

CREEPING ERUPTION PADA SEORANG PASIEN GERIATRI

oleh:

Robin¹, Linda Yulianti Wijayadi, Inneke Meredith Susito, Junarti Karmadi²,
Sofia Willy³

ABSTRACT

Creeping Eruption in geriatric patient.

A case of creeping eruption in a 72-years-old man is reported. The lesions were tortuous line, red coloured, linier papul eruption on epigastrium regio skin of the abdomen. The initial treatment was albendazole tablet 2 x 400 mg daily for 3 days, but there is no improvement. Afterwards, he was treated with albendazole tablet 1 x 800 mg daily for 3 days but the lesions still occurred, the creeping process continue to one direction from initial lesion. After albendazole tablet 1 x 1200 mg daily were given for 5 days, new lesions did not appear, the creeping lesion stoped and initial lesion was recovered.

Key words: Creeping Eruption, albendazole

ABSTRAK

Creeping Eruption Pada Seorang Pasien Geriatri

Dilaporkan sebuah kasus *creeping eruption* pada seorang laki-laki berusia 72 tahun. Lesi kulit berupa erupsi papula linier berwarna merah timbul berkelok pada kulit perut regio epigastrium. Pengobatan dimulai dengan tablet albendazol dosis 2 x 400 mg/hari selama 3 hari, namun tidak menunjukkan perbaikan. Kemudian pasien diberikan tablet albendazol dosis 1 x 800 mg/hari selama 3 hari, tapi masih tetap terjadi proses penjarangan ke satu jurusan dari lesi yang sudah ada. Setelah diberikan tablet albendazol dengan dosis 1 x 1200 mg/hari selama 5 hari, tidak timbul lagi lesi baru, penjarangan lesi berhenti dan terjadi penyembuhan pada lesi lama.

Kata-kata kunci: Creeping Eruption, albendazol.

¹ Alumni Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (dr. Robin)

² Bagian Ilmu Penyakit Kulit Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (dr. Linda Yulianti Wijayadi, Sp.KK, dr. Inneke Meredith S, Sp.KK, dr. Junarti Karmadi)

³ Bagian Poliklinik Kulit/ Kelamin RS. Sumber Waras (dr. Sofia Willy)

Correspondence to:

dr. Linda Yulianti W, Sp.KK,
Department of Dermatology,
Faculty of Medicine,
Tarumanagara University,
Jl. S. Pamman No. 1, Jakarta 11440

PENDAHULUAN

Cutaneous Larva Migrants (CLM) disebut juga *creeping eruption*, *creeping verminous dermatitis*, *sandworm eruption*, *plumber's itch*, *duck-hunter's itch*¹ atau dalam bahasa Indonesia disebut ruam kulit menjalar.^{2,3} *Cutaneous larva migrans* adalah salah satu kelainan kulit khas berupa garis

lurus atau berkelok, progresif, akibat invasi larva parasit.^{2,4} *Cutaneous larva migrans* ini banyak ditemukan pada pekerja yang kontak langsung dengan tanah atau pasir di pantai (95%) dengan telanjang kaki.^{1,5-8} Ada satu laporan kasus didapatkan lesi pada glans penis.⁹ Kasus lebih banyak ditemukan pada daerah beriklim

tropis dan subtropis.^{7,8} Prevalensi di dunia diperkirakan mencapai 576 juta.⁸ Di Indonesia, penyebab utama *cutaneous larva migrans* adalah larva cacing tambang kucing dan anjing. *Cutaneous larva migrans* timbul akibat penetrasi larva *Ancylostoma caninum* atau *Ancylostoma braziliense* atau *A. ceylanicum* ke kulit bagian epidermis.⁵ *A. braziliense* terdapat pada anjing dan kucing, sedangkan *A. caninum* hanya ditemukan pada anjing.⁷ Infeksi *A. braziliense*, *A. caninum* dan *A. ceylanicum* pada kucing dan anjing di Jakarta cukup tinggi.^{2,4}

Terdapat telur cacing yang terinkubasi pada pasir atau tanah akan menjadi larva *rhabdoid* dan kemudian menjadi larva *filariform* yang infeksius. Larva inilah yang dapat penetrasi pada kulit manusia melalui kulit yang luka atau folikel rambut.^{7,10} Larva ini tidak dapat meneruskan siklus hidupnya yang normal pada manusia, tetapi tetap berada di bawah kulit dan membentuk terowongan, sehingga menyebabkan *cutaneous larva migrans*. Gambaran klinis lesi kulit yang khas berupa garis merah disebabkan oleh larva yang membuat terowongan intrakutan sebagai garis merah papula, yang selanjutnya menjalar berkelok, polisiklik, dan bertambah panjang beberapa mm sampai cm sehari di kulit menurut gerakan larva.^{2,4} Gejala ini dapat timbul dalam beberapa jam pasca penetrasi. Infeksi sekunder dapat terjadi akibat garukan.^{4,11} Lesi lama akan mengering dan membentuk krusta.³ Migrasi larva biasanya dimulai 4 hari setelah inokulasi dengan pertambahan panjang sekitar 3 cm/hari.⁵ Lesi paling sering mengenai anak-anak dan pria dewasa. Predileksi tersering pada kaki, tetapi lesi dapat pula pada lengan, bokong dan genital.² Gejala sistemik lain berupa bersin, batuk kering, dan urtikaria dilaporkan pada beberapa pasien.⁸ Berikut ini laporkan satu kasus *cutaneous larva migrans* pada seorang pasien usia lanjut.

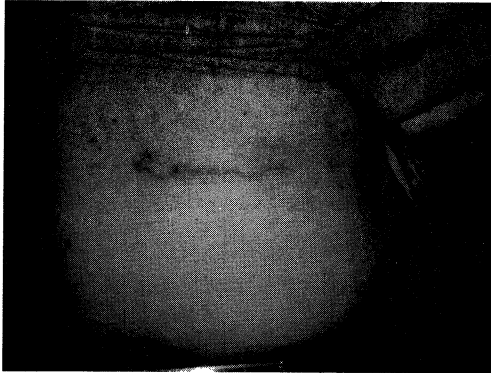
LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 72 tahun datang berobat jalan ke poliklinik kulit

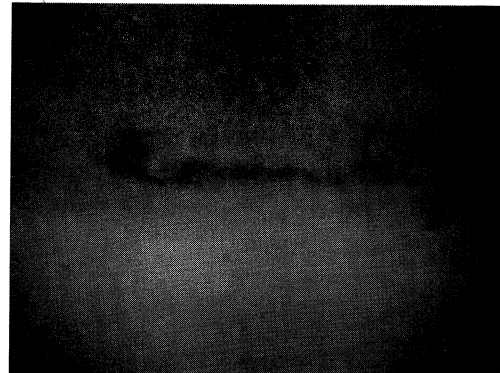
dan kelamin RS Sumber Waras pada tanggal 20 April 2009. Pada anamnesis didapatkan sejak tiga hari lalu timbul lesi kulit berupa garis merah yang timbul dan terasa gatal di perut terutama malam hari. Awalnya berupa satu bintik merah dan dalam beberapa hari kemudian menjalar. Dua hari sebelum berobat pasien pernah membongkar barang-barang lama yang berdebu di gudang. Keesokan harinya pasien mengalami demam dan flu ringan. Pasien diberi tetangganya obat krim dan tablet asiklovir 5 x 400 mg, yang diminum selama 1 hari. Namun tidak ada perbaikan. Pasien belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. Ada riwayat asma dan alergi debu. Anggota keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien. Pasien menyangkal riwayat kontak dengan tanah atau pasir maupun digigit serangga.

Pada pemeriksaan fisik dijumpai keadaan umum baik, tidak tampak sakit, kesadaran *compos mentis* dengan tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,8°C, nadi 64 x/menit dan berat badan 90 kg. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan eosinofil darah tepi menjadi 8% (nilai acuan normal 0-3%). Pada abdomen regio epigastrium, 15 cm di atas umbilikus ditemukan papul eritem timbul membentuk terowongan linier, berkelok dengan panjang 9,5 cm, lebar 3 mm. Pasien didiagnosis menderita CLM dan diobati dengan tablet albendazol dosis 2 x 400 mg/hari dan salep hidrokortison 2,5% selama 3 hari. Pada kontrol berikut tidak ada perbaikan pada lesi kulit. Kemudian pasien diberikan tablet albendazol dengan dosis 1 x 800 mg/hari dan salep hidrokortison 2,5 % tetap dipakai selama 3 hari, namun lesi tetap memanjang 10 cm ke arah bawah disertai vesikel dan papul eritem berisi cairan serosa. Dosis kemudian ditingkatkan menjadi 1 x 1200 mg/hari dan terapi topikal diganti dengan krim klobetasol propionat 0,025%. Pasien dianjurkan kontrol 3 hari kemudian. Hasil pengobatan menunjukkan lesi baru tidak timbul lagi dan terjadi penyembuhan lesi lama.

SEBELUM DIOBATI (20 April 2009)



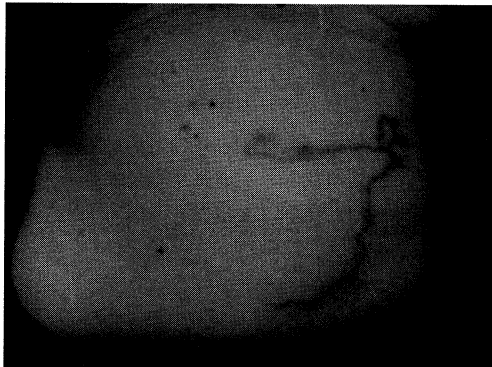
Gambar I. Creeping eruption / Cutaneous Larva Migrans
Pada abdomen regio epigastrium



Gambar II. Creeping eruption.
Papul eritem menimbulkan membentuk terowongan, linier berkelok-kelok dengan panjang 9,5 cm, lebar 3 mm.

PENGOBATAN I (23 April 2009)

Tablet albendazol dosis 2 x 400 mg/hari selama 3 hari



Gambar III. Tampak lesi baru berupa pemanjangan dari papul eritem yang sudah ada sepanjang 10 cm.



PENGOBATAN II (26 April 2009)

Tablet albendazole dosis 1 x 800 mg/hari selama 3 hari,

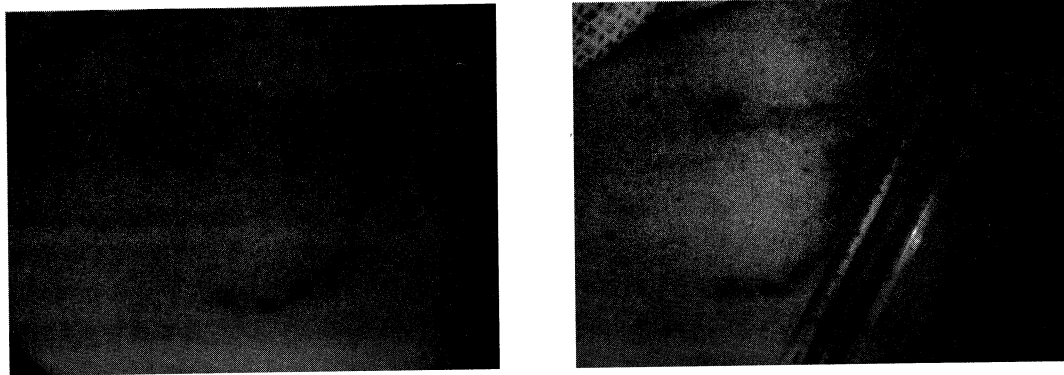


Gambar IV. Tampak proses yang menjaral ke satu jurusan diikuti oleh penyembuhan pada bagian yang ditinggalkan. (**Serpiginosa**)



PENGOBATAN III (1 Mei 2009)

Tablet albendazole dengan dosis 1 x 1200 mg/hari selama 5 hari



Gambar V. Setelah pengobatan berhasil tampak terjadi perbaikan lesi dengan gambaran hiperpigmentasi (*Post Inflammatory Hyperpigmentation*).

DISKUSI

Cutaneous Larva Migrans (CLM) adalah salah satu penyakit kulit yang jarang ditemukan. Riyanto MW, melaporkan dari penelitian yang dilakukan di RSUD Tarakan periode Agustus 2001 – Agustus 2007 didapatkan 262 kasus CLM dari 6.236 orang pasien (262 kasus CLM) atau 4,2%. Dari sejumlah kasus terdapat 199 orang atau 76% berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan pada perempuan mencapai 63 kasus atau hanya 24%. Kelompok umur terbanyak adalah antara 0 – 5 tahun yakni sebanyak 109 pasien atau 41,6%.¹³ Sedangkan Kandou R.D. melaporkan dari penelitian yang dilakukan di Manado pada periode Januari 2005 – Desember 2007, ditemukan 9 kasus infeksi parasit dari 1.022 penyakit kulit pada geriatri atau 0,88%.¹⁴ Menurut laporan bulanan data pasien poli umum kulit dan kelamin RS Sumber Waras, Jakarta Barat pada periode Januari 2004 – Desember 2008, tercatat 53 kasus CLM dari 16.701 pasien atau

0,19%.¹⁵ Hal ini menunjukkan kasus CLM sangat jarang ditemukan, terutama pada pasien geriatri seperti kasus di atas.

Larva cacing menginfeksi manusia melalui tanah atau pasir yang terkontaminasi kotoran binatang.¹⁴ Binatang yang sering terinfeksi antara lain anjing dan kucing yang merupakan hospes dari *A. ceylanicum* dan *A. caninum*. Pada manusia larva ini tidak dapat tumbuh menjadi dewasa, larva akan mati.¹ Larva yang infeksius dapat bertahan hidup di tanah atau pasir selama beberapa minggu. Larva menginfeksi manusia melalui kulit dan berada di antara stratum germinativum dan stratum korneum.^{1,8} Menurut pasien hanya terdapat riwayat kontak dengan debu dari gudang pada tiga hari sebelum timbul keluhan/lesi kulit. Melakukan aktivitas di gudang bawah tanah juga dapat terinfeksi oleh larva¹, seperti yang terjadi pada pasien ini. Ada kemungkinan di gudang terdapat kotoran anjing atau kucing.

Gambaran klinis lesi kulit pada CLM berupa papula eritem yang se-

lanjutnya menjalar membentuk terowongan sebagai garis merah, berkelok, timbul dengan penjaran serpiginosa yang bertambah panjang beberapa mm sampai cm per hari.^{4,10,11} Lesi kulit CLM biasanya bertambah 3 cm per hari, menjalar menjadi lesi sepanjang 20 cm dan lebar 3 mm.^{5,10} Gambaran tersebut sesuai dengan yang dialami oleh pasien ini dimana pertambahan panjang terowongan sekitar 3,3 cm per hari, hingga mencapai 20 cm dengan lebar 3 mm. Sepanjang garis terdapat vesikel kecil berisi cairan serosa sangat gatal.³ Gambaran klinis lain dapat menyerupai folikulitis dan dermatitis non spesifik.^{6,10} Bentuk yang menyerupai dermatitis non spesifik yakni bercak kemerahan multipel, bentuk linier, serpiginosa dengan papul pada pangkal dan ujung lesi, disertai erosi, krusta, bercak hiperpigmentasi.⁶ Diagnosis CLM pada pasien ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis khas berupa papul eritem timbul membentuk terowongan, linier dan berkelok diikuti penyembuhan pada daerah yang ditinggalkan (serpiginosa).

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan kadar eosinofil yang dimulai 2 – 3 minggu setelah penetrasi di kulit oleh larva. Peningkatan ini disertai dengan peningkatan limfosit T helper 2 (Th₂), Ig E dan sel *mast* jaringan. Belum diketahui apakah peningkatan Th₂ ini yang penting sebagai respon imun tubuh terhadap parasit juga berperan dalam reaksi patologis tubuh yang diperantarai sel imun. Namun, peningkatan Ig E dan Th₂ jarang sekali menyebabkan mun-

culnya respon alergi pada manusia yang terinfeksi, kecuali pada massa invasif dari infeksi tersebut. Jadi, peningkatan Th₂, Ig E, eosinofil, serta sel *mast* jaringan diperkirakan merupakan respon tubuh terhadap antigen parasit.¹ Pemeriksaan laboratorium pada CLM menunjukkan peningkatan kadar eosinofil yang signifikan, diperkirakan merupakan respon tubuh terhadap antigen parasit.^{1,8} Hal ini sesuai dengan yang ditemukan pada pasien ini, yakni kadar eosinofil mencapai 8% (nilai acuan normal 0 – 3%).

Pemeriksaan histopatologi menunjukkan spongiosis, vesikel intraepidermal, dan edema dermis.¹² Pemeriksaan khusus dilakukan dengan biopsi kulit yang dilihat di bawah mikroskop cahaya untuk melihat adanya larva.⁸ Larva biasanya berdiam di antara stratum germinativum dan stratum korneum kulit.^{1,8} Namun ada sebuah laporan kasus yang mengungkapkan bahwa larva dapat juga ditemukan pada lapisan dermis.¹⁰ Seringkali larva gagal ditemukan karena berada 2 cm di depan lesi terakhir.^{5,8} Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan histopatologi karena pasien tidak bersedia dibiopsi.

1. Terapi farmakologi:

- a. Tablet tiabendazol tablet (mintezol) 25 mg/kg BB/hari selama 5 hari, sedangkan salep tiabendazol 10% diberikan 4x/hari selama 2 hari.^{5,19}
- b. Albendazol yang sangat efektif terhadap berbagai jenis nematoda, cestoda, dan trematoda manusia dan binatang. Obat ini bersifat vermisisidal, larvasidal dan ovisidal.⁴ Dosis diberikan 400 – 800 mg/hari,

- sesuai berat badan, selama 3 hari.²⁰ Salep albendazol cukup efektif dan tidak ada efek samping dibandingkan pemberian albendazol sistemik salep diberikan 2x/hari selama 10 hari.²⁰
- c. Ivermektin 200 µg/kg, diberikan dengan dosis tunggal 12 mg dan diulang pada hari berikut. Gejala akan hilang dalam 20hari, keberhasilan terapi 92%.^{19,20}
 2. Terapi beku dengan CO₂ dan N₂, semprot klor-etyl. Tidak ada standar dan dosis pengobatan. Terapi ini efektif bila epidermis terkelupas bersama parasit. Cara ini bersifat traumatik dan hasilnya kurang dapat dipercaya.^{2,3,20}
 3. Tindakan eksisi pada ujung lesi kulit yang mengandung larva. Cara ini bersifat invasif dan sulit untuk mendapatkan larva.³

Albendazol dan ivermektin merupakan *first-line treatment*.²⁰ Pada pemberian oral, albendazol cepat dimetabolisme di hati menjadi albendazol sulfoksid, dengan waktu paruh 4 – 15 jam.¹⁹ Dosis yang direkomendasikan untuk kasus cutaneous larva migrans (CLM) adalah 400 mg/hari selama 5 hari.¹⁹ Dosis diberikan 400 – 800 mg/hari, sesuai dengan berat badan, selama 3 hari.²⁰ Pada awal pengobatan pasien ini diberikan tablet albendazol dosis tunggal 400 mg. Setelah 3 hari, tidak diperoleh perbaikan, dosis ditingkatkan menjadi 2 x 400 mg, selama 3 hari. Karena tidak diperoleh perbaikan, bahkan lesi semakin memanjang, dosis albendazol

ditingkatkan menjadi 1 x 1200 mg/hari selama 5 hari, disesuaikan dengan berat badan pasien agar mendapatkan dosis sistemik yang adekuat. Pemberian salep albendazol merupakan obat alternatif yang aman dan efektif untuk anak kecil (3 tablet albendazol 400 mg dalam 12g petroleum jelly).²⁰ Namun saat ini salep albendazol tidak lagi diproduksi sehingga terapi diberikan secara sistemik. Penyakit ini dapat sembuh sendiri tanpa terapi dimana sekitar 50% larva mati dalam 12 minggu karena manusia adalah *end dead host*.³ Biasanya larva mati dalam 2 – 8 minggu, kadang-kadang menetap hingga 1 tahun lebih.³ Pada pasien ini juga diberikan obat topikal berupa krim klobetasol propionat 0,025%. Penggunaannya efektif mengurangi proses inflamasi yang terjadi. Selain itu, kortikosteroid topikal juga mempunyai efek antipruritus.¹⁶

Diagnosis banding CLM antara lain *larva currens*, lesi kulit dari parasit lain, dermatitis kontak *phyto-alergic*, *phytophoto* dermatitis, *erythema migrans of Lyme borreliosis*, lesi akibat sengatan ubur-ubur, impetigo bulosa, *epidermal dermatophytosis*, *granuloma annulare*, skabies, loaiasis.¹ Stadium awal *cutaneous larva migrans* berupa papul / vesikel yang gatal sehingga gambarannya mirip dengan *herpes zoster*, *granuloma annulare*, *insect bites*, *impetigo bullosa*, dan skabies.^{1,8} Namun diagnosis banding tersebut dapat disingkirkan sebab pada stadium lanjut CLM memberikan gambaran terowongan memanjang. Panjang lesi pada skabies tidak melebihi 1 cm.³ Pada *larva currens* lesi bertambah panjang dengan sangat cepat, men-

capai 5 – 10 cm/jam, sedangkan lesi kulit akibat infeksi parasit lain memberikan gambaran klinis yang berbeda dari CLM, yakni *subcutaneous larva migrans* seperti pada infeksi *gnathostomatiasis* yang memanjang dengan kecepatan 1 cm/jam.¹ Loiasis memberikan gambaran pembengkakan yang berpindah. Larva ini sering terdapat di sekitar hidung/mata sehingga

dapat menyebabkan larva masuk ke konjungtiva.^{1,5}

Pada kasus ini setelah pengobatan berhasil, tampak perbaikan, lesi lama berhenti menjalar dan terjadi hiperpigmentasi setelah peradangan yang disebut *Post Inflammatory Hyperpigmentation* (PIH).¹⁷ Hiperpigmentasi akan berangsur menghilang dalam jangka waktu 6 – 12 bulan.¹⁸

DAFTAR PUSTAKA

1. Wolff K, Johnson RA. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology, 6th ed. USA : The McGraw-Hill Companies, 2009. p. 877.
2. Siregar RS. Atlas berwarna saripati penyakit kulit; edisi ke-2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2002 : 200.
3. Harahap M. Ilmu Penyakit Kulit; edisi ke-I. Jakarta: Penerbit Hipokrates, 2000 : 106 – 13.
4. Mardjono M, Kosin E. Albendazole Topikal Pad Creeping Eruption. Disampaikan pada Kongres Nasional VII. Perkumpulan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. (PERDOSKI), Bukittinggi, 9 – 12 November 1992.
5. Meffert J.J. Parasitic Infestations. In: Fitzpatrick JE, Morelli JG, (eds). *Dermatology Secrets in color*; edisi ke-3. Newyork : Mosby, 2006 : 2736.
6. Liridia A, Fitriani, Saulina M, Yahya YF. Creeping eruption menyerupai dermatitis non-spesifik. Disampaikan pada Kongres nasional XII. PERDOSKI, Palembang, 2008.
7. John DT, Petri WA. *Merkell and Voge's Medical Parasitology*; edisi ke-5. Philadelphia: Saunders, Elsevier, 2006 : 255-7.
8. Wilson ME, Caumes E. Helminthic Infections. In: Wolff K, Goldsmith LS, Katz SI, Gilchrest BA. (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. USA : The McGraw-Hill Companies, 2008. p. 2011-23
9. Abdullah B, Suhirianto U, S Prasetyowati. Pola Penyakit Kulit karena Parasit di Bagian Penyakit Kulit dan Kelamin RS. Dr. Karyadi Semarang tahun 1988 s.d 1991. Disampaikan pada Kongres Nasional VII. Perkumpulan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. (PERDOSKI), Bukittinggi, 9 – 12 November 1992.
10. Rivera V, Sánchez JL, Hillyer GV. Hookworm folliculitis. In *J Dermatol* 2008; 47: 246-8.
11. James WD, Berger TG, Elston D. *Andrew's Disease of the skin Clinical Dermatology*; edisi ke-10. Philadelphia : Saunder Elsevier, 2006. Chapter 435-7.
12. Rapini RP. *Practical Dermatopathology*; edisi ke-1. Philadelphia : Elsevier Mosby. 2005. 203-11.
13. Riyanto MW. Cutaneous Larva Migrans di RSUD Tarakan Kalimantan Timur. Disampaikan Konas XII. PERDOSKI Palembang 2008.
14. Sylvia T, Handrianto T, Warouw Winsy F. Penyakit Kulit Geriatri di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSU Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. Disampaikan pada Kogres Nasional XII. PERDOSKI, Palembang, 2008
15. Laporan Data Pasien Poli Klinik Kulit dan Kelamin tahun 2004 – 2008. Rumah Sakit Sumber Waras, Jakarta Barat.

16. Aisah S. Creeping Eruption. Dalam : Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editor. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin; edisi ke-5, Jakarta : Balai Penerbit FKUI, 2007: 125-6.
17. Stratigos JA, Katsambas AD. Optimal Management of Recalcitrant Disorders of Hyperpigmentation in Dark-Skinned Patients. *Am J Dermatol* 2004; 5 : 165-6.
18. Lacz NL, Vafaie J, Kihiczak NI, Schwartz RA. Post Inflammatory Hyperpigmentation: A Common but Troubling Condition. *Int J Dermatol* 2004; 43 : 362-5.
19. Keehbauch JA. Cutaneous Larva Migrans. In: Usatine RP, Smith MA, Mayeaux EJ, Chumley H, Tysinger J. (eds). *The Color Atlas of family Medicine*. USA : The McGraw-Hill Companies, 2009. p. 581-3
20. Habif TP. *Clinical Dermatology, A Color Guide to Diagnosis and Therapy*; 5th ed. USA : Mosby Elsevier, 2010. p. 625.