

LAPORAN KASUS TINEA KRURIS PADA PENDERITA DIABETES MELITUS

Made Kresna Yudhistira Wiratma
*Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana,
Denpasar*

ABSTRAK

Tinea kruris merupakan infeksi jamur superfisial yang mengenai kulit pada daerah lipat paha, genital, sekitar anus dan daerah perineum. Tinea kruris disebabkan oleh jamur dermatofita. Faktor predisposisi tinea kruris adalah kelembaban dan suhu yang tinggi serta keadaan yang dapat menurunkan sistem imun melawan infeksi seperti diabetes melitus dan obesitas. Dilaporkan kasus tinea kruris pada seorang laki-laki berusia 59 tahun dengan keluhan gatal pada lipat paha sejak 3 hari yang lalu. Ditemukan lesi semilunar pada kedua lipat paha, berbatas tegas dengan tepi yang lebih merah dan meninggi serta dibagian tengah lesi ditemukan *central healing* yang ditutupi skuama halus. Pemeriksaan mikroskopis KOH 20% ditemukan hifa panjang. Pasien didiagnosis tinea kruris dan diberikan krim miconazole 2% yang diberikan dua kali sehari. Prognosis pasien baik tapi dapat terjadi kekambuhan karena pasien juga memiliki riwayat diabetes melitus yang merupakan salah satu faktor predisposisi tinea kruris.

Kata kunci: tinea kruris, dewasa, gatal, diabetes melitus

A CASE REPORT OF TINEA CRURIS IN DIABETIC PATIENT

ABSTRACT

Tinea cruris is a superficial fungal infection that involve skin, especially on groin, genital, perianal and perineum. Tinea cruris is caused by dermatophytes. Predisposition factors of tinea cruris are high temperature and humidity as well as another condition that decrease the activity of immune system such as diabetes mellitus and obesity. It is reported that a 59-years old man diagnosed with tinea cruris complained itching on groin since 3 days ago. Multiple lesion on both groin, with greater redness and scaling on border of lesion and *central healing* with soft squama at centre of lesion was found. There is long hyphae visualized by microscopic examination with KOH 20%. Patient was given miconazole cream 2% twice a day. The prognosis is good but there is a chance to relapse because patient's history of diabetes mellitus which is one of the predispose factor of tinea cruris.

Keywords: Tinea cruris, adult, itching, diabetes mellitus

PENDAHULUAN

Tinea kruris yang sering disebut “*jock itch*” merupakan infeksi jamur superfisial yang mengenai kulit pada daerah lipatan paha, genital, sekitar anus dan daerah perineum.^{1,2,3} Tinea kruris masuk ke dalam golongan dermatofitosis dimana infeksi ini disebabkan oleh jamur dermatofita. Tinea kruris merupakan salah satu manifestasi klinis yang sering di lihat di Indonesia.¹ Suhu dan kelembaban yang tinggi menjadi salah satu faktor yang mendukung penyebaran infeksi ini.^{2,3} Penyakit ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup.¹ Tinea kruris lebih sering menyerang pria dibandingkan wanita.^{3,4}

Jamur Dermatofita sebagai penyebab dermatofitosis membutuhkan keratin untuk tumbuh, oleh karena itu dermatofitosis hanya terbatas pada jaringan yang berkeratin seperti stratum korneum, rambut dan kuku dan tidak menginfeksi permukaan mukosa.²

Faktor penting yang berperan dalam penyebaran dermatofita ini adalah kondisi kebersihan lingkungan yang buruk, daerah pedesaan yang padat, dan kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat atau lembab. Obesitas dan diabetes melitus juga

merupakan faktor resiko tambahan oleh karena keadaan tersebut menurunkan imunitas untuk melawan infeksi.⁴

Manifestasi klinis tinea kruris adalah rasa gatal atau terbakar pada daerah lipatan paha, genital, sekitar anus dan daerah perineum. Adanya *central healing* yang ditutupi skuama halus pada bagian tengah lesi. Tepi yang meninggi dan merah sering ditemukan pada pasien.^{2,3,4}

Terdapatnya hifa pada sediaan mikroskopis dengan potasium hidroksida (KOH) dapat memastikan diagnosis dermatofitosis. Alat diagnosis lain yang juga dapat dilakukan adalah dengan pemeriksaan menggunakan lampu wood dan juga dengan biopsi kulit atau kuku.^{2,3}

Tinea kruris biasanya merespon dengan pengobatan sistemik atau topikal tetapi dapat sering kambuh.⁵

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berumur 59 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUP Sanglah pada tanggal 20 Februari 2014 dengan nomor rekam medis: 13034836. Keluhan utama pasien adalah gatal pada bagian lipatan paha sejak 3 hari sebelum ke rumah sakit. Dari anamnesis didapatkan sejak 3 hari pasien mengeluh timbul bercak

merah pada lipatan paha disertai rasa yang sangat gatal. Gatal dirasakan terus menerus dan bercak kemerahan yang semakin meluas. Riwayat pengobatan yang telah dilakukan oleh pasien sebelum ke rumah sakit adalah pemberian bedak tabur caladine. Pasien tidak mempunyai riwayat alergi dan tidak merasakan nyeri. Pasien pernah menjalani operasi pemasangan AV shunt untuk dialisis. Pasien juga menderita diabetes melitus dan hipertensi. Riwayat penyakit dalam keluarga yaitu diabetes melitus. Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva subanemis, suara jantung S1 dan S2 regular, suara paru vesikular, tidak terdapat ronki maupun wheezing pada kedua lapang paru, bising usus normal serta tidak terdapat edema pada ekstremitas. Pada pemeriksaan kulit didapatkan lokalisasi lesi pada lipatan paha kanan dan kiri (*cruris dextra* dan *cruris sinistra*) dengan efloresensi berupa makula eritema semilunar, berbatas tegas, bentuk geografika, ukuran 5x6 cm sampai 10x12 cm dengan tepi berwarna lebih merah dan meninggi, dan terdapat *central healing* yang ditutupi skuama halus pada bagian tengah lesi. Pada mukosa tidak terdapat hiperemi, rambut kuat, fungsi kelenjar keringat normal, tidak terdapat pembesaran kelenjar

limfe dan saraf normal. Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan mikroskopis dengan larutan KOH 20% dan didapatkan hifa panjang. Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosis dengan tinea kruris dan mendapatkan terapi miconazole cream 2% yang digunakan 2 kali sehari serta diberikan edukasi untuk mencegah progresifitas penyakit dengan tidak menggunakan pakaian yang ketat dan menjaga kebersihan diri.

Diagnosis banding tinea cruris adalah kandidosis intertrigo, eritema, psoriasis, dan dermatitis seboroik.

DISKUSI

Dermatofitosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh golongan jamur dermatofita yang menyerang jaringan dengan keratin, seperti stratum korneum pada epidermis, rambut, dan kuku. Dermatofita termasuk dalam kelas *Fungi imperfecti*, yang terbagi dalam 3 genus, yaitu *Microsporum*, *Trichophyton*, dan *Epidermophyton*.¹ Dermatofitosis disebut juga dengan istilah infeksi “tinea” yang dikelompokkan lebih lanjut berdasarkan lokasi infeksi, yaitu tinea kapitis,

tinea corporis, tinea kruris, tinea manum, tinea pedis dan tinea unguium.^{1,2}

Tinea kapitis merupakan dermatofitosis pada daerah kulit dan rambut kepala.^{1,2,3} Terdapat tiga bentuk tinea kapitis yang sering dijumpai, yaitu *grey patch ringworm* dimana terdapat papul yang melebar, pucat, dan bersisik. Pada daerah tersebut dapat timbul alopesia.¹ Bentuk kedua muncul ketika peradangan yang berat terjadi pada tinea kapitis sehingga gejala klinis akan tampak sebagai kerion. Kerion dapat berupa pembengkakan yang menyerupai sarang lebah dengan sel radang padat disekitar jaringan tersebut dan bisa terdapat limfadenopati di daerah servikal atau oksipital.^{1,2} Bentuk ketiga adalah *black dot ringworm*, bentuk ini dapat muncul karena ujung rambut yang hitam didalam folikel rambut.¹

Pada tinea corporis atau *ringworm* biasanya persebaran lesi akan berada disekitar dada, ekstremitas atau wajah. Tampak adanya *central healing* pada bagian tengah lesi dengan tepi lesi yang merah dan meninggi. Terkadang terdapat erosi dan krusta akibat garukan.^{1,2}

Tinea kruris yang sering disebut "*jock itch*" merupakan dermatofitosis pada lipit paha, daerah perineum dan

sekitar anus selain itu juga dapat mencapai perut bagian bawah dan daerah gluteus.^{1,2,3} Pasien dengan dermatofitosis biasanya mengeluhkan adanya rasa gatal berat dan terbakar.⁵ Pada pemeriksaan fisik akan didapatkan pola inflamasi dengan tipe yang aktif dan berbatas tegas dimana peradangan pada tepi akan berwarna lebih kemerahan dan meninggi juga bisa terdapat vesikel.^{1,2} Pada bagian tengah lesi akan tampak *central healing* yang ditutupi skuama halus. Efloresensi terdiri atas macam – macam bentuk primer dan sekunder. Bila penyakit ini jadi menahun, dapat berupa bercak hitam disertai sedikit sisik. Erosi dan keluarnya cairan biasanya akibat garukan.¹

Tinea manum merupakan dermatofitosis yang melibatkan telapak tangan, punggung tangan dan sela – sela jari tangan. Tinea manum biasanya bersamaan dengan tinea pedis yaitu dermatofitosis pada kaki terutama pada sela – sela jari kaki dan telapak kaki. Terdapat tiga manifestasi klinis dari tinea pedis, yaitu interdigitalis, *moccasin foot*, dan bentuk subakut. Interdigitalis merupakan infeksi di sela-sela jari terutama pada jari IV dan V. Akan terlihat adanya fisura dengan kulit yang kering dan bersisik. Tipe *moccasin*

melibatkan telapak kaki, tumit, dan tepi kaki. Akan tampak kulit yang tebal dan bersisik dan terkadang terdapat sisik putih keperakan dengan dasar yang eritema menyerupai psoriasis. pada bentuk subakut akan tampak vesikel atau bula yang dapat pecah dan menimbulkan infeksi sekunder.^{1,3}

Tinea unguium merupakan dermatofitosis pada daerah kuku. Terdapat tiga bentuk infeksi ini yang sering dijumpai, yaitu subungual distalis, leukonikia trikofita dan subungual proksimal.^{1,3} Tinea unguium termasuk dermatofitosis yang sukar untuk disembuhkan.¹

Diagnosis banding tinea kruris adalah kandidosis intertrigo, eritrasma, psoriasis, dan dermatitis seboroik.^{1,3} Pada kandidosis intertrigo lesi akan tampak sangat merah, tanpa adanya *central healing*, dan lesi biasanya melibatkan skrotum serta berbentuk satelit.^{1,2} Eritrasma sering ditemukan pada lipat paha dengan lesi berupa eritema dan skuama tapi dengan mudah dapat dibedakan dengan tinea kruris menggunakan lampu wood dimana pada eritrasma akan tampak fluoresensi merah (*coral red*).^{1,2,3} Lesi pada psoriasis akan tampak lebih merah dengan skuama yang lebih banyak serta lamelar. Ditemukannya lesi pada tempat

lain misalnya siku, lutut, punggung, lipatan kuku, atau kulit kepala akan mengarahkan diagnosis kearah psoriasis. Pada dermatitis seboroik lesi akan tampak bersisik dan berminyak serta biasanya melibatkan daerah kulit kepala dan sternum.^{1,2,3}

Pada kasus keluhan utama yang menyebabkan pasien ini datang ke RSUP Sanglah adalah rasa gatal pada daerah lipat paha yang diawali dengan adanya kemerahan serta lesi yang semakin menyebar. Didapatkan juga lesi dengan tepi yang lebih merah dan meninggi, serta terdapat *central healing* yang ditutupi skuama halus pada bagian tengah lesi, lesi berbatas tegas, berbentuk semiluner dengan ukuran asimetris. Manifestasi klinis ini sesuai dengan tinea kruris. Pasien juga memiliki riwayat diabetes melitus yang menjadi predisposisi terjadinya dermatofitosis.

Beberapa metode diagnostik dapat digunakan untuk memastikan dermatofitosis, yaitu dengan mikroskopik potasium hidroksida (KOH). Metode ini dapat membantu untuk melihat adanya hifa pada sediaan dan memastikan diagnosis dermatofitosis. Metode lain yang juga dapat dilakukan adalah dengan kultur jamur, metode ini termasuk metode

yang lama dan mahal serta biasanya digunakan hanya pada kasus yang berat dan tidak berespon pada pengobatan sistemik.² Pada pasien telah dilakukan pemeriksaan mikroskopis dengan KOH 20% dimana didapatkan hifa panjang pada sediaan yang mendukung diagnosis tinea kruris.

Tinea kruris biasanya dapat disembuhkan dengan obat anti jamur topikal. Umumnya, anti jamur topikal membutuhkan dosis satu atau dua kali sehari selama 2 minggu. Pengobatan sistemik merupakan alternatif untuk pasien yang tidak berespon atau resisten terhadap pengobatan topikal dan pada pasien dengan lesi yang luas. Anti jamur yang dapat digunakan adalah golongan azole dan allylamine. Pengobatan dengan azole yang direkomendasikan adalah ketoconazole, econazole, oxiconazole, clotrimazole, dan miconazole. Terbinafine dan naftifine merupakan allylamine yang dapat digunakan. Pengobatan allylamine membutuhkan durasi yang lebih singkat dibandingkan azole tapi biaya pengobatan dengan allylamine lebih besar. Untuk kasus resisten atau penyakit yang luas, oral itraconazole, terbinafine, dan fluconazole dapat digunakan. Efek samping untuk pengobatan topikal sangat minimal

dibandingkan dengan pengobatan sistemik seperti itraconazole, ketoconazole dan griseofulvin yang menyebabkan sakit kepala dan muntah.

Untuk kasus tinea kruris pada pasien ini diberikan miconazole cream 2% dua kali sehari selain itu pasien juga diedukasi untuk menghindari progresifitas penyakit yaitu menghindari penggunaan celana yang ketat dan tetap menjaga agar lesi tetap kering dan menjaga higienitas pasien.

Umumnya pasien dengan tinea kruris dapat sembuh secara total tapi dapat juga kambuh kembali dan tergantung pada faktor predisposisi.⁵ Mengingat pasien ini memiliki riwayat diabetes melitus dan juga berusia tua kemungkinan pasien akan sembuh namun akan dapat kambuh.

SIMPULAN

Dilaporkan kasus seorang laki-laki, berusia 59 tahun dengan keluhan gatal pada lipat paha sejak 3. Ditemukan lesi multipel pada kedua lipat paha berbatas tegas dengan tepi yang lebih merah dibandingkan bagian tengah. Pemeriksaan mikroskopis KOH 20% ditemukan hifa panjang. Pasien didiagnosis tinea kruris dan diberikan miconazole cream 2% yang diberikan dua kali sehari. Prognosis pasien baik

tapi mungkin terjadi kekambuhan karena riwayat diabetes melitus pasien sebagai faktor predisposisi tinea kruris.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djuanda A. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta; 2009.
2. Hainer BL. Dermatophyte Infection. American Family Physician. South Carolina. 2003; Vol 67.
3. Vander SMR et al. Cutaneous infections Dermatophytosis, onchomycosis and tinea versicolor. Infectious Disease Clinics of North America. Cleveland.2003.
4. Patel GA, Wiederkehr M. Schwartz RA. Tinea Kruris in Children. Pediatric Dermatology. New jersey. 2009.
5. Mcphee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis & Treatment. Mc Graw Hill. 2008.
6. Weitzman I, Summerbell RC. The Dermatophytes. American Society for Microbiology. New York. 1995, 8(2):240.