontak. Infeksi kronik *T. rubrum* pada paha atau telapak kaki dapat menunjukkan gambaran likenifikasi yang mirip dengan NS, namun memiliki respons terapi griseofulvin yang lebih baik dibandingkan dengan tranquillizer.^[2]

Secara umum, penatalaksanaan pada penderita berupa edukasi, terapi sistemik, dan terapi topikal. Pengobatan ditujukan untuk mengidentifikasi dan menangani faktor penyebab gatal sehingga dapat memutus rantai gatal-garuk-gatal.^{[1][13]} Edukasi pada pasien berupa penjelasan kepada penderita bahwa garukan akan memperburuk keadaan penyakitnya sehingga harus dihindari. Pasien dianjurkan untuk memotong kuku pendek agar kalupun terpasa menggaruk, tekanan garukan akan berkurang.^[2] Terapi lini pertama untuk mengontrol gatal adalah pemberian kortikosteroid topikal poten (lebih baik bila dilakukan secara oklusif). Oklusi yang umumnya digunakan, khususnya pada kasus berat adalah *Ulna boot* (dressing pasta zink oksida), kombinasi tar 5%, pasta zink oksida, dan glukokortikoid kelas II serta oklusi polifen. Dressing ini dapat bertahan hingga 1 minggu. Plester adhesif berisi steroid (plester Haelan®) cukup efektif dan dapat bertahan selama 24 jam.^{[1][2]} Kortikosteroid topikal potensi tinggi, seperti krim/salep klobetasol propionate, diflorason diasetat, atau betametason dipropionat harus segera diaplikasikan, namun harus diwaspadai adanya atrofi akibat steroid dan diganti dengan kortikosteroid topikal potensi sedang-rendah ketika lesi mulai menyembuh.^[2] Kortikosteroid intralesi, misalnya triamsinolon asetonid 5% atau 10 mg/ml intralesi dengan berbagai konsentrasi dapat diberikan tergantung pada ketebalan lesi.^{[2][2]} Untuk lesi sangat kronik, balutan pasta tar bermanfaat, namun perlu diganti setiap 5-7 hari.^[2] Pemberian injeksi toksin *Botulinum* tipe A selama 2-4 minggu dilaporkan bermanfaat.^[2] Inhibitor kalsineurin topikal juga dilaporkan bermanfaat.^[2] Bila dijumpai adanya bukti infeksi sekunder, antibiotik topikal dapat

diberikan selama beberapa hari.^[2] Emolien dapat diberikan sebagai terapi adjuvan.^[2]

Untuk mengurangi rasa gatal, dapat diberikan antipruritus berupa antihistamin golongan sedatif untuk gatal (hidroksizin oral 25-50 gram, prometazin, dan difenhidramin) atau antidepresan trisiklik, seperti doksepin pada malam hari dan serotonin reuptake inhibitor untuk gatal pada siang hari atau pada pasien dengan kelainan obsesif-kompulsif.^{[1][2][7]} Pasien juga dapat diberikan antipruritus topikal, seperti mentol, fenol, krim doksepin 5%, kapsaisin, pimekrolimus, dan pramoksin.^{[2][3][4]}

Prognosis bergantung pada penyebab pruritus (penyakit yang mendasari) dan status psikologis penderita.^[1] Penyakit umumnya berjalan kronis dengan lesi yang persisten atau rekuren. Eksaserbasi terjadi karena adanya stress emosional.^[2] Pruritus memainkan peran sentral dalam timbulnya pola reaksi kulit berupa likenifikasi dan prurigo nodularis. Pruritus ini dapat disebabkan oleh adanya penyakit yang mendasari, misalnya gagal ginjal kronis, obstruksi

saluran empedu, limfoma Hodgkin, hipertiroidisme, penyakit kulit, seperti dermatitis atopik, dermatitis kontak alergi, gigitan serangga dan aspek psikologis dengan tekanan emosi.^{[1][2][8]} Pasien NS yang juga mengalami gangguan obsesif-kompulsif memiliki prognosis yang lebih buruk.^[2]

7. SIMPULAN

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa kunci dari manajemen NS adalah diagnosis dan tataaksana yang tepat. Diagnosis NS ditegakkan berdasarkan gambaran klinis pada daerah predileksi adanya likenifikasi, skuamasi yang umumnya unilateral pada orang dewasa dengan adanya faktor emosipsikologis. Pengobatan ditujukan untuk memutus rantai gatal-garuk-gatal melalui pencarian faktor pencetus. Terapi lini pertama untuk mengontrol gatal adalah pemberian kortikosteroid topikal poten dan antipruritus.

Tabel 1. Diagnosis Banding Neurodermatitis Sirkumskripta

Pembeda	Neurodermatitis Sirkumskripta ^[2]	Dermatitis Atopik ^{[2][4][8]}	Dermatitis Kontak Intan Kronik ^{[4][7]}	Tinea Pedis Tipe Keratitik ^{[2][4]}
Epidemiologi	Umumnya mengenai dewasa, terutama pada usia 30-50 tahun, wanita lebih sering terkena dibandingkan dengan laki-laki	Dapat dijumpai pada seluruh kelompok, namun onset awal sejak masa infant (2 bulan-2 tahun)	Dapat terjadi pada setiap orang, namun lebih bersiko pada orang-orang dengan pekerjaan tertentu	Dapat dijumpai pada seluruh kelompok usia, namun jarang ditemukan pada anak-anak
Etiologi	Garukan dan gosokan karena perasaan gatal yang hebat	Alergen	Kontak dengan bahan Intan	Infeksi jamur <i>T. rubrum</i>
Faktor Predisposisi	Panas, keringat, iritasi, emosi, dan psikologis, iritasi pakaian	Predisposisi genetik, kerusakan barrier kulit, alergi makanan, alergi saluran napas	Riwayat atopi Temperatur yang rendah	Pemakaian sepatu tertutup, menggunakan fasilitas umum bersamaan, hiperhidrosis, sela jari yang sempit
Riwayat Atopi	(-/+)	(+)	(-/+)	(-)

Predileksi	Scalp, leher bagian belakang, pergelangan kaki, ekstremitas bagian ekstensor, labia mayora, skrotum	Fosa kubiti, fosa poplitea, dan leher belakang	Kulit yang kontak dengan zat iritan	Telapak kaki, punggung kaki, aspek medial dan lateral kaki
Lesi Kulit	Likenifikasi, bersisik, erosi, ekskortasi. Biasa hanya ditemukan 1 plak, tapi dapat juga lebih dan mengenai sisi lainnya	Likenifikasi, skuama, hipo atau hiperpigmentasi, erosi, ekskortasi, krusta.	Beberapa bercak kering lokalisata, eritema, hiperkeratosis, dan fisura	Bercak atau skuamasi difus, dapat disertai likenifikasi
Pemeriksaan penunjang				
Kerokan kulit dengan KOH 10%	(-)	(-)	(-)	(+)
Parch test	(-)	(-)	(+)	(-)
Dermatografi sama putih	(-)	(+)	(-)	(-)

Tabel 2. Potensi Kortikosteroid Berdasarkan Potensinya

Nama Generik	Sediaan	Nama Dagang
Kelas 1-Superpoten		
Betametason dipropionat 0,05% dengan vehikulum teroptimalisasi ^{1,2}	Gel/losio/salep	Diprolene
	Losio/spray	Clobex
	Foam	Olux
	Krim/krim emolien/gel/salep	Temovate
Diflorason diasetat 0,05% ^{1,2}	Salep	Psorcon
Fluoklinonid 0,1% dengan vehikulum teroptimalisasi ^{1,2}	Krim	Vanos
Flurandrenolid 4 mg/cm ² ^{1,2}	Tape	Cordran
Halobetasol propionat 0,05% ^{1,2}	Krim/salep	Ultravate
Kelas 2-Poten (Potensi Tinggi)		
Amsinonid 0,1% ^{1,2}	Salep	Cyclocort
Betametason dipropionat 0,05% ^{1,2}	Krim	Diprolene AF
	Salep	Diprosone
Desoksimetason 0,25% ^{1,2}	Krim/salep	Topicort
Desoksimetason 0,5% ^{1,2}	Gel	Topicort
Diflorason diasetat 0,05% ^{1,2}	Salep	Florone
	Salep	Maxiflor
Fluoklinonid 0,05% ^{1,2}	Krim/gel/salep	Lidex
Halsinonid 0,1% ^{1,2}	Krim/solusio/salep	Halog
Mometason furoat 0,1% ^{1,2}	Salep	Elocon
Triamsinolon asetonid 0,5% ²	Salep	



Kelas 3-Poten, upper mid-strength (Potensi tinggi)		
Amsinonid 0,1% ^{1,2}	Krim/solusio	Cyclocort
Betametason dipropionat 0,05% ^{1,2}	Krim	Diprosone
Betametason valerat 0,1% ^{1,2}	Krim	Florone
		Maxiflor
		Psorcon E
Fluosinonid 0,05% ^{1,2}	Krim	Lidex E
Flutikason propionat 0,05% ^{1,2}	Salep	Cutivate
Triamsinolon asetonid 0,1% ²	Salep	
Triamsinolon asetonid 0,5% ²	Krim	
Kelas 4-Mid-strength (Potensi Menengah)		
Betametason valerat 0,12% ^{1,2}	Foam	Ludiq
Klokortolon pivalat 0,1% ^{1,2}	Krim	Clodem
Desoksimetason 0,05% ^{1,2}	Krim	Toplocort LP
Fluosinolon asetonid 0,025% ^{1,2}	Salep	Synalar
Flurandrenolid 0,05% ^{1,2}	Salep	Cordran
Hidrokortison probutat 0,1% ^{1,2}	Krim	Pandel
Hidrokortison valerat 0,1% ^{1,2}	Salep	Westcort
Mometason furoat 0,1% ^{1,2}	Krim/losio	Elocon
Prednikarbat 0,1% ^{1,2}	Salep	Dermatop
Triamsinolon asetonid 0,1% ²	Salep	Kenalog
	Krim	Kenalog
Triamsinolon asetonid 0,2% ²	Spray	Kenalog
Kelas 5-Lower mid-stream (Potensi Menengah)		
Betametason dipropionat 0,05% ^{1,2}	Losio	Diprosone
Betametason valerat 0,1% ^{1,2}	Krim/losio	Valsone
Fluosinolon asetonid 0,025% ^{1,2}	Krim	Synalar
Flutikason propionat 0,05% ^{1,2}	Krim	Cutivate
Hidrokortison butirat 0,1% ^{1,2}	Lipokrim	Locoid
Hidrokortison valerat 0,2% ^{1,2}	Krim	Westcort
Prednikarbat 0,1% ^{1,2}	Krim emolien	Dermatop
Triamsinolon asetonid 0,1% ²	Krim/losio	Kenalog
Kelas 6-Mild strength (Potensi Rendah)		
Aklometason dipropionat 0,05% ^{1,2}	Salep/krim	Acloivate
Betametason valerat 0,1% ^{1,2}	Losio	
Desonid 0,05% ^{1,2}	Gel/salep/krim/losio/foam	DesOwen
		Tridesilon
Fluosinolon asetonid 0,01% ^{1,2}	Krim/solusio	Synalar
	Minyak	DermaSmooth/FS

Triamsinolon asetonid 0,1% ²	Krim	Aristocort
Triamsinolon asetonid 0,025% ²	Krim/losio	
Kelas 7-Least potent (Potensi Rendah)^{1,2}		
Deksametason, flumetason, hidrokortison		
Metilprednisolon, prednisone		

REFERENSI

- Djuanda S, Sularsito SA. Neurodermatitis sirkumskripta. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editor. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 5. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009. h. 147-148.
- Kartowigno S. Neurodermatitis sirkumskripta. Dalam: Sepuluh Besar Kelompok Penyakit Kulit. Edisi 2. Palembang: Unsri Press; 2012. h. 37-39.
- Burgin S. Lichen Simplex Chronicus. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th Edition. New York: Mc-Graw Hill; 2008. p. 160-162.
- Konsil Kedokteran Indonesia. Lichen simpleks kronik/neurodermatitis sirkumskripta. Dalam: Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Edisi 2. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia; 2012. h. 31,55.
- Holden CA, Jones JB. Lichen simplex. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editor. Rook's Textbook of Dermatology. 7th Ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 17.41-17.43.
- Weisshaar E, Fleischer AB, Bernhard JD, Cropley TG. Lichen Simplex Chronicus. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. Dermatology. 3rd Ed. London: Elsevier Saunder; 2009. p.115-116.
- Wolff K, Johnson RA. Lichen Simplex Chronicus. In: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 6th Ed. New York: Mc-Graw Hill; 2009. p. 42-43.
- James WD, Elston DM, Berger TG. Lichen Simplex Chronicus. In: Andrews' Disease of the Skin: Clinical Dermatology. 11th Ed. London: Elsevier Saunder; 2006. p.52.