

Tinea Corporis Et Cruris

Yaiza Aynaya Mailyn

Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara

Mohammad Mimbar Topik

Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara

Korespondensi Penulis: 2106111058@gmail.com

Abstract. *Dermatophytes are a group of fungi that have the ability to attach to keratin and use it as a source of nutrition which allows the fungus to colonize tissues that contain keratin, such as the stratum corneum of the epidermis, hair and nails. This disease can attack all ages (1). Tinea corporis and cruris are dermatophytes that infect the skin and are caused by Trichophyton sp, Microsporum sp, and Epidermophyton sp. Dermatophytes infecting skin containing keratin are classified based on body location, such as tinea corporis (skin other than hairy areas, body, hands, or feet) and tinea cruris (groin & perineal area) (2).*

Keywords: cruris, Dermatophytes, Tinea corporis

Abstrak. Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan untuk melekat pada keratin dan menggunakannya sebagai sumber nutrisi yang memungkinkan jamur tersebut untuk berkoloni pada jaringan yang mengandung keratin, seperti stratum korneum epidermis, rambut dan kuku. Penyakit ini dapat menyerang semua umur (1). Tinea korporis dan cruris adalah dermatofita yang menginfeksi kulit dan disebabkan oleh Trichophyton sp, Microsporum sp, dan Epidermophyton sp. Dermatofita menginfeksi kulit yang mengandung keratin diklasifikasikan berdasarkan lokasi tubuh, seperti tinea korporis (kulit selain daerah berambut, tubuh, tangan, atau kaki) dan tinea cruris (selangkangan & daerah perineum) (2).

Kata Kunci: cruris, Dermatofita, Tinea korporis.

PENDAHULUAN

Infeksi jamur tersebut tersebar luas di seluruh dunia dan dominan di daerah tropis maupun subtropis. Faktor lingkungan seperti kondisi suhu yang hangat dan lembab dan kondisi higienis yang memperhatikan, yang berperan untuk pertumbuhan dan perkembangbiakan jamur tersebut. Meskipun infeksi jamur tersebut tidak menyebabkan kematian, diketahui dapat berhubungan dengan morbiditas berlebihan yang mungkin bersifat psikologis atau fisik pada penderita. Hal ini mempengaruhi kualitas hidup individu yang terinfeksi yang mengarah pada dampak negatif pada status pekerjaan, emosional dan sosial mereka. Infeksi semacam itu meningkat dalam skala global, oleh karena itu hal ini menjadi perhatian serius di seluruh dunia (3).

Tinea Korporis dan cruris biasanya muncul sebagai bercak atau plak berbatas tegas, oval atau melingkar, eritematosa ringan, bersisik atau plak dengan ujung depan terangkat dan pruritus ringan sering terjadi. Diagnosis klinis bisa sulit apabila penderita dengan riwayat penggunaan obat-obatan sebelumnya, seperti inhibitor kalsineurin atau kortikosteroid. Dermoskopi adalah alat diagnostik yang berguna dan non-invasif. Jika perlu, diagnosis dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskopis preparat basah kalium hidroksida dari kerokan kulit dari batas aktif dari lesi. Kultur jamur adalah standar emas untuk mendiagnosis

dermatofitosis terutama jika diagnosis diragukan dan hasil tes lain tidak meyakinkan atau infeksi meluas, parah, atau resisten terhadap pengobatan. Pengobatan standar tinea corporis adalah dengan anti jamur topikal. Pengobatan antijamur sistemik diindikasikan jika lesi multipel, luas, dalam, berulang, kronis, atau tidak responsif terhadap pengobatan antijamur topikal, atau jika pasien mengalami defisiensi imun (4).

LAPORAN KASUS

Seorang Perempuan berusia 23 tahun, suku Aceh, Alamat Baktiya, Aceh Utara dengan nomor RM 018016 datang ke Poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia pada hari Senin, 13 Juli 2022 dengan keluhan utama berupa bercak kemerahan melingkar yang semakin meluas disertai rasa gatal dibagian perut, selangkangan, paha, lipatan kaki, dan betis yang sudah dialami sejak 1 bulan yang lalu. Awalnya keluhan berupa bercak kemerahan melingkar, berair dan disertai rasa gatal, kemudian berubah menjadi bercak kemerahan melingkar dengan ukuran sebesar uang logam diperut yang semakin meluas dan menyebar ke bagian selangkangan, paha, lipatan kaki, dan betis. Rasa gatal semakin memberat ketika pasien berkeringat yang membuat pasien selalu menggaruk hingga ukuran lesi semakin membesar dan menimbulkan luka kemerahan serta kulit pada lesi cenderung kering dengan bagian tengah yang tampak kurang aktif. Keluhan yang dirasakan pasien sudah dialami sekitar kurang lebih 7 bulan yang lalu, tetapi selalu hilang timbul. Awalnya pasien mendapatkan pengobatan namun pasien mengaku keluhan tersebut sembuh kemudian muncul lagi. Pasien menyatakan bahwa beliau tidak memiliki riwayat diabetes melitus, hipertensi, penyakit atopi, dan riwayat alergi.

Pasien mengatakan bahwa ibu beliau memiliki riwayat keluhan serupa dengan pasien, dimana timbulnya bercak kemerahan melingkar yang meluas disertai rasa gatal di tangan, perut dan meluas keseluruh badan sampai kepala, dengan rasa gatal yang semakin memberat ketika berkeringat. Anggota keluarga lain yang juga memiliki riwayat keluhan yang sama dengan pasien adalah anak pasien yang bayi dan juga suaminya.

Pasien mengakui bahwa beliau tidak mengonsumsi obat-obatan jangka panjang, namun pasien memiliki riwayat pemakaian obat sebelumnya, namun pasien mengaku lupa jenis obatnya, pasien mengaku diberikan obat salap oleh Puskesmas setempat dan diakui keluhan sempat sembuh tapi muncul lagi. Pasien tinggal di Baktiya, Aceh Utara dengan kondisi rumah yang memiliki ventilasi yang cukup, pasien mengakui bahwa beliau memperhatikan kebersihannya dan keluarganya. Pasien mengakui bahwa sanitasi lingkungannya baik, dengan pasien sehari-hari mandi dua kali sehari. Tetapi, keluarga pasien memiliki kebiasaan saling menggunakan handuk dan pakaian bergantian, serta jarang mencuci handuk yang telah dipakai,

pasien juga sering tidak langsung mengganti pakaian yang lembab karena melakukan pekerjaan mencuci atau berkeringat banyak dan pasien juga memiliki kebiasaan memakai pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 75 kali permenit, frekuensi nafas 18 kali permenit, berat badan 65 kg, tinggi badan 157 cm. Status dermatologis pada regio abdominalis lateralis, regio femoralis anterior, regio fossa poplitea, regio cruris posterior dengan efloresensi primer berupa plak eritema, bentuk teratur, batas tegas, ukuran plakat, serta susunan annular, sedangkan efloresensi sekunder skuama, distribusi universal, pola khas dan terdapat central healing, serta beberapa lesi dengan pinggir yang polikistik di region fossa poplitea. Pada pemeriksaan penunjang KOH 20% didapatkan spora (+) dan hifa (+).

Diagnosis banding pada pasien ini adalah tinea korporis et cruris, psoriasis, eritrasma, dermatitis seboroik dan kandidiasis intertriginosa. Berdasarkan pemeriksaan fisik, status dermatologis, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis kerja pada pasien ini adalah *Tinea Korporis et Cruris*. Diberikan terapi cetirizin 10mg tablet dengan aturan konsumsi 1 x 1, Itraconazole 100mg tablet dengan aturan konsumsi 1 x 1, termisil cream 1 x 1 dioleskan pada lesi.

Pasien juga diberikan penjelasan mengenai penyakitnya, penyebab, perjalanan penyakit dan pilihan pengobatan, dan edukasi untuk menghindari faktor pencetus kekambuhan, diantaranya dengan menjaga kebersihan diri, mematuhi pengobatan yang diberikan untuk mencegah resistensi obat, menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat, menghindari penggunaan handuk serta pakaian bergantian dengan orang lain dan cuci handuk setelah digunakan seminggu 3 kali. Pasien disarankan untuk kontrol ulang di poli kulit dan kelamin di RSUD Cut Meutia 1 minggu kemudian untuk evaluasi.

Dokumentasi Kunjungan Pertama



Gambar 2. 1 Gambaran klinis pasien pada regio abdominalis lateralis



Gambar 2. 2 Gambaran klinis pasien pada regio femoralis anterior



Gambar 2. 3 Gambaran klinis pasien pada regio femoralis anterior

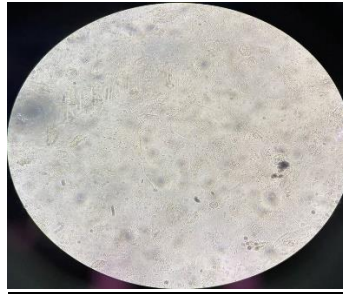


Gambar 2. 4 Gambaran klinis pasien pada regio fossa poplitea



Gambar 2. 5 Gambaran klinis pasien pada regio cruris posterior

Dokumentasi Pemeriksaan Penunjang



Gambar 2. 6 Gambaran Pemeriksaan KOH 20% di bawah Mikroskop pembesaran



Gambar 2. 7 Gambaran lesi kerokan untuk pemeriksaan KOH 20%

Dokumentasi Kontrol Ulang



Gambar 2. 8 Gambaran klinis pasien setelah pengobatan pada regio femoralis anterior

PEMBAHASAN

Pasien merupakan seorang perempuan berusia 23 tahun. Infeksi mikotik superfisial dapat terjadi pada semua kelompok umur. Dalam sebagian besar penelitian menyatakan bahwa infeksi ini ditemukan lebih umum pada orang dewasa berusia 21-30 tahun. Prevalensi infeksi yang terjadi dalam kelompok usia tersebut dapat dikaitkan dengan berbagai faktor, seperti peningkatan aktivitas fisik, perubahan pola hormonal dan peningkatan resiko untuk terpapar (5). Penyakit jamur superfisial adalah penyakit kulit yang paling umum mempengaruhi usia yang berbeda dan kedua jenis kelamin. Tinea korporis dan tinea cruris biasa terjadi pada orang dewasa, dan lebih banyak terjadi pada wanita dibanding pria (6).

Keluhan utama pasien berupa bercak kemerahan melingkar yang semakin meluas disertai rasa gatal dibagian perut, selangkangan, paha, lipatan kaki, dan betis yang sudah dialami sejak 1 bulan yang lalu. Awalnya keluhan berupa bercak kemerahan melingkar, berair, dan disertai rasa gatal, kemudian berubah menjadi bercak kemerahan melingkar dengan ukuran sebesar uang logam diperut yang semakin meluas dan menyebar ke bagian selangkangan, paha, lipatan kaki, dan betis. Rasa gatal semakin memberat ketika pasien berkeringat yang membuat pasien selalu menggaruk hingga ukuran lesi semakin membesar dan menimbulkan luka kemerahan serta kulit pada lesi cenderung kering dengan bagian tengah yang tampak kurang aktif. Keluhan yang dirasakan pasien sudah dialami sekitar kurang lebih 7 bulan yang lalu, tetapi selalu hilang timbul. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis tinea korporis dan tinea kruris, karena tinea korporis yang merupakan dermatofitosis pada kulit tubuh tidak berambut, kelainan yang dilihat dalam klinik merupakan lesi bulat dan lonjong, berbatas tegas terdiri atas eritema, skuama, kadang-kadang terlihat erosi dan krusta akibat garukan. Lesi-lesi pada umumnya merupakan bercak-bercak terpisah satu dengan yang lain. Kelainan kulit dapat pula terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir yang polisiklik, karena beberapa lesi kulit yang menjadi satu. Sedangkan tinea kruris adalah dermatofitosis pada, daerah perineum, dan sekitar anus. Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup apabila tidak diobati. Lesi kulit dapat terbatas pada daerah genitokrural saja, atau meluas ke daerah sekitar anus, daerah gleuteus dan perut bagian bawah, atau bagian tubuh lainnya (7).

Pasien mengatakan bahwa ibu beliau memiliki riwayat keluhan serupa dengan pasien, dimana timbulnya bercak kemerahan melingkar yang meluas disertai rasa gatal di tangan, perut dan meluas keseluruh badan sampai kepala, dengan rasa gatal yang semakin memberat ketika berkeringat. Anggota keluarga lain yang juga memiliki riwayat keluhan yang sama dengan pasien adalah anak pasien yang bayi dan juga suaminya. Penularan tinea korporis dan tinea

kruris dapat terjadi melalui kontak langsung dan kontak tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain (1).

Hal ini di dukung dengan keluarga pasien memiliki kebiasaan saling menggunakan handuk dan pakaian bergantian, serta jarang mencuci handuk yang telah dipakai, pasien juga sering tidak langsung mengganti pakaian yang lembab karena melakukan pekerjaan mencuci atau berkeringat banyak dan pasien juga memiliki kebiasaan memakai pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat. Data menunjukkan bahwa sebagian besar tinea corporis dan cruris terjadi karena kegiatan sehari-hari yang menyebabkan keringat, dan tanpa menjaga kebersihan pribadi yang baik, sehingga meningkatkan risiko terkena dermatofitosis (8). Faktor risiko seperti kondisi iklim panas, keringat berlebih, pakaian ketat merupakan faktor pemicu infeksi corporis dan cruris, dan infeksi jamur tersebut dapat ditemukan di semua populasi tanpa memandang usia dan pekerjaan (2).

Berdasarkan pemeriksaan fisik, status dermatologis pada regio abdominalis lateralis, regio femoralis anterior, regio fossa poplitea, regio cruris posterior dengan efloresensi primer berupa plak eritema, bentuk teratur, batas tegas, ukuran plakat, serta susunan annular, sedangkan efloresensi sekunder skuama, distribusi universal, pola khas dan terdapat central healing, serta beberapa lesi dengan pinggir yang polikistik di region fossa poplitea, serta pemeriksaan penunjang menggunakan KOH 10-20% didapatkan spora (+) dan hifa (+). Pemeriksaan KOH 20% dilakukan menggunakan sediaan basah yang dibuat dengan meletakkan bahan diatas gelas alas, kemudian ditambah 1-2 tetes larutan KOH. Konsentrasi larutan KOH ini sesuai karena untuk sediaan rambut 10% dan untuk kulit dan kuku 20%. Pemeriksaan KOH bertujuan untuk melihat elemen jamur lebih nyata, pada sediaan kulit biasanya terlihat hifa sebagai dua garis sejajar, terbagi oleh sekat, dan bercabang, maupun spora berderet (atrospora) pada kelainan kulit lama dan/atau sudah diobati (7). Berdasarkan dari pemeriksaan fisik, status dermatologis dan pemeriksaan penunjang maka dapat ditegakkan diagnosis yang mengarah ke Tinea Korporis dan Cruris.

Diberikan terapi cetirizin 10mg tablet dengan aturan konsumsi 1 x 1, Itraconazole 100mg tablet dengan aturan konsumsi 1 x 1, termisil cream 1 x 1 dioleskan pada lesi.

Cetirizine adalah antihistamin H1 generasi kedua yang bekerja dengan mengurangi produksi sitokin proinflamasi, ekspresi molekul adhesi sel, dan kemotaksis sel eosinophil dan sel lainnya. Kerja obat ini yaitu dengan menekan reseptor histamine yang akan mengurangi rasa gatal dan kemerahan pada kulit akibat reaksi alergi (9).

Itraconazole 100mg tablet sebanyak 7 tablet dengan aturan pakai 1 x 1 , itraconazole merupakan obat golongan azole yang bekerja dengan cara menghambat biosintesis ergosterol jamur, penghambatan ergosterol ini menimbulkan gangguan pada struktur dan fungsi selaput jamur. Berdasarkan hasil penelitian S. Singh (2020) dengan membandingkan obat anti fungal berupa fluconazole, griseofulvin, itraconazole dan terbinafine. Maka didapatkan bahwa tingkat kesembuhan dan jumlah kesembuhan pasien yang diobati dari ke-empat obat antifungal tersebut, itrakonazol adalah obat yang paling efektif, diikuti oleh flukonazol (setiap hari), terbinafine dan kemudian griseofulvin, pada dermatofitosis kambuh kronis dan kronis (10).

Umum digunakan agen antijamur topikal termasuk azol (misalnya econazole, ketoconazole, miconazole, clotrimazole, miconazole, oksikonazol, sulkonazol, sertaconazole, eberconazole dan luliconazole), allylamines (misalnya naftifine, terbinafine), benzylamine (butenafine), ciclopirox, dan tolnaftate. Perbandingan penggunaan obat topikal secara antijamur menunjukkan bahwa butenafine, naftifine, dan terbinafine secara signifikan lebih berkhasiat dalam meningkatkan angka kesembuhan. Pada pasien ini diberikan terapi topikal berupa termisil cream, termisil cream mengandung terbinafine yaitu golongan alinamin yang bersifat fungisidal yang bekerja dengan menghambat enzim squal epoxidase yang bertanggung jawab untuk sintesis ergosterol yaitu zat esensial komponen dinding jamur (4) .

Pasien juga diberikan penjelasan mengenai penyakitnya, penyebab, perjalanan penyakit dan pilihan pengobatan, dan edukasi untuk menghindari faktor percentus kekambuhan, diantaranya dengan menjaga kebersihan diri, mematuhi pengobatan yang diberikan untuk mencegah resistensi obat, menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat, menghindari penggunaan handuk serta pakaian bergantian dengan orang lain dan cuci handuk setelah digunakan (4).

KESIMPULAN

Tinea korporis dan cruris adalah dermatofita yang menginfeksi kulit dan disebabkan oleh *Trichophyton sp*, *Microsporum sp*, dan *Epidermophyton sp*. Dermatophyte jamur menginfeksi kulit yang mengandung keratin diklasifikasikan berdasarkan lokasi tubuh, seperti tinea korporis (kulit selain daerah berambut, tubuh, tangan, atau kaki) dan tinea cruris (selangkangan & daerah perineum).

Infeksi jamur tersebut tersebar luas di seluruh dunia dan dominan di daerah tropis maupun subtropis. Faktor lingkungan, seperti kondisi suhu yang hangat dan lembab dan kondisi higienis yang memprihatikan, yang berperan untuk pertumbuhan dan perkembangbiakan jamur tersebut.

Tinea Korporis dan cruris biasanya muncul sebagai bercak atau plak berbatas tegas, berbatas tegas, oval atau melingkar, eritematosa ringan, bersisik atau plak dengan ujung depan terangkat. Pruritus ringan sering terjadi. Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan mikroskopis preparat basah kalium hidroksida dari kerokan kulit dari batas aktif dari lesi. Kultur jamur adalah standar emas untuk mendiagnosis dermatofitosis.

Pengobatan standar tinea corporis adalah dengan antijamur topikal. Pengobatan antijamur sistemik diindikasikan jika lesi multipel, luas, dalam, berulang, kronis, atau tidak responsif terhadap pengobatan antijamur topikal, atau jika pasien mengalami defisiensi imun.

DAFTAR PUSTAKA

- Putri MN, Burmana F, Nusadewiarti A. Penatalaksanaan dan Pencegahan Tinea Korporis pada Pasien Wanita dan Anggota Keluarga. *J Agromed Unila*. 2017; 4:103–10.
- Yulianti S, Ratih D, Wahyunitisari MR, Astari L, Ervianti E. Profile of Tinea Corporis and Tinea Cruris in Dermatovenereology Clinic of Tertiary Hospital: A Retrospective Study. *J Period Dermatology Venereol*. 2021;33(1):34–9.
- Sharma B, Nonzom S. Superficial mycoses, a matter of concern: Global and Indian an updated analysis. *Joural Wiley Mycoses*. 2021;(February):1–19.
- Kc A, Mbbs L, Uk F, Lam JM, Fon K, Mbbs L, et al. Tinea corporis: an updated review Pathogenesis. 2020;1–12.
- Khadka S, Sherchand JB, Pokharel DB, Pokhrel BM, Mishra SK, Dhital S, et al. Clinicomycological Characterization of Superficial Mycoses from a Tertiary Care Hospital in Nepal. *J Dermatology Res Pract*. 2016; 2016:1–8.
- Oninla OA, Oninla SO. Superficial Mycoses in Relation to Age and Gender Superficial Mycoses in Relation to Age and Gender. *Br J Mdicine Med Res*. 2016;(January).
- Menaldi SLS, Bramono K, Indriatmi W. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 7th ed. UI DIPKF, editor. Jakarta: UI Publishing; 2021. 1–543 p.
- Sondakh CEEJ, Pandaleke TA, Mawu FO. Profil dermatofitosis di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *J e-Clinic*. 2016; 4:1–7.
- Garg A, Cranwell A, Chan D. Cetirizine – how much is too much? *J Pharm Pract Res*. 2018;5–7.
- Singh SD, Chandra U, Anchan VN, Verma P, Tilak R. Limited effectiveness of four oral antifungal drugs (fluconazole, griseofulvin, itraconazole and terbinafine) in the current epidemic of altered dermatophytosis in India: results of a randomized pragmatic trial. *Br J Dermatol*. 2020;1–7.