

DERMATITIS KONTAK ALERGI : LAPORAN KASUS ALLERGIC CONTACT DERMATITIS: A CASE REPORT

Sri Naharindah N S¹, Sukma Anjayani², Asrawati Sofyan^{2,3}, Junjun Fitriani³, Ary Anggara⁴

¹Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

²Departemen Penyakit Kulit dan Kelamin, Rumah Sakit Undata, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

³Departemen Farmakologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

⁴Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako- Palu, Indonesia, 94118

Correspondent Author: naharindah@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Dermatitis kontak alergi adalah peradangan yang terjadi pada kulit akibat pajanan atau kontak dengan bahan yang bersifat alergen, yang mana akan menimbulkan reaksi hipersensitivitas tipe IV. Manifestasi klinis DKA bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus.

Laporan Kasus: Seorang pasien perempuan berumur 25 tahun masuk rumah sakit dengan Awalnya muncul bentol kemerahan yang terasa gatal berukuran kecil seperti jerawat dan lama kelamaan menyebar pada bagian wajah sebelah kiri, keluhan tersebut muncul setelah pasien mengganti produk kosmetik yang dipakainya. Saat berhenti menggunakan produk kosmetik, keluhan dirasa berkurang. Tidak ada yang mengalami keluhan serupa di lingkungan tempat tinggal pasien. Pasien memiliki riwayat pernah terkena cacar air pada usia muda.

Kesimpulan: Prinsip penatalaksanaan pasien ini adalah memberikan kortikosteroid topikal, pengobatan simptomatik dan terpenting untuk menghindari alergen penyebab terjadinya reaksi alergi.

Kata Kunci: Dermatitis Kontak Alergi, Hipersensitivitas Tipe-IV, Kortikosteroid Topikal.

ABSTRACT

Introduction: Allergic contact dermatitis is inflammation that occurs on the skin due to exposure or contact with allergenic materials, which will cause a type IV hypersensitivity reaction. The clinical manifestations of DKA vary from macular erythematous, swelling, papulovesicles, to bullae and ulcers.

Case Report: A 25 year old female patient was admitted to the hospital with a small, itchy, reddish bump similar to a pimple and over time it spread to the left side of her face. This complaint appeared after the patient changed the cosmetic product she was using. When you stop using cosmetic products, complaints are felt to decrease. No one experiences similar complaints in the patient's living environment. The patient has a history of having chickenpox at a young age.

Conclusion: The principle of management of this patient is to provide topical corticosteroids, symptomatic treatment and most importantly to avoid allergens that cause allergic reactions.

Keywords: Allergic Contact Dermatitis, Type-IV Hypersensitivity, Topical Corticosteroids

PENDAHULUAN

Dermatitis kontak alergi adalah peradangan yang terjadi pada kulit akibat pajanan atau kontak dengan bahan yang

bersifat alergen, yang mana akan menimbulkan reaksi hipersensitivitas tipe 4. Pada dermatitis kontak alergi dapat terjadi penyebaran di luar area yang terkena serta

dapat menyebar secara menyeluruh. Reaksi alergi ini menyebabkan inflamasi pada kulit yang bermanifestasi eritema, edema dan vesikel. Hal ini dapat dipengaruhi oleh potensi sensitasi alergen, dosis per unit area, luas daerah yang terkena, lama pejanan, oklusi, suhu dan kelembapan lingkungan, vehikulum, dan pH. Juga faktor individu, misalnya keadaan kulit pada lokasi kontak, dan status imunologik misalnya sedang menderita sakit, terpajan sinar matahari.¹

Penyebab DKA adalah alergen, paling sering berupa bahan kimia dengan berat molekul kurang dari 500- 1000 Dalton, yang juga disebut bahan kimia sederhana, dapat berdifusi melalui epidermis, berikatan dengan protein jaringan, dan membentuk molekul yang beratnya lebih dari 5.000 Dalton. Bahan-bahan tersebut antara lain: plastik, kosmetik, tanaman, krom, nikel, obat-obatan. Alergen-alergen ini biasanya tidak menyebabkan perubahan kulit yang nyata pada kontak pertama, akan tetapi menyebabkan perubahan-perubahan yang spesifik setelah lima sampai tujuh hari atau lebih.²

Kontak yang lebih lama pada bagian tubuh yang sama atau pada bagian tubuh lainnya dengan alergen akan menyebabkan dermatitis. Dermatitis yang timbul dipengaruhi oleh potensi sensitisasi alergen, derajat pajanan, dan luasnya penetrasi di kulit.²

Secara singkat terdapat mekanisme terjadinya kelainan kulit pada dermatitis kontak alergi adalah mengikuti respon imun yang diperantarai oleh sel (*cell-mediated immune respons*) atau reaksi tipe IV. Waktu yang diperlukan untuk induksi DKA umumnya adalah 7-20 hari. Jika sebelumnya pasien mempunyai riwayat terpapar dengan substansi yang dicurigai

atau substansi yang dapat menimbulkan terjadinya reaksi silang, maka waktu yang diperlukan untuk menginduksi terjadinya reaksi alergi bisa lebih cepat yaitu sekitar 24-48 jam. Gejala khas DKA berupa pruritus dan dermatitis eksematosa yang terbatas pada tempat paparan alergen.^{3,4,5}

Haptens merupakan bahan-bahan kimia yang dapat membentuk molekul besar. Haptens dapat lewat melalui kulit dan mencapai kelenjar getah bening lokal, mengakibatkan efektor Sel T terbentuk. Patofisiologi DKA terdiri dari dua fase yang berbeda. Fase 1 disebut fase induksi. Ini terjadi pada kontak pertama antara kulit dan haptens dan mengarah ke generasi efektor T sel. Setelah fase 1, fase 2, fase elisitasi, diinduksi pada individu yang peka ketika ditantang oleh haptens yang sama. Haptens berdifusi di kulit dan diambil oleh sel-sel kulit, yang mengarah pada aktivasi efektor T sel-sel di dermis dan epidermis. Ini memicu peradangan proses yang bertanggung jawab untuk lesi kulit dan terjadinya DKA.⁶

Manifestasi klinis DKA bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus pada kasus yang parah.

1. Tangan

Kejadian dermatitis kontak baik iritan maupun alergik paling sering di tangan, mungkin karena tangan merupakan organ tubuh yang paling sering digunakan untuk melakukan pekerjaan sehari-hari. Penyakit kulit akibat kerja sepertiga atau lebih mengenai tangan. Tidak jarang ditemukan riwayat atopi pada penderita. Pada pekerjaan yang basah (*wet work*), misalnya memasak makanan, mencuci pakaian pengatur rambut di salon, angka kejadian dermatitis tangan lebih tinggi. Etiologi dermatitis tangan sangat

kompleks karena banyak sekali faktor yang berperan di samping atopi. Contoh bahan yang dapat menimbulkan dermatitis tangan, misalnya deterjen, antiseptik, getah sayuran, semen, dan pestisida.⁷

2. Lengan

Alergen umumnya sama dengan pada tangan, misalnya oleh jam tangan (nikel), sarung tangan karet, debu semen, dan tanaman. Di ketiak dapat disebabkan oleh deodoran, antiperspiran, formaldehid yang ada di pakaian.

3. Wajah

Dermatitis kontak pada wajah dapat disebabkan oleh bahan kosmetik, spons (karet), obat topikal, alergen di udara (aero-alergen), nikel (tangkai kaca mata), semua alergen yang kontak dengan tangan dapat mengenai muka, ketopak mata, dan leher pada waktu menyeka keringat. Bila di bibir atau sekitarnya mungkin disebabkan oleh lipstik, pasta gigi, getah buah-buahan. Dermatitis di kelopak mata dapat disebabkan oleh cat kuku, cat rambut, maskara, eye shadow, obat tetes mata, salap mata.

4. Telinga

Anting atau jepit telinga terbuat dari nikel, penyebab dermatitis kontak pada telinga. Penyebab lain, misalnya obat topikal, tangkai kaca mata, cat rambut, hearing-aids, gagang telepon.

5. Leher

Penyebab kalung dari nikel, cat kuku (yang berasal dari ujung jari), parfum, alergen di udara, zat warna pakaian.

6. Badan

Dermatitis kontak di badan dapat

disebabkan oleh tekstil, zat warna, kancing logam, karet (elastis, busa), plastik, deterjen, bahan pelembut atau pewangi pakaian.

7. Genitalia

Penyebabnya dapat antiseptik, obat topikal, nilon, kondom, pembalut wanita, alergen yang berada di tangan, parfum, kontrasepsi, deterjen. Bila mengenai daerah anal, mungkin disebabkan oleh obat antihemoroid.

8. Tungkai atas dan bawah

Dermatitis di tempat ini dapat disebabkan oleh tekstil, dompet, kunci (nikel), kaos kaki nilon, obat topikal, semen, sepatu/sandal. Pada kaki dapat disebabkan oleh deterjen, bahan pembersih lantai.⁴

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan berumur 25 tahun Pasien perempuan usia 25 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin dengan keluhan adanya papul dan pustul, serta pruritus pada wajah sebelah kiri. Keluhan dirasakan sejak 1 bulan terakhir. Awalnya muncul makula eritematosa yang terasa gatal berukuran lentikuler dan lama kelamaan terbentuk papul dan pustule yang menyebar pada bagian region facialis sinistra, keluhan tersebut dirasakan muncul setelah pasien mengganti produk kosmetik yang dipakainya.

Saat berhenti menggunakan produk kosmetik, keluhan dirasa berkurang. Riwayat pernah mengalami keluhan serupa satu tahun yang lalu. Pada pemeriksaan status dermatologi didapatkan hasil sebagai berikut:



Gambar 1. Tampak papul dan pustul multipel, ukuran lentikuler, bentuk irreguler, dan makula eritematosa, berbatas tegas, tersusun diskret tersebar unilateral pada region facialis sinistra.

Pasien pada kasus ini memiliki keluhan utama adanya bentol kemerahan yang terasa gatal dan nyeri pada wajah sebelah kiri sejak 1 bulan terakhir. Pada palpasi teraba hangat di lokasi yang dikeluhkan. Berdasarkan gejala dan tanda klinis diagnosis kerja pada kasus ini masih belum pasti dikarenakan faktor penyebab belum diketahui, maka dapat berupa suspect dermatitis kontak alergen dengan diagnosis dermatitis kontak iritan dan dermatitis atopi. Untuk penatalaksanaan kasus dermatitis kontak alergi dapat dilakukan dengan medikamentosa dan non medikamentosa.

Non Medikamentosa

Penanganan non medikamentosa seperti menghindari faktor penyebab dan faktor resiko seperti:

- a) Menghindari kontak dengan bahan allergen
- b) Menggunakan sarung tangan ketika hendak kontak dengan bahan detergen/sabun.
- c) Menghentikan pemakaian kosmetik/obat yang tidak cocok
- d) Menjaga kebersihan kulit, jika terkena bahan allergen cepat dibersihkan

Medikamentosa

Pengobatan pilihan untuk DKA adalah kortikosteroid topikal, dan berbagai perawatan simptomatik dapat digunakan untuk menghilangkan rasa gatal. Namun,

identifikasi dan penghapusan dari setiap agen penyebab potensial sangat penting. Pengobatan DKA secara topikal dapat menggunakan kortikosteroid dimana sediaan yang tersedia berupa losion atau krim, pemberian salep pelembap apabila pada efloresensi ditemukan likenifikasi dan hiperkeratosis. Jenis kortikosteroid yang diberikan adalah hidrokortison 2,5% atau flucinolol asetonide 0,025% atau desoksimehason 0,1% cr. Pada pasien ini diberikan antihistamin, yaitu cetirizine tablet 1x10 mg dan diberikan kortikosteroid yaitu betamethasone 0,1% krim. Setelah diberi intervensi, pasien mengerti akan pentingnya menggunakan alat pelindung diri yang sesuai, serta menjaga kelembaban dan kebersihan kulit sebagai salah satu tindakan yang dapat dilakukan pasien untuk mencegah keluhannya muncul kembali.

PEMBAHASAN

Dermatitis kontak alergi dapat muncul dengan gejala yang umum dirasakan penderita yaitu gatal atau pruritus yang umumnya konstan dan seringkali hebat. DKA biasanya ditandai dengan adanya lesi eksematosa berupa eritema, udem, vesikula dan terbentuknya papulovesikula. Ciri khas DKA adalah radang yang secara perlahan meluas, batas peradangan tidak jelas (difus), rasa sakit dan panas tidak sehebat pada DKI (Dermatitis Kontak Iritan). Perjalanan DKA dapat akut, subakut, ataupun kronis.⁷

Penegakkan diagnosis kasus DKA memerlukan beberapa tahapan seperti anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Informasi yang perlu diketahui saat anamnesis berupa keluhan utama, onset keluhan, riwayat alergi, riwayat pekerjaan, riwayat paparan bahan allergen, dan riwayat pengobatan.

Pemeriksaan fisik secara umum dapat diamati beberapa wujud kelainan kulit antara lain edema, papulovesikel, vesikel atau bula. Planning pemeriksaan penunjang yang dilaksanakan untuk menyingkirkan diagnosis banding berupa tes temple dan histopatologi, tes temple (patch test) adalah tes definitif untuk memastikan jenis dermatitis yang diderita oleh pasien.

Pelaksanaan uji tempel dilaksanakan setelah gejala dermatitis yang diderita sembuh, bila memungkinkan lakukan setelah 3 minggu dari gejala pertama muncul. Hindari atau kurangi takaran immunosupresan obat-obatan seperti kortikosteroid sistemik (CS) dan immunosupresan sistemik sebelum lakukan Patch test. Menghindari aplikasi kortikosteroid topical (TCS), kalsineurin topikal inhibitor (TCI), atau radiasi ultraviolet ke kulit, karena ini dapat mengurangi respons Patch Test Alergi. Selain menggunakan inti atau dasar seri Patch Test alergen dalam mengevaluasi DKA, pertimbangkan untuk menggunakan seri. Lokasi untuk melakukan uji temple biasanya dilakukan pada permukaan kulit punggung atau dilakukan pada permukaan kulit lengan atas.

Hasil positif dapat berupa eritema dengan utikaria sampai vesikel atau bula, jika penyebabnya karena iritasi, reaksi akan menurun setelah 48 jam (reaksi tipe descendo), sedangkan pada dermatitis alergi reaksi akan meningkat (reaksi tipe crescendo).⁷

Kelainan kulit pada DKA sering tidak menunjukkan gambaran morfologik yang khas, Gambaran klinis dapat menyerupai dermatitis atopik, dermatitis numularis, dermatitis seboroik, atau psoriasis. Diagnosis banding yang terutama ialah DKI. Pada keadaan ini pemeriksaan uji tempel perlu dipertimbangkan untuk menentukan, apakah

dermatitis tersebut merupakan dermatitis kontak alergik.⁸

Kortikosteroid topikal adalah obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan pasien dengan penyakit kulit inflamasi. Risiko yang terkait dengan penggunaan kortikosteroid lebih ditujukan dari manfaat terapeutik, dan tergantung dari potensi steroid dan kapasitas penetrasi percutan. Penelitian ini menunjukkan krim desoximetasone secara signifikan lebih aktif mengurangi eritema dan perbaikan lesi secara keseluruhan dibandingkan dengan betametason valerat. Perbedaannya paling jelas 4 hari setelah pengobatan dimulai, desoximetasone cream dianggap lebih baik pada 27,5% kasus. Perbedaan itu tidak signifikan secara statistik. Desoximetasone memiliki efek cepat pada lesi psoriatik dibandingkan betametason dipropionat 0,05%. Antihistamin generasi kedua juga banyak digunakan, karena sifatnya yang kurang lipofilik, tidak mempengaruhi sistem saraf pusat, dan memiliki keunggulan adanya efek anti inflamasi. Loratadin mengatur pelepasan sitokin, khususnya IL-6 dan IL-8, sedangkan cetirizin memiliki efek menghambat kemotaksis eosinofil, pelepasan, dan ekspresi molekul adesi endotelial.⁸

KESIMPULAN

Dermatitis kontak alergi (DKA) termasuk dalam reaksi alergi Hipersensitivitas tipe IV sebelumnya peka terhadap alergen. Prinsip dasar penatalaksanaan pasien ini adalah memberikan kortikosteroid topikal, pengobatan simptomatik dan terpenting untuk menghindari alergen penyebab terjadinya reaksi tersebut. Prognosis DKA baik, bila segera mendapatkan pengobatan yang tepat. Prognosis kurang baik dan menjadi kronis bila terjadi bersamaan dengan dermatitis oleh

faktor endogen (dermatitis atopik, dermatitis numularis, atau psoriasis), atau sulit menghindari alergen penyebab, misalnya berhubungan dengan pekerjaan tertentu atau yang terdapat di lingkungan pasien

REFERENSI

1. Sularsito, S.A., Soebaryo, R.W. Dermatitis Kontak: Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Ed 7th. Jakarta : Badan Penerbit FKUI; 2016
2. PERDOSKI. Panduan praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin Di Indonesia. Jakarta: PP PERDOSKI; 2017
3. Santi, N.W.H., Retna, I.S. Differential Diagnosis Of Allergic Contact Dermatitis. Majority. 2020;Vol 1, N0 1.
4. Taslim, W., Nurhidayat., Munir, M.A. Dermatitis Kontak Alergi. MedPro. 2020; Vol 2, No.2.
5. Nanto,S.S. Kejadian Timbulnya Dermatitis Kontak Pada Petugas Kesehatan. Majority. 2015; Vol 4, No 4.
6. Tersinanda, T.Y, Rusiyati L.M.M. Dermatitis Kontak Alergi. Hal.1-13; 2019
7. Marwali, H. Ilmu Penyakit Kulit. Penerbit Hipokrates. Jakarta; 2018
8. Dewato, HR. Farmakologi dan Terapi. Ed histamin dan antianalgetik. Jakarta; 2010