

## LAPORAN KASUS

### Kusta tipe pausibasiler dengan gambaran klinis menyerupai tinea corporis

Melyawati, Lorettha Wijaya

#### ABSTRACT

**Background:** Leprosy is a chronic disease affecting skin and peripheral nervous system with many various skin lesions appearance which can lead to misdiagnosis.

**Case:** A 43-years old woman came from Magetan, East Java, which is an endemic leprosy area. She complained of having multiple itchy erythematous papules and plaques with polycyclic form on her right arm since 3 months ago. She was treated by doctor and herself as common skin disease. At first, the lesion was diagnosed as tinea corporis according to the skin lesions appearance. Sensory test on skin lesions was not performed. A 7-day treatment for tinea corporis did not improve the skin lesions. Later, leprosy was confirmed from skin sensory test and nerve thickening. Granuloma and Langhans cells were positive, whereas acid fast bacilli was negative. The lesions were improved after 1 month treatment with MDT.

**Conclusion:** Misdiagnosis of the leprosy could be diminished by performing skin sensory test and nerve examination

**Key words:** paucibacillary leprosy, anesthetic skin lesion, neuropathy, tinea corporis

Departemen Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya, Jl. Pluit Raya 2, Jakarta 14440

#### PENDAHULUAN

Penyakit kusta atau dalam istilah kedokteran dikenal dengan nama Morbus Hansen merupakan suatu penyakit infeksi yang bersifat kronik, disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraselular obligat. Penyakit kusta terutama menyerang kulit, saraf perifer, saluran pernapasan bagian atas serta dapat menyerang organ tubuh lainnya, kecuali susunan saraf pusat.<sup>1-5</sup>

Penyakit kusta masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia karena dapat menyebabkan kecacatan permanen dan menimbulkan dampak sosial baik diskriminasi maupun stigma sosial. Penyakit ini dapat menyerang semua kelompok umur tetapi lebih sering ditemukan pada kelompok sosial ekonomi rendah. Semakin rendah tingkat sosial ekonomi penderita, maka akan semakin berat penyakitnya.<sup>1</sup>

Indonesia merupakan salah satu negara dengan kasus kusta ketiga terbanyak setelah India dan Brazil.<sup>6</sup>

Meskipun secara nasional Indonesia telah berhasil menekan kasus kusta menjadi 0,76/10.000 penduduk, namun masih terdapat 4 provinsi dengan angka kasus kusta lebih dari 1000 kasus, yaitu Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Sulawesi Selatan.<sup>7</sup>

Penyakit kusta memiliki gambaran lesi kulit bervariasi yang kadang-kadang tampak seperti lesi kulit akibat penyakit lain. Diagnosis penyakit kusta ditegakkan berdasarkan adanya salah satu atau lebih tiga tanda-tanda kardinal, yaitu lesi kulit hipopigmentasi atau eritema yang anestesi, penebalan saraf perifer, dan ditemukannya basil tahan asam (BTA) pada kerokan kulit. Untuk menentukan tindakan pengobatan, secara klinik penyakit kusta dikelompokkan menurut beberapa cara. Menurut Ridley-Jopling, penyakit kusta dapat dikelompokkan berdasarkan status imunologik penderita terhadap *M. leprae* yaitu tipe *tuberculoid tuberculoid* (TT), tipe *borderline tuberculoid* (BT), tipe *borderline-borderline* (BB), tipe *borderline lepromatous* (BL)

dan tipe lepromatous-lepromatous (LL). Berdasarkan jumlah lesi kulit, lesi kulit kurang dari lima diklasifikasikan sebagai kusta pausibasiler (PB) dan lesi kulit lebih dari lima sebagai kusta multi-basiler (MB). Berdasarkan pemeriksaan kerokan kulit penderita diklasifikasikan sebagai kusta PB bila tidak ditemukan adanya kuman BTA, dan kusta MB bila kuman BTA ditemukan.<sup>2-4,8-11</sup>

Gambaran lesi kulit yang bervariasi ini menyebabkan sering terjadinya kesalahan diagnosis awal pada penderita kusta. Lesi berupa plak eritem pada kusta seringkali didiagnosis sebagai tinea, psoriasis, lupus vulgaris, dan penyakit kulit lain. Sedangkan lesi berupa makula hipopigmentasi pada kusta seringkali didiagnosis sebagai pitiriasis alba, pitiriasis versikolor, vitiligo, dan penyakit kulit lain yang menyerupainya.<sup>9,11,12</sup> Karena itu diagnosis kusta harus dilakukan dengan cermat dan teliti agar tidak terjadi salah diagnosis.

### PRESENTASI KASUS

Seorang perempuan berusia 43 tahun dengan keluhan bercak meninggi, berwarna kemerahan di pergelangan tangan kanan sejak 3 bulan yang lalu. Bercak tersebut kemudian melebar ke lengan bawah, serta jumlahnya bertambah banyak, bersatu dengan bercak-bercak di sekitarnya (Gambar 1A). Pasien merasakan gatal pada bercak-bercak tersebut. Pasien sudah pernah berobat ke dokter, diberi salep kulit namun tidak mengalami perbaikan. Pasien beberapa kali juga mencoba mengobati sendiri bercak tersebut dengan mengoleskan salep antijamur secara tidak teratur. Pasien bekerja sebagai petani yang setiap hari berada di sawah, berasal dari Magetan, Jawa Timur, ke Jakarta untuk berobat karena suami bekerja di Jakarta sebagai buruh kasar.

Pemeriksaan fisik memperlihatkan keadaan umum pasien tampak sakit ringan dengan kesadaran kompos mentis. Pada pemeriksaan mata tidak ditemukan adanya konjungtiva anemis maupun madarosis. Pada pemeriksaan telinga tidak ditemukan adanya megalobuli. Pada lengan bawah terutama pada sisi lateral tampak papulplak eritem, berbatas tegas, ukuran diameter 1,5 cm sampai dengan plak. Sebagian lesi



**Gambar 1.A** Lesi kulit pada saat pasien datang (kiri). **Gambar 1.B** Lesi kulit setelah pengobatan selama 1 bulan; tampak plak sudah menipis, eritem dan skuama sudah berkurang (kanan)

berbentuk polisiklik, dengan *central healing* dan skuama di tepi lesi. Pada pemeriksaan kerokan kulit dari lesi dengan KOH ditemukan adanya spora. Diagnosis awal pasien ini adalah tinea korporis. Pasien diberikan itrakonazol tablet 2 x 100 mg, klorfeniramin maleat tablet 2 x 2 mg, dan krim naftifin HCL selama 7 hari.

Satu minggu kemudian, pasien kembali datang. Keluhan gatal sudah berkurang namun pada pemeriksaan fisik tidak terlihat adanya perubahan pada lesi kulit. Setelah dilakukan pemeriksaan sensibilitas, ternyata ditemukan adanya anestesi pada lesi. Pemeriksaan BTA dari kulit di kedua cuping telinga dan lesi negatif. Pemeriksaan histopatologis memperlihatkan gambaran granuloma disertai dengan sel datia Langhans. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini, pasien didiagnosis sebagai penderita kusta tipe BT.

Kepada pasien ini direncanakan pengobatan dengan memberikan *Multi-Drug Therapy* (MDT) pausi-basiler sesuai protokol dari WHO. Setelah satu bulan pengobatan, bercak-bercak meninggi pada lengan bawah kanan sudah menipis, eritem dan skuama juga berkurang, dan tidak ditemukan adanya lesi baru (Gambar 1b). Rasa gatal kadang-kadang masih muncul. Pasien juga mengeluhkan adanya rasa panas dan pegal pada lengan kanannya. Pengobatan MDT-PB direncanakan untuk diteruskan hingga 6 dosis dan diharapkan dapat diselesaikan dalam 6-9 bulan. Selain itu, kepada pasien juga diberikan vitamin B1 dan B2 untuk membantu mengurangi keluhan pegal pada otot.

## DISKUSI

Pada kunjungan pertama, pasien didiagnosis menderita tinea korporis berdasarkan keluhan dan gambaran lesi kulit. Keluhan adanya bercak meninggi kemerahan pada lengan bawah kanan yang kadang-kadang disertai rasa gatal serta gambaran lesi berbatas tegas berupa plak eritem berbentuk polisiklik, dengan *central healing* dan skuama di tepi lesi mirip dengan gambaran akibat infeksi dermatofit. Gambaran lesi polisiklik dengan *central healing* disertai gatal sangat sesuai dengan gambaran tinea korporis. Disamping itu tidak ditemukan tanda-tanda kusta lain yang dapat meningkatkan kecenderungan diagnosis kusta misalnya madarosis dan megaglobuli. Kusta merupakan penyakit yang memiliki gambaran lesi kulit dapat menyerupai penyakit lain. Kusta dengan gambaran lesi kulit seperti tinea korporis juga cukup sering ditemukan.<sup>9,11-12</sup>

Keluhan gatal yang dirasakan pasien bersifat subjektif. Keluhan ini mungkin merupakan tanda-tanda terjadi-

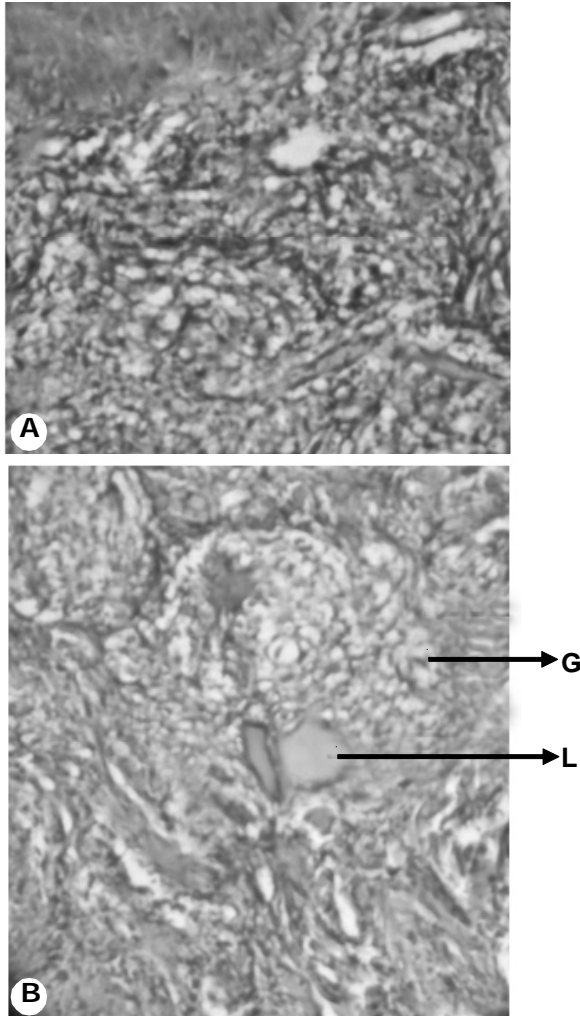
nya neuropati. Kusta dapat menyebabkan kerusakan serabut saraf sensorik dan menimbulkan berbagai macam keluhan misalnya gatal, pegal, dan keluhan kulit lain seperti pada kasus ini.

Pada pemeriksaan kerokan kulit dengan KOH tidak ditemukan adanya hifa panjang tetapi hanya ditemukan spora. Spora bisa saja ditemukan pada kulit normal oleh sebab itu kurang memiliki nilai diagnostik. Bila lesi pada tinea bersifat aktif maka seharusnya dapat ditemukan hifa panjang. Pemeriksaan sensori pada lesi tidak dilakukan pada awal kunjungan karena diagnosis mengarah pada tinea korporis.<sup>1-3</sup>

Pasien tinggal di Magetan, Jawa Timur, salah satu provinsi dengan jumlah kasus kusta tertinggi di Indonesia. Data kasus kusta baik kasus lama maupun baru di Magetan tidak diperoleh. Namun secara nasional, dari jumlah penderita baru pada tahun 2008 sebanyak 17.243 kasus, 29% di antaranya berasal dari Jawa Timur.<sup>7</sup> Pasien berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah, bekerja sebagai petani, dan suami sebagai buruh kasar. Asal demografi dan tingkat sosial ekonomi pasien ini merupakan faktor risiko untuk terjadinya kusta.

Pemeriksaan sensibilitas yang dilakukan pada kunjungan kedua menemukan adanya anestesi pada lesi kulit tersebut. Pada pemeriksaan saraf tepi ditemukan adanya pembesaran n. ulnaris kanan disertai dengan nyeri tekan. Penurunan sensibilitas pada lesi kulit disertai penebalan saraf merupakan tanda kardinal yang khas pada penyakit kusta. Dengan 2 tanda kardinal yang dimiliki, diagnosis kusta sudah dapat ditegakkan pada pasien ini.

Pada pemeriksaan bakterioskopis tidak ditemukan adanya BTA baik pada cuping telinga kiri, cuping telinga kanan maupun lesi kulit lengan bawah. Pemeriksaan histopatologis perlu dilakukan untuk memastikan diagnosis dan mencari kemungkinan diagnosis lain.<sup>8-10</sup> Pada pemeriksaan histopatologis pasien ditemukan adanya multiple granuloma, infiltrasi sel-sel radang dan sel datia Langhans tanpa ditemukan adanya BTA (Gambar 2). Granuloma dan sel datia Langhans pada pemeriksaan histopatologi ini memastikan diagnosis penyakit kusta.



**Gambar 2.** Gambaran histopatologis kulit pasien. (A) Tampak infiltrasi sel radang pada dermis (B) Tampak adanya granuloma (G) dan sel datia Langhans (L) pada dermis

Diagnosis kusta pada kasus ini sudah tepat dengan ditemukannya dua dari tiga tanda kardinal, yaitu lesi yang anestesi dan penebalan saraf ulnaris kanan. Tipe kusta adalah pausibasiler karena dari pemeriksaan bakterioskopis tidak ditemukan adanya basil tahan asam. Histopatologis menunjukkan gambaran khas kusta yaitu granuloma dan sel datia Langhans.

Pengobatan *Multi-Drug Therapy* (MDT) protokol WHO dilanjutkan dengan merujuk pasien ke puskesmas Magetan sesuai dengan tempat tinggal pasien. Pemeriksaan setelah 1 bulan pengobatan, menunjukkan perbaikan yang nyata pada lesi kulit dan berkurangnya keluhan lain. Pasien dianjurkan menyelesaikan pengobatan MDT hingga tuntas.

## KESIMPULAN

Kusta dapat memberikan gambaran lesi kulit menyerupai tinea korporis. Kesalahan diagnosis kusta dengan tinea korporis atau penyakit lain dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan sensorik pada lesi kulit dan pemeriksaan penebalan saraf.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kosasih A. Kusta. Dalam: Djuanda A, editor. Ilmu kesehatan kulit dan kelamin. Edisi ke-5. Jakarta: FKUI; 2007: 73-88.
2. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrew's Diseases of the skin: Clinical dermatology. 10th ed. Philadelphia:Saunders;2006:343-352.
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's: Dermatology in general medicine. 7th ed. USA:McGraw-Hill;2008:1786-1796
4. Ishii N. Recent advances in the treatment of leprosy. Dermatology online journal. 2003;9(2):5. Available from: <http://dermatology.cdlib.org/92/reviews/leprosy/ishii.html>
5. Lewis F, Conologue T, Harrop E. Leprosy. 2008. Available from: <http://emedicine.medscape.com>
6. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 2008;83:293-300.
7. Kunjungan the Nippon Foundation seputar kusta di Indonesia dan Jawa Timur. Surabaya-eHealth (newspaper on the internet). 2009 Jun 13. Available from: <http://www.surabaya-ehealth.org>
8. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. The Lancet. 2004;363:1209-19. Available from: ProQuest. <http://il.proquest.com>
9. Hartzell JD, Zapor M, Peng S, Straight T. Leprosy: a case series and review. Southern Medical Journal. 2004;97(12). Available from: <http://www.medscape.com>
10. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. J Am Acad Dermatol. 2004;51(3):417-26.
11. Kumar B, Dogra S. Leprosy: a disease with diagnostic and management challenges. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. 2009;75(2):111-4.
12. Lubis SR, Hernita S. Kusta tipe multibasiler yang sering didiagnosis awal sebagai tinea korporis atau psoriasis. Buku Makalah Lengkap Pertemuan Ilmiah Tahunan PERDOSKI X. 2009;i:319-20.