



Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia

PERTEMUAN ILMIAH TAHUNAN XII  
PERDOSKI

"Skin Tumor, Cosmetic and Aesthetical Approaches"

Solo, 21 - 23 Juni 2012



BUKU MAKALAH LENGKAP II





# KUMPULAN MAKALAH LENGKAP PIT XII PERDOSKI (BUKU II)

**Buku Makalah Lengkap II PIT XII PERDOSKI 2012**

Penerbit : PT. ITA Surakarta

Cetakan Pertama - 2012

Anggota IKAPI - No 089 / JTE

ISBN :



9 799791 035827

Dicetak di Rajawali Offset Surakarta

Editor : Indah Julianto  
Prasetyadi Mawardi ( dkk )



## DAFTAR ISI MAKALAH LENGKAP BUKU II

ABSTRAK POSTER	
- Anak	421
- Dermatologi Tropik	435
- Non Infeksi	615
- Alergi Immunologi	709
- Lain-lain	825

## LEPRA TIPE BORDERLINE LEPROMATOSA YANG MENYERUPAI LUPUS ERITEMATOSUS KUTANEUS SUBAKUT

Lely Marlina, Nopriyati, Yulita Farida Yahya, Rusnawardiana, M Athaf Thaha

Bagian/Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/  
RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Lepra tipe borderline lepromatosa (BL) adalah tipe lepra yang tidak stabil, yang menyerupai berbagai bentuk manifestasi klinis, disebut sebagai the great imitator disease. Dilaporkan kasus jarang lepra tipe BL dengan manifestasi klinis menyerupai LE subakut.

**Kasus:** Laki-laki berusia 58 tahun datang ke divisi Alergo-Imunologi, Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Dr. Moh. Hoesin, Palembang, dengan keluhan utama bercak makulopapular pada dada, punggung, kedua lengan, dan tungkai. Lesi awal berupa bintil sebesar jarum pentul pada dada sejak 2 tahun yang lalu disertai demam dan nyeri sendi yang beridang. Sejak 2 minggu yang lalu, lesi menyebar ke kedua lengan dan tungkai. Pemeriksaan fisik menunjukkan patch dan papul eritematosa, pada palpasi, saraf tidak membesar. Diagnosis banding erupsi obat dan lupus eritematosus subakut. Pemeriksaan basil tahan asam positif, dengan IM 0% dan IR 3%. Pemeriksaan histopatologi menunjukkan lepra tipe borderline lepromatosa. Pasien diteliti dengan Multi Drug Therapy Multi Basilar (MDTMB), dan tampak perbaikan.

**Diskusikan:** Lepra harus dipertimbangkan sebagai diagnosis banding pada bercak kulit dan neuropati. Diagnosis pasti lepra merupakan kunci pengobatan dini untuk mencegah kecacatan.

**Kata kunci:** Lepra, lupus eritematosus kutaneus subakut, erupsi obat.

### ABSTRACT

**Background:** Borderline lepromatous of leprosy is an unstable type of leprosy, can present as a wide range of clinical manifestation, so called "the great imitator diseases". We report unusual clinical manifestation that mimics subacute LE.

**Case:** A 58 year-old man came to Alergo-Imunology division of Dermato-venereology outpatient department of Dr. Moh. Hoesin General Hospital, Palembang, with chief complain maculopapular rash on the chest, back, both arms, and legs. The initial lesion presented as a pinhead on the chest since 2 years ago with fever and arthralgia was noted, resolved eventually. Since 2 weeks ago, this lesion evolved to both arms and legs. Physical examination revealed patches and erythematous papules with palpate nerves, no enlargement. Differential diagnosis were drug eruption and subacute lupus erythematosus. Acid fast bacilli smear was positif, IM 0% and IR 3%. Histopathological examination showed borderline lepromatous type of leprosy. Patient was treated with MDTMB, it showed good improvement.

**Discussion:** Leprosy should be considered in the differential diagnosis of skin rash and neuropathy. Definite diagnosis of leprosy is the key for early treatment to prevent disabilities.

**Keywords:** Leprosy, subacute cutaneous lupus erythematosus, drug eruption.

## PENDAHULUAN

Lepra adalah infeksi granulomatosa kronis dengan gejala sisa yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*, menyerang kulit dan saraf, dapat juga mengenai organ atau sistem lain, termasuk mata, saluran pernafasan, nodus limfatikus, testis, dan persendian. *Mycobacterium leprae* adalah kuman penyebab penyakit lepra, ditemukan oleh GH Armauer Hansen pada tahun 1873. Lepra merupakan penyakit yang sangat ditakuti oleh masyarakat karena dapat menyebabkan ulserasi, mutilasi dan deformitas.<sup>1</sup>

Lepra telah banyak dilaporkan, lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita, usia muda, dengan masa inkubasi 5-20 tahun atau lebih. Jalur terjadinya infeksi penyakit lepra masih belum jelas, namun fakta mengenai saluran pernafasan, transmisi kongenital dan melalui kulit, telah ditemukan walaupun jumlah kasus sangat jarang.<sup>1</sup>

Lesi kulit pada lepra bervariasi dan mempunyai banyak kesamaan dengan lesi kulit lainnya. Oleh karena lesi kulit pada lepra dapat menyerupai berbagai lesi penyakit lain sehingga sering dikenal sebagai *the great imitator disease*. Lesi kulit dapat salah didiagnosis karena dokter tidak menganggap itu sebagai lepra.<sup>2</sup>

Kasus baru kusta di dunia pada tahun 2006 diperkirakan sekitar 259.017 kasus. Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di Asia Tenggara (174.118 kasus), Amerika (17.612 kasus), Afrika (27.902 kasus) dan sisanya berada di regional lain di dunia, termasuk Indonesia. Di Indonesia kusta masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat.<sup>3</sup> Angka kejadian lepra di poliklinik IKKK RSMH pada tahun 2010-2011 ada 164 kasus, dengan 115 kasus lepra tipe BL.<sup>4</sup>

Lupus eritematosus kutaneus subakut adalah subset klinis yang berbeda dengan kasus lupus eritematosus yang terdiri dari lesi kulit yang berspek dan berkembang sebagai lesi polisiektik annular atau plak psoriasiform. Karakteristik lesi muncul pada daerah yang sering terpapar sinar matahari seperti punggung atas, bahu, lengan bagian ekstensor, daerah V di leher dan wajah, terutama mengenai wanita kulit putih dengan rerata onset usia pada dekade kelima, disertai nyeri sendi dan demam. Pengobatan utamanya menghindari sinar matahari dan kortikosteroid topikal.<sup>5</sup>

Revisi ini dilaporkan satu kasus lepra tipe *borderline lepromatous* (BL) dengan gambaran klinis yang menyerupai gambaran klinis lupus eritematosus kutaneus subakut pada laki-laki usia 58 tahun.

## KASUS

Seorang laki-laki berusia 58 tahun, datang ke divisi alergi-immunologi, Unit Rawat Jalan Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Dr. Moh. Hoesin (RSU/PMH), Palembang pada bulan Desember 2011, dengan keluhan utama bercak makulopapular pada dada, punggung, kedua lengan, dan tungkai. Lesi awal berupa bintil sebesar jarum pentul pada dada sejak 2 tahun yang lalu. Lesi menyebar dengan perlahan ke punggung, disertai demam dan nyeri sendi yang berulang. Lesi tidak pernah menghilang dan semakin kemerahan setelah terpapar sinar matahari. Sejak 2 minggu yang lalu, lesi menyebar ke kedua lengan dan tungkai serta tengkuk. Bercak merah disertai nyeri, demam dan pusing. Demam tidak tinggi dan dapat sembuh sendiri. Setiap setelah demam, timbul lesi yang baru. Nyeri terutama dirasakan pada sendi jari tangan dan kaki serta kedua sendi siku dan lutut, keluhan bertambah apabila udara dingin.

Tidak terdapat keluhan serupa pada keluarga. Tidak terdapat riwayat kontak lama dengan penderita lepra. Tidak ada riwayat pemakaian obat selain klorfeniramin maleat (CTM) 1x1 tablet apabila gatal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital dan status generalis dalam batas normal. Status dermatologik pada regio dada, punggung, kedua lengan dan tungkai tampak *patch* dan papul eritematosus, multipel, diskret sebagian konfluen (gambar 1), diaskopi positif. Pada palpasi, saraf tidak membesar, tes sensibilitas negatif, tes motorik dalam batas normal. Pasien kemudian didiagnosis banding erupsi obat, lupus eritematosus subakut dan lepra.

Pada pemeriksaan hasil tahanan asam dari *ska swab* kedua cuping telinga, kedua jari tangan dan kaki, dan lesi yang aktif didapatkan hasil IM 0% dan IB 3%. Pemeriksaan histopatologi dari biopsi lesi aktif di regio interskapularis sinistra menunjukkan lepra tipe *borderline lepromatous*. Pasien diterapi dengan Multi Drug Therapy Multi Basilar (MDT MB), dan tampak perbaikan setelah 1 bulan pengobatan diarahi dengan tidak ada timbul lesi baru, tidak demam dan nyeri sendi yang berkurang.

## DISKUSI

Penyakit lepra dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan banyak penyakit lain (*the great imitator*). Sebaliknya, banyak penyakit lain dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan lepra. Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan untuk mendiagnosis penyakit lepra secara tepat dan membedakannya dengan berbagai penyakit yang lain agar tidak membuat kesalahan yang merugikan pasien.<sup>6</sup>

Lepra tipe multibasiler (MB) telah banyak dilaporkan lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan, sedangkan lupus eritematosus kutaneus subakut sering terjadi pada perempuan dengan perbandingan 9:1. Varkevisser CM, dkk. 2009, dalam *leprosy revisited* tentang hubungan jenis kelamin dan lepra di Indonesia, Nigeria, Nepal, dan Brazil, mendukung pernyataan ini.

Pasien lepra biasanya datang mencari pengobatan apabila lesi kulit yang timbul tidak menghilang dalam jangka waktu lama, anestesi atau hiperestesi pada lesi, nyeri sendi, demam dan atau telah adanya ulserasi.<sup>7</sup> Pada kasus ini, pasien datang dengan keluhan bercak merah pada punggung sejak 2 tahun yang lalu yang semakin meluas ke dada, kedua lengan dan tungkai disertai hiperestesi, nyeri sendi dan demam. Bercak merah akan bertambah saat terkena sinar matahari dan berkeringat. Lesi awal terdapat pada daerah yang tertutup, namun berdasarkan pengakuan pasien, selama 1 tahun sebelum timbul lesi awal, pasien bekerja sebagai petani selama 5 bulan, dan 7 bulan sebagai penabung sampah medis. Pasien mengaku sering tidak menggunakan pakaian saat bekerja.

Pada pemeriksaan fisik, lepra tipe BL biasanya ditemukan banyak lesi kulit berupa makula, plak, papul, lesi kulit sehat masih ada, cenderung simetris dengan sensibilitas sedikit berkurang.<sup>8</sup> Menurut Minh L.e. dkk. 2008, lesi kulit pada lepra biasanya disertai anestesi atau hiperestesi,<sup>8</sup> sedangkan pada lupus eritematosus kutaneus subakut, lesi kulit berupa makula eritem dan atau papul yang tersusun diulteri plak annular atau psoriasiform, sensitif terhadap cahaya, terjadi pada kulit yang sering terpapar sinar matahari, dan dapat sembuh dalam jangka waktu lama tanpa meninggalkan skar.<sup>9</sup> Pada kasus ini, lesi kulit

pasien berupa *patch* dan papul eritematosus pada punggung, dada, kedua lengan dan tungkai. Saat pasien datang, dilakukan pemeriksaan saraf tepi, tes fungsi saraf sensoris dan motorik, tampak tidak ada kelainan kecuali kedua kulit telapak kaki terasa tebal.

Pada pasien kusta dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengevaluasi pemberian terapi pada pasien dengan pertimbangan efek samping pemberian MDI jangka panjang berupa anemia hemolitik, leukopenia, hepatotoksik, nefrotoksik dan gangguan gastrointestinal.<sup>10,11</sup> Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan antara lain pemeriksaan darah rutin, golongan darah, fungsi hati, fungsi ginjal dan G6PD. Pada pasien ini awalnya diduga sebagai lupus eritematosus kutaneus subakut, sehingga juga dilakukan pemeriksaan reumatoid faktor dan sel LE, didapatkan hasil darah rutin dalam batas normal, sedangkan yang lainnya negatif.

Pemeriksaan bakteriologis pasien kusta dilakukan untuk membantu mengakkan diagnosis, klasifikasi penyakit sebelum pengobatan, menilai respon pengobatan pada pasien MB, *and point* pengobatan pada pasien MB, prognosis, memperkirakan kepentingan epidemiologis, menentukan prioritas pengobatan dan pemeriksaan kontak. Seduan diambil dari kelainan kulit yang paling aktif. Tempat yang sering diambil untuk seduan adalah cuping telinga, lengan, punggung, bokong dan paha. Jumlah pengambilan seduan minimum dilaksanakan di tiga tempat, yaitu cuping telinga kiri dan kanan serta bercak yang paling aktif.<sup>12</sup> Menurut Ridley, kepadatan basil tahan asam (BTA) pada sebuah seduan tanpa membedakan solid atau non solid dinyatakan dengan indeks bakteri (IB), nilai 0 sampai 6 untuk membantu menentukan tipe kusta dan menilai hasil pengobatan. Indeks morfologi merupakan teknik standar yang dipakai untuk memperkirakan proporsi kuman yang hidup diantara seluruh kuman. Indeks morfologi berguna untuk mengetahui daya penularan kuman juga untuk menilai hasil pengobatan serta membantu menentukan resistensi terhadap obat. Pada lesi kulit pasien kusta tipe BI, ditemukan banyak kuman BTA.<sup>13</sup> Pemeriksaan bakteriologis BTA 6 tempat pada pasien ini ditemukan, telinga kanan BTA positif (+5), telinga kiri positif (+4), jari tengah kiri positif (+3), jari tengah kanan positif (+3), lengan kanan (+3), lengan kiri positif (+3), indeks morfologi 0%, indeks bakteriologi 1%.

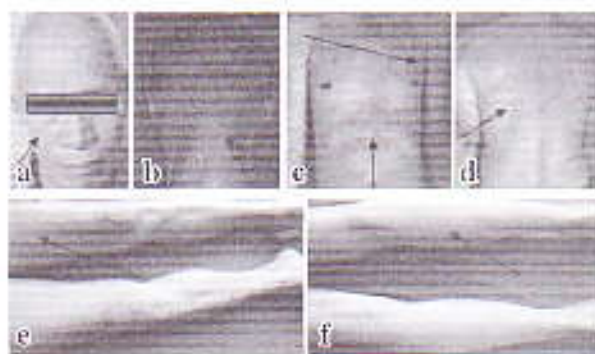
Pemeriksaan penunjang lain yang dapat dilakukan pada pasien kusta adalah pemeriksaan histopatologi, untuk membantu menentukan klasifikasi kusta. Spesimen pemeriksaan histopatologi dari biopsi diambil dari lesi kulit yang aktif. Pada kasus ini, biopsi insidial dilakukan pada lesi plak eritem di regio *truncus posterior sinistra*. Gambaran histopatologi ditemukan epidermis tipis dilapisi skuamos kompleks berkeratin, *rete ridge* mendatar, tampak sub-epidermal *granule zone*. Dermis dijumpai granuloma yang terdiri dari banyak makrofag dengan sitoplasma *foamy*, sel epiteloid, satu dua *giant cell multinucleated*. Granuloma oval atau menunggi, mengikuti folikel rambut, saraf dan helaijer ektrin, sebagian diinfiltrasi sel limfosit sehingga menunjang diagnosis kusta tipe BI. (gambar 2).

Diagnosis penyakit lepra berdasarakan pada penemuan tanda kardinal atau tanda utama yaitu bercak hipopigmentasi atau eritematosus, makula atau plak mati rasa pada bercak yang bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa raba, suhu dan nyeri, bakteriologis dari hapusan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif, kadang bahan diperoleh dari biopsi kulit atau saraf. Untuk menegakkan diagnosis penyakit lepra,

paling sedikit harus ditemukan satu tanda kardinal.<sup>14</sup> Pada kasus ini, gambaran klinis pasien menyerupai lupus eritematosus kutaneus subakut dengan adanya ruam makulopapular yang semakin bertambah merah apabila terpapar sinar matahari, disertai nyeri sendi dan demam, namun pada pemeriksaan sel LE dan reumatoid faktor hasil negatif, pemeriksaan bakteriologis dan histopatologi menunjang lepra *borderline hypomatosus*. Pada awalnya kami juga mendiagnosis banding dengan erupsi obat tipe makulopapular, namun karena keluhan telah berlangsung selama 2 tahun, dan tidak ada riwayat pemakaian obat sebelumnya, maka erupsi obat dapat disingkirkan.

Penyakit lepra dapat ditularkan dari penderita lepra tipe MB kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Kuman lepra bukan kuman yang ganas, sehingga penularannya agak sulit dan dibutuhkan waktu yang lama, kontak yang erat, supaya kuman ini bisa ditransmisikan dalam jumlah yang banyak ke orang lain. Kontak erat dan lama itu sulit dibuktikan karena ada saja orang yang tidak kontak erat namun masih bisa terkena lepra.<sup>15</sup> Pada kasus ini, secara anamnesis, tidak ditemukan adanya riwayat kontak yang lama pasien dengan penderita lepra, ataupun riwayat pasien pernah tinggal di daerah yang merupakan kantong kusta, sehingga sampai saat ini, masih belum diketahui darimana pasien terinfeksi lepra.

Tujuan utama program pemberantasan lepra adalah penyembuhan pasien lepra dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan rantai penularan dari pasien lepra terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit. Program *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan kombinasi rifampisin, klofazimin, dan DDS dimulai tahun 1981. Program ini bertujuan untuk mengatasi resistensi dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidakepatan pasien, menurunkan angka putus obat, dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan. Untuk tipe Multibasiler (MB), jenis obat dan dosis orang dewasa adalah rifampisin 600 mg/bulan, klofazimin 300 mg/bulan dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg/hari, DDS 100 mg/hari diminum dirumah. Pengobatan diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan sesudah selesai minum dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif. Menurut WHO (1998), pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT.<sup>12,3</sup> Pada kasus ini pasien diberikan terapi untuk tipe Multibasiler, direncanakan selama 12 bulan. Setelah 1 bulan terapi, tampak perbaikan dengan berkurangnya nyeri sendi, tidak ada demam dan lesi yang baru.



Gambar 1. (a) Digastric facialis, (b) Region maculae, (c) Region eritematosus superior dextra et sinistra & truncus anterior, (d) Region truncus posterior, (e) Region eritematosus inferior dextra et sinistra aspectus ventralis, (f) Region eritematosus inferior dextra et sinistra aspectus dorsalis

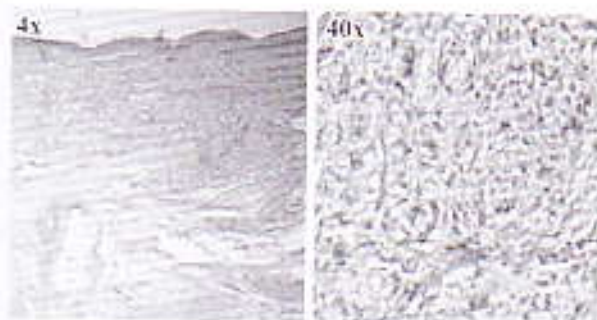


PT PERDOSKI MAJU (2012) MAJU

FIT XII PERDOSKI



2012



Gambar 2. Gambaran histopatologi.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Rao TH, Mullis RL. Leprosy. In: Wolff, Goldsmith, Katz SI, Gilchrist BA, Fitzle AS, Luffel DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Volume 2, 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1789-86.
2. Druze DJ, Chen IS, Wei-Huang L. The continuous bacterium of lepromatous leprosy. *N Engl J Med* 1972; 287: 259-64.
3. Pionuzzi RE. The management of reactions in leprosy. *Int J Lepros* 1989; 57: 103-9.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pulman: Nasional Penanggulangan Penyakit Kulit. Jakarta: Depkes RI; 2007.
5. Data rekam medis rawat inap Departemen IKKK RSEUP Dr. Moch. Hoesin Palembang.
6. Mariceli R, Marstman G. Leprosy: Not always an easy diagnosis. *Aust J Dermatol* 2009; 50: 36-40.
7. Wakerisser CM, et al. Gender and leprosy: case studies in Indonesia, Nigeria, Nepal and Brazil. *Leprosy* 2009; 69: 65-70.
8. Aminudin MD, Hoesni Z, Darwis E. Diagnosis Penyakit Kulit. In: Siamsoe Duli OS, Mezzadi SL, Junitari SP, Nilasari H, editors. *Kusta*. 2<sup>nd</sup> ed. Jakarta: FKUI; 2003. p. 12-37.
9. Minh Le. Leprosy. In: Lask PR, Truong HU, Cahill MW, Hladikstein B, editors. *International Neurology: A Clinical Approach Vietnam*. Blackwell Publishing; 2009. p.262-5.
10. Soebeno B, Sulaniyanto D. Pengobatan Penyakit Kulit. In: Siamsoe Duli ES, Mezzadi SL, Junitari SP, Nilasari H, editors. *Kusta*. 2<sup>nd</sup> ed. Jakarta: FKUI; 2003. p.66-74.
11. Kumar B, Dogra S. Leprosy: A disease with diagnostic and management challenges? *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75:111-5.
12. WHO. Leprosy Today. Available at <http://www.who.int/lcp/>. Accessed on December 13, 2008.
13. Lewis FS. Leprosy. Available at <http://www.uptodate.com/lookup/article/1104977/overview>. Accessed on July 18, 2008.

