

DERMATITIS KONTAK ALERGI

Wahyuni Taslim¹, Nurhidayat², Muhammad Ardi Munir^{3,4}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University-Palu, INDONESIA, 94118

²Departement of Dermatovenereology, Undata General Hospital-Palu, INDONESIA, 94118

³Departement of Social Health Science, Bioethics and Medical Law, Faculty of Medicine, Tadulako University - Palu, INDONESIA, 94118

⁴Departement of Orthopaedic and Traumatology Surgery, Undata General Hospital-Palu, INDONESIA, 94118

*Correspondent Author : unitaslim@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen tertentu dan termasuk dalam Hipersensitivitas tipe IV. Tanda klinis dermatitis kontak alergi bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus pada kasus yang parah. Dan gejala utama yaitu pruritus.

Laporan Kasus : Pada laporan kasus ini yaitu perempuan usia 40 tahun dengan diagnosis Dermatitis Kontak Alergi. Terapi yang diberikan pada pasien ini yaitu kombinasi pemberian obat kortikosteroid topikal dan pemberian antihistamin. Pasien juga di berikan edukasi agar menjaga kebersihan dan kelembapan kulit, menghindari alergen, serta tidak menggaruk area yang luka.

Kesimpulan : Prinsip penatalaksanaan pasien ini adalah memberikan kortikosteroid topikal, pengobatan simptomatik dan terpenting untuk menghindari alergen penyebab terjadinya reaksi alergi. Prognosis Dermatitis Kontak Alergi baik, bila segera mendapatkan pengobatan yang tepat.

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

ABSTRAK

Latar Belakang: Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen tertentu dan termasuk dalam Hipersensitivitas tipe IV. Tanda klinis dermatitis kontak beragam bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus pada kasus yang parah. Dan gejala utama yaitu pruritus.

Laporan Kasus: Pada laporan kasus ini yaitu perempuan usia 40 tahun dengan diagnosis Dermatitis Kontak Alergi. Terapi yang diberikan pada pasien ini yaitu kombinasi pemberian obat kortikosteroid topikal dan pemberian antihistamin. Pasien juga di berikan edukasi agar menjaga kebersihan dan kelembapan kulit, menghindari alergen, serta tidak menggaruk area yang luka.

Kesimpulan: Prinsip penatalaksanaan pasien ini adalah memberikan kortikosteroid topikal, pengobatan simptomatik dan yang terpenting untuk menghindari penyebab terjadinya reaksi alergi. Prognosis Dermatitis Kontak Alergi baik, bila segera mendapatkan pengobatan yang tepat.

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

PENDAHULUAN

Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen tertentu. DKA termasuk dalam Hipersensitivitas tipe IV sebelumnya peka terhadap alergen. The North American Contact Dermatitis Group (NACDG) melaporkan dari 2009–2010 dan 2011–2012, menunjukkan bahwa prevalensi DKA telah meningkat dari 46,3% menjadi 48,0%. Prevalensi pasien DKA yang dirawat di Rumah Sakit Umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang, pada 2008 mencapai 13,42%. Dermatitis kontak alergi dapat disebabkan oleh beberapa faktor termasuk genetik, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan komorbiditas lainnya seperti dermatitis kontak iritan (DKI), Dermatitis atopik, dan urtikaria kronis. Diagnosis DKA dapat dilakukan oleh anamnesis dan pemeriksaan fisik. Salah satu tes yang digunakan untuk

mengkonfirmasi diagnosis adalah Skin Patch Test. Tes ini dilakukan oleh menempelkan chamber / tambalan yang telah diberikan zat-zat alergen tersebut kepada pasien yang dicurigai DKA. Hasil positif dari tes satu alergen mengkonfirmasi diagnosis. Hasil Patch test membantu dokter dalam edukasi pasien dan terapi. ⁽¹⁾

DKA disebabkan oleh respons hipersensitif tipe lambat terhadap alergen kontak. Insiden DKA tidak didefinisikan dengan jelas, tetapi diperkirakan meningkat. Sebuah studi baru-baru ini menemukan bahwa semua bentuk dermatitis kontak, termasuk DKI dan DKA, memiliki prevalensi 4,17% di AS. Perkiraan biaya medis tahunan terbaru di AS pada tahun 2013 untuk kasus Dermatitis Atopik dan Dermatitis Kontak adalah \$ 314.000.000 dan \$ 1.529.000.000. Dermatitis Kontak Alergi adalah

jenis Dermatitis Kontak kedua yang paling umum setelah Dermatitis Kontak Iritan dan dapat muncul dengan tanda dan gejala yang mirip dengan Dermatitis Atopik.⁽²⁾

Pada Pasien DKA pada bagian mata dengan terapi dupilumab, bahwa komplikasi terkait mata yang terjadi dengan terapi dupilumab adalah karena salah satu komponen sindrom mata kering yang tidak terdiagnosis, dermatitis kontak alergi (ACD), atau dermatitis atopik yang tidak sepenuhnya diobati dengan dupilumab, atau kombinasi dari beberapa kasus.⁽³⁾

Dermatitis kontak adalah salah satu penyakit kulit yang paling umum dan merupakan kondisi inflamasi kulit yang disebabkan oleh paparan agen lingkungan. Kulit adalah penghalang pertama terhadap faktor kimia dan fisik dalam lingkungan hidup. Ada dua jenis dermatitis kontak: Dermatitis Kontak Iritan (DKI), dan Dermatitis Kontak Alergi. Dermatitis kontak iritan disebabkan toksik efek faktor kimia atau fisik yang mengaktifkan kekebalan bawaan kulit. Sedangkan, DKA membutuhkan aktivasi kekebalan yang diperoleh antigen spesifik yang mengarah ke pengembangan sel T efektor, yang memediasi radang kulit.⁽⁴⁾

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.⁽⁵⁾

Rekomendasi pemeriksaan Patch Test : Hindari atau kurangi takaran immunosupresan obat-obatan seperti kortikosteroid sistemik (CS) dan immunosupresan sistemik sebelum lakukan Patch test. Menghindari aplikasi kortikosteroid topikal (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

tambahan dari alergen Patch Test berdasarkan pada pasien tertentu eksposur, dan produk pribadi pasien untuk meningkatkan kemungkinan mengidentifikasi alergen lebih relevan. Pengujian tambalan dapat dilakukan juga menggunakan kit pengujian epikutan menggunakan lapisan tipis yang cepat dan tepat atau dengan panel antigen yang dimuat secara individual direkomendasikan oleh NACDG. Baca dan interpretasikan kepatuhan Patch Test pada sistem penilaian yang dikembangkan oleh The International Contact Dermatitis Research Group. Menyelesaikan penggunaan Patch Test sekitar 48 jam setelah dilakukan tes. Pembacaan kedua dilakukan antara 3 dan 7 hari setelah aplikasi. Kenali kemungkinan adanya reaksi negatif palsu dapat disebabkan oleh alergen yang tidak memadai konsentrasi yang dibutuhkan untuk memperoleh respons; ketidakmampuan Patch test untuk melepaskan alergen yang cukup; berkurangnya responsif kulit karena paparan sinar ultraviolet sebelumnya (yaitu, matahari, terapi immunosupresif bersamaan; atau kesalahan pengujian metodologis yang tidak memadai, kegagalan untuk melakukan pembacaan foto Patch Test. Menentukan relevansi hasil Patch Test berdasarkan riwayat klinis dan pajanan saat menafsirkan Patch Test. Konsultasikan dengan dokter dengan keahlian dalam uji patch untuk produk pembersih rumah tangga atau industri jika pengujian untuk produk aktual yang diduga mengandung alergen diperlukan karena iritasi positif palsu dan reaksi iritasi parah terjadi.⁽⁶⁾

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan berumur 40 tahun di konsul ke bagian kulit dan kelamin RSUD Undata dengan keluhan rasa gatal dan kemerahan pada daerah kedua kaki bagian bawah. Keluhan tersebut dikatakan oleh pasien sudah dialami sejak 1 minggu yang lalu. Rasa gatal yang dirasakan terjadi secara terus-menerus. Pasien juga merasakan nyeri pada kakinya sehingga pasien tidak bisa berjalan. Awalnya kaki pasien bengkak sejak 5 tahun yang lalu saat pasien terkena penyakit jantung. Pasien mengatakan karena bengkak pada kakinya tidak turun dan hanya hilang timbul, pasien lalu memberikan minyak urut pada kakinya, kemudian pada saat diberikan minyak urut tersebut pasien merasakan kakinya merah dan terasa sangat panas, lalu lama kelamaan kulitnya memerah dan kulitnya berubah

menjadi warna hitam dan terasa sangat perih dan gatal. Pasien memiliki riwayat Hipertensi.

Dari hasil pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah pasien adalah 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 24x/menit, dan Suhu Badan 36,8°C Hasil pemeriksaan dermatologis didapatkan tampakan ujud kelainan kulit pada ekstremitas bawah : berupa erosi, eritema dan bula pada regio pedis dextra & sinistra.

Pasien bekerja sebagai seorang ibu rumah tangga. Pasien tinggal bersama suami dan keluarganya. Tidak ada dari anggota keluarga



Gambar 2. Tampakan Ujud Kelainan Kulit pada ekstremitas bawah, berupa erosi, eritema dan bula pada regio pedis dextra

Pasien didiagnosis dengan Dermatitis Kontak Alergi, dengan diagnosis banding Dermatitis Kontak Iritan, dan Dermatitis Atopik. Penatalaksanaan pada pasien ini adalah mengompres lesi dengan kasa yang lembab dari larutan NaCl 0,9%, Obat topikal diberikan Desoximetasone 0,25% cream 2x1, Obat sistemik diberikan Antihistamin oral yaitu Cetirizine 10 mg 1x1 tablet. Pasien juga di berikan edukasi agar menjaga kebersihan dan kelembapan kulit, menghindari alergen, dan jangan menggaruk area yang luka.

DISKUSI

Pasien perempuan berumur 40 tahun di konsul ke bagian kulit dan kelamin RSUD Undata dengan keluhan rasa gatal dan kemerahan pada daerah kedua kaki bagian bawah. Keluhan tersebut dikatakan oleh pasien sudah dialami sejak 1 minggu yang lalu. Rasa gatal yang dirasakan terjadi secara terus-menerus. Pasien juga merasakan nyeri pada kakinya sehingga pasien tidak bisa berjalan. Pasien memiliki riwayat Hipertensi, awalnya kaki pasien bengkak

pasien yang menderita penyakit dan keluhan yang sama.



Gambar 1. Tampakan Ujud Kelainan Kulit pada ekstremitas bawah, berupa erosi, eritema dan bula pada regio pedis sinistra.

sejak 5 tahun yang lalu saat pasien terkena penyakit jantung. Pasien mengatakan karena bengkak pada kakinya tidak turun dan hanya hilang timbul, pasien lalu memberikan minyak pada kakinya, kemudian pada saat diberikan minyak tersebut pasien merasakan kakinya merah dan terasa sangat panas, lalu lama kelamaan kulitnya memerah dan kulitnya berubah menjadi warna hitam dan terasa sangat perih dan gatal.

Hasil pemeriksaan dermatologis didapatkan tampakan ujud kelainan kulit pada ekstremitas bawah : berupa erosi, eritema dan skuama pada regio pedis dextra & sinistra.

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. Keluhan utama pasien adalah bercak merah gatal, rasa terbakar dan timbul lepuhan pada kulit setelah mengoleskan minyak gosok pada kakinya yang bengkak. Pasien juga mempunyai riwayat sensitisasi sebelumnya dengan alergen yang dicurigai. Gambaran lesi DKA berupa dermatitis eksematosa yang terdiri dari vesikel dan bula multipel di atas makula eritematus, pus, eksudasi, dan erosi.⁽⁷⁾

Dermatitis kontak dapat dibagi menjadi dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA). DKA adalah reaksi kulit

spesifik antigen yang dimediasi imun untuk bahan kimia alergi yang sesuai dengan Tipe Hipersensitivitas Delay Response (reaksi tipe IV). Gold Standar untuk diagnosis adalah uji Patch Test (epikutan). Tes ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas antara 70% dan 80%. 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.⁽⁸⁾

Manifestasi klinis DKA bervariasi dari eritematosa makula, pembengkakan, papulovesikel, hingga bula dan ulkus pada kasus yang parah. Pruritus adalah gejala utama yang ditemukan pada pasien DKA.⁽¹⁾

Penelitian yang dilakukan di RSUD Soetomo tahun 2017 menunjukkan keluhan terbanyak adalah gatal yaitu pada 214 (74%) pasien. Gatal merupakan masalah paling sering dikeluhkan pasien Dermatitis. Salah satu penyebab rasa gatal adalah peningkatan transepidermal water loss (TEWL) dan penurunan kadar air di stratum korneum.⁽⁹⁾

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. Pasien tidak dapat diberikan kortikosteroid oral dengan pertimbangan pasien memiliki riwayat hipertensi, dan ukuran lesi yang tidak luas.⁽¹⁰⁾

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%.⁽¹⁰⁾

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. Penelitian ini menunjukkan bahwa loratadin dan cetirizin merupakan golongan antihistamin generasi kedua yang sering digunakan.⁽⁹⁾

KESIMPULAN

Dermatitis kontak alergi (DKA) termasuk dalam 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.

PERSETUJUAN

Pada laporan kasus ini, penulis telah menerima persetujuan dari pasien dalam bentuk *informed consent*.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa dalam penulisan ini tidak terdapat konflik kepentingan pada tulisan ini.

REFERENSI

1. Anggraini DM, Sutedja E, Achadiyahani A. Etiology of Allergic Contact Dermatitis based on Patch Test. *amj*. 2017 Dec;4(4):541–5.
2. Owen JL, Vakharia PP, Silverberg JI. The Role and Diagnosis of Allergic Contact Dermatitis in Patients with Atopic Dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Jun;19(3):293–302.
3. Raffi J, Suresh R, Fishman H, Botto N, Murase JE. Investigating the role of allergic contact dermatitis in residual ocular surface disease on dupilumab (ROSDD),. *International Journal of Women's Dermatology*. 2019 Dec;5(5):308–13.
4. Zhang Z, Malewicz NM, Xu X, Pan J, Kumowski N, Zhu T, et al. Differences in itch and pain behaviors accompanying the irritant and allergic contact dermatitis produced by a contact allergen in mice: PAIN Reports. 2019;4(5):e781.
5. Kim JH, Kim HJ, Kim SW. Allergic contact dermatitis of both eyes caused by alcaftadine 0.25%: a case report. *BMC Ophthalmol*. 2019 Dec;19(1):158.

6. Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D, et al. Contact Dermatitis: A Practice Parameter–Update 2015. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2015 May;3(3):S1–39.
7. Natallya F. R., Marsudi Hutomo. Dermatitis Kontak Alergi terhadap Tato Hena dengan Infeksi Sekunder (Laporan Kasus). Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soetomo Surabaya. 2016 Apr;28(No.1).
8. Gulin SJ, Chiriac A. Diclofenac-Induced Allergic Contact Dermatitis: A Series of Four Patients. *Drug Saf - Case Rep*. 2016 Dec;3(1):15.
9. Yuri Widia MH. Studi Retrospektif: Pengobatan Oral pada Dermatitis Atopik. *E-Journal Universitas Airlangga Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soetomo Surabaya*. 2015 Agustus;27(No.2).
10. Dr. Narendra Patwardhan, Dr. Abhishek De. Desoximetasone 0.25% Cream and Ointment - An Updated Review of Its Pharmacological Properties and Therapeutic Efficacy in the Treatment of Steroid Responsive Dermatoses. Consultant in Skin, STD and Leprosy, Kelkar Nursing Home, Prabhat Road, Lane 1, Pune