

TINEA CRURIS

Amalia Mega Putri Mujur¹, Seniwaty Ismail², M.Sabir^{3,4}

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

²Department of Skin and Veneral Diseases, Undata General Hospital – Central Sulawesi, INDONESIA – 94118

³Departement of Research on Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine Tadulako University

⁴Departement of Basic Medicine and Biomedic, Faculty of Medicine Tadulako University

*Correspondent Author : amaliamujur@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction : *Tinea cruris is a dermatophytosis (a disease of horny tissue) caused by dermatophyte fungal infections in the cruris area (between the thighs, perineum, perianal, gluteus, pubis) and can spread to the surrounding area.*

Case report : *This report describe the case of a 71-year-old male patient with Tinea Cruris how the principles of management and therapy in this patient.*

Conclusion : *The basic principle of management and therapy for Tinea Cruris are giving antimicrobial drugs to treatment the disease.*

Keyword : *Tinea Cruris, Mushrooms, Antimicrobial Drugs,*

ABSTRAK

Pendahuluan : *Tinea Cruris adalah penyakit dermatofitosis (penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk) yang disebabkan infeksi golongan jamur dermatofita pada daerah kruris (sela paha, perineum, perianal, gluteus, pubis) dan dapat meluas ke daerah sekitarnya.*

Laporan kasus : *Laporan ini memaparkan kasus pasien laki-laki usia 71 tahun dengan kondisi Tinea Cruris, bagaimana prinsip manajemen dan terapi pada pasien tersebut.*

Kesimpulan : *Prinsip dasar manajemen dan terapi pasien ini adalah memberikan antimikotik atau antijamur untuk mengobati penyebabnya.*

Kata Kunci : *Tinea Cruris, Jamur, Obat Antimikotik*

PENDAHULUAN

Penyakit yang disebabkan oleh jamur disebut mikosis. Jamur termasuk tumbuh-tumbuhan yang tidak berklorofil, oleh karena itu harus hidup sebagai saprofit atau parasit. Di dalam alam terdapat kira-kira 200.000 spesies jamur, yang tidak semua bersifat patogen. Dari jumlah tersebut, hanya ± 100 spesies saja yang patogen bagi manusia ⁽¹⁾

Tinea Cruris adalah dermatofitosis pada sela paha, perineum dan sekitar anus. Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup. Lesi kulit dapat terbatas pada daerah genito-krural saja atau bahkan meluas ke daerah sekitar anus, daerah gluteus dan perut bagian bawah atau bagian tubuh yang lain. *Tinea Cruris* mempunyai nama lain *Eczema*

Marginatum, Jockey Itch, Ringworm of the Groin, Dhobie Itch. ⁽²⁾

Tinea Cruris dapat ditemui diseluruh dunia dan paling banyak di daerah tropis. Angka kejadian lebih sering pada orang dewasa, terutama laki-laki dibandingkan perempuan. Tidak ada kematian yang berhubungan dengan *Tinea Cruris*⁽¹⁾. Jamur ini sering terjadi pada orang yang kurang memperhatikan kebersihan diri atau lingkungan sekitar yang kotor dan lembab.⁽²⁾

Indonesia termasuk daerah yang baik bagi pertumbuhan jamur karena beriklim panas dan lembab.¹ Menurut Rippon (Semon, 2013) infeksi jamur dibagi menjadi tiga yaitu infeksi kulit superfisial (*pitiriasis versikolor, piedra dan tinea nigra*), infeksi kutan (*dermatofitosis,*

kandidiasis kutis dan mukosa), dan infeksi subkutan (*misetoma, basidiobolomikosis, sporotrikosis dan kromoblastomikosis*)⁽²⁾. Beberapa penulis yang lain menggabungkan infeksi superfisial dan infeksi kutan menjadi dermatomikosis superfisial sehingga hanya ada dua infeksi jamur meliputi dermatomikosis superfisial dan mikosis subkutis⁽¹⁾

Tinea Cruris sangat sering ditemukan pada daerah tropis, hal ini disebabkan karena tingkat kelembapan yang tinggi pada daerah tersebut dan dapat memicu pengeluaran keringat yang banyak menjadikan faktor predisposisi penyakit ini. Higiene dan sanitasi yang tidak dijaga dengan baik juga mempengaruhi pertumbuhan infeksi jamur dermatofita. Untuk faktor keturunan tidak ada hubungannya dengan penyakit ini⁽³⁾. Prognosis penyakit ini baik dengan diagnosis dan terapi yang tepat asalkan kelembapan dan kebersihan kulit selalu dijaga⁽²⁾

Tinea Cruris dapat terinfeksi sekunder oleh candida atau bakteri yang lain seperti bakteri *Staphylococcus aureus*. Pada infeksi jamur yang kronis dapat terjadi likenifikasi dan hiperpigmentasi kulit. Efloresensi terdiri atas bermacam-macam bentuk yang primer dan sekunder. Makula eritematosa, berbatas tegas dengan tepi lebih aktif terdiri dari papula atau pustula. Jika kronis atau menahun maka efloresensi yang tampak hanya makula hiperpigmentasi dengan skuama di atasnya dan disertai likenifikasi. Garukan kronis dapat menimbulkan gambaran likenifikasi.⁽³⁾

LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki berumur 71 tahun dikonsul ke bagian kulit dan kelamin Rumah Sakit Umum Daerah Undata dengan keluhan merasa gatal pada bagian selangkangan yang sudah dirasakan sejak 2 minggu yang lalu. Rasa gatal yang dirasakan terjadi secara terus-menerus. Pasien mengaku merasa sangat gatal saat berkeringat dan saat lembab. Sebelumnya pasien sudah pernah mengalami hal ini selama 1 tahun terakhir, yang dirasakan hilang timbul bila sudah berobat di rumah sakit.

Pasien datang dengan keadaan umum sakit ringan, status gizi baik, kesadaran komposmentis. Hasil pemeriksaan dermatologis di temukan Terdapat makula eritema yang

berbatas tegas dengan tepi aktif, berukuran plak, bentuknya iregular, tersusun secara polisiklik dan disertai dengan skuama halus serta terdapat pada daerah genitalia. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik maka pasien dapat didiagnosis dengan *Tinea cruris*.

Pasien merupakan seorang pensiunan. Pasien tinggal bersama istrinya dan anaknya. Tidak ada dari anggota keluarga pasien ini yang menderita penyakit dan keluhan yang sama.



Gambar 1. Tampak makula eritema dengan tepi aktif yang berbatas tegas di daerah genitalia



Gambar 2. Terdapat makula eritema dengan tepi aktif disertai skuama halus yang berbatas tegas di daerah genitelia

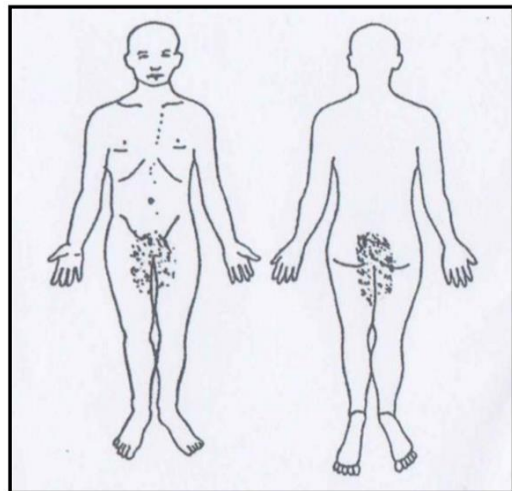


Gambar 3. Terdapat makula eritema dengan tepi aktif disertai skuama halus yang berbatas tegas di daerah selangkangan

Pasien didiagnosis dengan *Tinea Cruris*. Penatalaksanaan pada pasien ini adalah diberikan Antimikotik topikal yaitu Ketokonazole 2% 2x1 (setelah mandi pagi dan sore, dan diberikan Antimikotik oral yaitu Ketokonazole 1 x 200 mg/hari. Pasien juga di berikan edukasi agar menggunakan obat secara teratur dan tidak menghentikan pengobatan, Menjaga kebersihan tubuh, Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang menyerap keringat, menyetrika pakaian sebelum digunakan, dan tidak menggunakan pakaian bersama dengan orang lain

DISKUSI

Tinea Cruris adalah penyakit dermatofitosis (penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk) yang disebabkan infeksi golongan jamur dermatofita pada daerah kruris (sela paha, perineum, perianal, gluteus, pubis) dan dapat meluas ke daerah sekitarnya.³ Berikut ini adalah gambar predileksi terjadinya *Tinea Cruris* ⁽⁴⁾



Pada kasus ini, pasien Tn. AL didiagnosis dengan "*Tinea Cruris*". Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan. Pasien ini merasa gatal pada bagian selangkangan yang sudah dirasakan sejak 2 minggu yang lalu. Pada kasus ini gatal yang dirasakan disebabkan oleh infeksi jamur yang didapatkan dari pakaian yang lembab dan kurangnya menjaga kebersihan. Cara penularan jamur dapat secara langsung maupun tidak langsung. Penularan langsung dapat secara fomititis, epitel, rambut yang mengandung jamur baik dari manusia, binatang, atau tanah. Penularan tidak langsung dapat melalui tanaman, kayu yang dihinggapi jamur, pakaian debu. Agen penyebab juga dapat ditularkan melalui kontaminasi dengan pakaian, handuk atau spreid penderita ^(5,6)

Penyebabnya biasanya adalah *E.floccosum*, kadang-kadang dapat disebabkan oleh *T.rubrum*. Gambaran klinik biasanya adalah lesi simetris di lipat paha kanan dan kiri. Mula-mula lesi ini berupa bercak eritematous dan gatal. Tepi lesi aktif, polisiklis, ditutupi skuama, dan kadang-kadang disertai dengan banyak vesikel kecil-kecil yang berisi serum ataupun nanah ^(2,3)

Pada kasus ini pasien merasa gatal secara terus-menerus. Pasien mengaku merasa sangat gatal saat berkeringat dan saat lembab. Hal ini disebabkan karena Pada *Tinea Cruris* perjalanan penyakit termasuk keluhan rasa gatal hebat pada daerah kruris (lipat paha), lipat perineum, bokong, dan dapat ke genitalia. Ruam kulit berbatas tegas, eritematosa, dan bersisik, semakin hebat jika banyak berkeringat. Sedangkan pada *Tinea Corporis* didapatkan lesi bulat atau lonjong, berbatas tegas terdiri dari eritema, skuama kadang-kadang dengan vesikel dan papul ditepinya. Daerah tengahnya biasanya lebih tenang^(6,7)

Pada kasus ini didapatkan lesi pada kulit berupa makula eritema. Lesi tersebut diakibatkan karena reaksi kulit terhadap infeksi jamur. Jamur ini menghasilkan suatu keratinase yang merupakan suatu enzim yang mampu mencerna keratin pada kulit, sehingga dapat memudahkan invasi ke stratum korneum. Infeksi dimulai dengan kolonisasi hifa atau cabang-cabangnya didalam jaringan keratin yang mati. Hifa ini menghasilkan enzim keratolitik (keratinase) yang berdifusi ke jaringan epidermis dan menimbulkan reaksi peradangan. Pertumbuhannya dengan pola radial di stratum korneum menyebabkan timbulnya lesi kulit dengan batas yang jelas dan meninggi (*ringworm*). Reaksi kulit semula berbentuk papula yang berkembang menjadi suatu reaksi peradangan^(7,8)

Diagnosis *Tinea Cruris* dapat dilakukan dengan pemeriksaan kerokan kulit daerah lesi dengan KOH 20% yaitu tampak elemen jamur seperti hifa, spora dan miselium^(5,8)

Pada pemeriksaan dengan KOH 10-20% ,tampak dermatofit yang memiliki septa dan percabangan hifa. Pemeriksaan kultur jamur dilakukan untuk menentukan spesies jamur penyebab dermatofitosis.⁽⁹⁾ Pemeriksaan kerokan lesi kulit dengan KOH 10% adalah salah satu jenis pemeriksaan penunjang untuk penegakan diagnosis penyakit akibat jamur dengan cara mengerok pada bagian lesi. Kerokan dilakukan secara satu arah dan umumnya dipilih lesi bagian tepi. Hifa adalah filamen atau benang yang membentuk miselium fungi. Hifa terlihat pada pemeriksaan langsung penyakit jamur yang disebabkan oleh jenis kapang (seperti: *tinea*), sedangkan pada jenis khamir (seperti: *Candida Albicans*) akan terlihat pseudohifa. Spora adalah

unsur reproduktif yang dapat bersifat seksual atau aseksual dari organisme tingkat rendah.⁽²⁾

Pengobatan sistemik dapat menggunakan griseofulvin. Obat ini merupakan obat fungistatik, bekerja dengan menghambat mitosis sel jamur dengan mengikat mikrotubuler dalam sel. Obat ini lebih sedikit tingkat keefektifannya dibanding itrakonazole. Pemberian dosis pada dewasa 500 mg microsize (330-375 mg ultramicrosize) pemberian secara oral selama 2-4minggu, untuk anak 10-25 mg/kg/hari atau 20 mg microsize /kg/hari. Kemudian pada kasus *Tinea Cruris* dapat juga diberikan obat ketokonazole. Ketokonazole merupakan turunan imidazole, ketokonazole adalah obat jamur oral yang berspektrum luas. Kerja obat ini fungistatik. Dengan dosis pemberian 200mg/hari selama 2-4 minggu^(4,7,9)

Disamping pengobatan sistemik dapat pula diberikan pengobatan topikal dengan menggunakan mikonazole dan Ketokonazole 2%⁽³⁾. Mekanisme kerja dari kedua obat ini berkaitan dengan selaput dinding sel jamur yang rusak akan menghambat biosintesis dari ergosterol sehingga permeabilitas membran sel jamur meningkat menyebabkan sel jamur mati. Tersedia dalam bentuk cream 2%, solution, lotion, bedak. Diberikan 2 kali sehari selama 4 minggu. Penggunaan pada anak sama dengan dewasa. Tidak dianjurkan pada pasien yang menunjukkan hipersensitivitas, hindari kontak dengan mata^(2,7,10,11)

KESIMPULAN

Tinea Cruris merupakan penyakit yang disebabkan oleh jamur, yang biasanya muncul akibat dari pola hidup seseorang yang kurang menjaga kebersihan. Penanganan pada pasien ini prinsipnya memberikan antimikotik atau antijamur untuk mengobati penyebabnya.

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.

DAFTAR PUSTAKA

1. Semon HCG. TINEA CRURIS. In: An Atlas of the Commoner Skin Diseases [Internet]. Elsevier; 2013 [cited 2019 Jun 21]. p. 278–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9781483229515501131>
2. Semon HCG. TINEA CRURIS: PLATE XCV. In: An Atlas of the Commoner Skin Diseases [Internet]. Elsevier; 2013 [cited 2019 Jun 21]. p. 210–1. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978148322950850094X>
3. Fiddian-Green RG, Silen W. Mechanisms of disposal of acid and alkali in rabbit duodenum. *Am J Physiol.* 1975 Dec;229(6):1641–8.
4. Isaac O, Thiemer K. [Biochemical studies on camomile components/III. In vitro studies about the anti-peptic activity of (–)-alpha-bisabolol (author’s transl)]. *Arzneimittelforschung.* 1975 Sep;25(9):1352–4.
5. Metin A, Dilek N, Demirseven DD. Fungal infections of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol.* 2015 Jul;33(4):437–47.
6. Costa JEF, Neves RP, Delgado MM, Lima-Neto RG, Morais VMS, Coêlho MRCD. Dermatophytosis in patients with human immunodeficiency virus infection: Clinical aspects and etiologic agents. *Acta Trop.* 2015 Oct;150:111–5.
7. Wolff K, dan Johnson RA. Fitzpatrick’s Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 8 th. new york: 2009; (2009).
8. Sonthalia S, Singal A, Das S. Tinea Cruris and Tinea Corporis Masquerading as Tinea Indecisiva: Case Report and Review of the Literature. *J Cutan Med Surg.* 2015 Mar;19(2):171–6.
9. Denk L. Tinea Cruris. In: Pediatric Clinical Advisor [Internet]. Elsevier; 2007 [cited 2019 Jun 21]. p. 564. Available from: http://www.crossref.org/deleted_DOI.html
10. Buttaravoli P, Leffler SM. Tinea Pedis, Tinea Cruris, Tinea Corporis. In: Minor Emergencies [Internet]. Elsevier; 2012 [cited 2019 Jun 22]. p. 733–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323079099001811>
11. Greer DL, Jolly HW. Treatment of tinea cruris with topical terbinafine. *J Am Acad Dermatol.* 1990 Oct;23(4):800–4.