

Gejala Klinis dan Diagnosis Dermatitis Atopik

Sitti Hajar

Abstrak. Dermatitis Atopik adalah kelainan kulit kronis inflamasi. Seperti penyakit alergi lain, prevalensi dermatitis atopik tampaknya meningkat. Pada anak-anak, prevalensi dermatitis atopik telah meningkat dari 3 - 4% pada tahun 1960 untuk 10-15% di tahun 1980-an. Namun tidak seperti banyak penyakit lainnya, Dermatitis atopik tidak memiliki lesi kulit primer atau tes pathognomonic. Oleh karena itu, Diagnosis dermatitis atopik ditegakkan berdasarkan gejala fisik. Gejala/kriteria mayor termasuk pruritis, morfologi khas dan distribusi lesi. Distribusi lesi bervariasi sesuai usia. Pada bayi, permukaan wajah dan ekstensor lengan dan kaki yang paling sering terkena. Dermatitis atopik pada infandapat menghilang secara spontan atau berlanjut ke tahap masa kanak-kanak, yang ditandai dengan papula, gatal, xerosis, dan likenifikasi. Pada anak yang lebih tua dan orang dewasa, dermatitis berkuama dan likenifikasi pada permukaan fleksor leher, kaki, dan badan bagian atas. Lebih dari 85% dari dermatitis atopik timbul pada lima tahun pertama kehidupan, jarang terjadi setelah 45 tahun. (JKS 2007;3: 175-180)

Kata kunci: dermatitis atopik, kriteria mayor, kriteria minor, SCORAD

Abstract. Atopic dermatitis is a chronic inflammatory skin disorder. Like other allergic diseases, the prevalence of atopic dermatitis appears to be rising. In children, the prevalence of Atopic dermatitis has increased from 3 - 4% in the 1960's to 10-15% in the 1980's. But unlike many other diseases, Atopic dermatitis has no primary skin lesions or pathognomonic test. Therefore, the diagnosis of atopic dermatitis has to be made by constellation of physical findings. The major features include pruritis, typical morphology and distribution of the lesions. The skin distribution varies with age. In infancy, the face and extensor surfaces of the arms and legs are most commonly affected. Infantile Atopic dermatitis may resolve spontaneously or continue into the childhood phase, which is characterized by pruritic papules, xerosis, and lichenification. In the older child and adults, a scaly and lichenified dermatitis on the flexor surfaces of the extremities, neck, and upper trunk is observed. Over 85% of Atopic dermatitis presents during the first five years of life, and rarely occurs after 45 years of age. (JKS 2007;3: 175-180)

Keywords: Atopic dermatitis, major features, minor features, SCORAD

Pendahuluan

Dermatitis atopi adalah bentuk eksim yang paling umum. Istilah atopi sejak lama telah diungkapkan oleh Coca dan Cooke (1923), kata tersebut berasal dari kata *atopos* (Yunani) yang berarti *out of place* atau *strange diseases*. Dalam bahasa Indonesia kata ini berarti berbeda. Wise dan Slulzberger (1933), mengusulkan pemakaian istilah dermatitis yang sangat

gatal, timbul di tempat predileksi tertentu, didasari oleh adanya sifat hipersensitifitas yang diturunkan secara hereditas dan berlangsung secara kronis residif.¹

Atopi adalah hipersensitifitas familial di kulit dan membran mukosa terhadap alergen lingkungan, terkait dengan peningkatan produksi IgE, diikuti dengan perubahan reaktifitas di kulit pada pasien dermatitis atopi dan di paru pada pasien asma bronkhiale. Pada sebagian besar pasien dengan berbagai faktor misalnya adanya kerusakan fungsi sawar kulit, infeksi dan stress merupakan faktor yang lebih penting bila dibandingkan dengan reaksi alergi.² Faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya dermatitis atopik yang persisten antara lain, adanya riwayat

Sitti Hajar adalah dosen pada Bagian Ilmu Kesehatan Kulit Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala

anggota keluarga yang menderita dermatitis atopi, awitan penyakit pada usia dini, gambaran penyakit yang semakin meluas pada awal kehidupan dan adanya penyakit asma dan rhinitis alergika yang timbul secara bersamaan.³

Beberapa kriteria diagnosis telah diajukan oleh banyak pakar dermatologi, namun yang lebih sesuai adalah kriteria yang dikemukakan oleh Hannifin dan Rajka, kriteria tersebut meliputi kriteria mayor dan minor, sehingga lebih sensitif dalam menentukan diagnosis dermatitis atopi dengan tepat. Sedangkan kriteria William mengemukakan kriteria diagnosis yang praktis dan spesifik untuk melakukan diagnosis cepat dilapangan (studi epidemiologi). Untuk menentukan derajat sakit dan dermatitis atopi lebih tepat memakai sistem skoring yang diajukan oleh para pakar dermatologi dari Eropa yang dikenal dengan indeks severity scoring atopic dermatitis (SCORAD) (severity scoring of atopic dermatitis, 1993), pengecualian untuk bentuk lain dari eczema, tes serologis untuk IgE spesifik alergen adalah sama halnya dengan skin prick test (SPT) dan atopy patch test (APT).^{2,3}

Kriteria Mayor

Gejala klinis yang spesifik yaitu adanya rasa gatal yang hebat, dengan tempat predileksi yang khas, berlangsung kronis dan residif, serta adanya stigmata atopi pada pasien maupun keluarga yang lain.^{1,2}

Tempat predileksi merupakan hal yang paling penting untuk diketahui dari pasien dermatitis atopi. Wajah adalah daerah yang paling sering terkena pada bayi, serta permukaan ekstensor dari lengan dan kaki pada usia 8-10 bulan. Sedangkan pada anak-anak yang lebih tua, remaja, dan orang dewasa, daerah yang sering ditemukan kelainan adalah *antecubital* dan *fossae popliteal*, wajah, dan leher.^{1,2}

Kriteria Minor

Kriteria minor penting sebagai kriteria pelengkap diagnosis dermatitis atopi bila masih terdapat keragu-raguan. Terdapat tanda yang tidak selalu ada atau dianggap kurang spesifik, sedangkan beberapa tanda di antaranya ditemukan secara sangat bermakna atau sebagian bermakna.^{1,2}

Stigmata yang Berhubungan dengan Dermatitis Atopik

Tanda yang dapat dipakai untuk menentukan seseorang dalam keadaan atopi adalah yang disebut "stigmata atopi." Bila stigmata tersebut terdapat pada kulit disebut sebagai *atopic diathesis* kulit. Stigmata ini secara signifikan lebih sering didapatkan pada pasien dermatitis atopik dibandingkan pada individu sehat, dan dapat digunakan sebagai petunjuk untuk penegakan diagnosis dermatitis atopik.⁴

Kelainan yang biasa ditemukan adalah *dry skin*, *hyperlinearity of the palms or soles*, *infraorbital fold*, *white dermographism*, *facial pallor*, *orbital darkening*, dan *Hertoghe's sign*.²

pH Kulit dan Dermatitis Atopik

pH kulit penderita dermatitis atopik meningkat ($\text{pH } 5.90 \pm 0.76$), dibandingkan dengan kulit normal yang sehat ($\text{pH } 5.36 \pm 0.5$) yang merupakan salah satu karakteristik pertahanan kulit yang terganggu pada dermatitis atopik. Secara keseluruhan terlihat bahwa pH yang lebih tinggi mampu mencetuskan berbagai pelepasan alergen dari *M. Sympodialis*. Hal ini menunjukkan bahwa *Malassezia* pada kulit penderita dermatitis atopik akan melepaskan lebih banyak alergen, yang akan mencetuskan inflamasi.⁵

Pityriasis Alba

Pada area yang sebelumnya mengalami eksema, terutama di daerah wajah, leher,

dan tubuh bagian atas, dapat timbul bercak hipopigmentasi dengan ukuran yang bervariasi, ukuran diameter mencapai 1 cm, berbatas jelas disertai dengan sisik halus, yang kadang-kadang menyerupai tinea korporis atau vitiligo. *Pityriasis alba* dilaporkan terjadi pada 35%-44% pasien dermatitis atopik.⁵

Penyebabnya belum diketahui, diduga merupakan suatu dermatitis non spesifik (mungkin suatu bentuk ringan dari dermatitis atopik). Kebanyakan kasus disebabkan pajanan matahari dan gangguan perwanaaan dari daerah yang terkena. Ketiadaan pigmen, akibat efek perlindungan dari penebalan stratum korneum, serta disebabkan adanya gangguan melanisasi sel epidermal.^{1,5}

Manifestasi Klinis

Faktor Pemicu Gatal

Faktor-faktor yang memicu gatal adalah panas dan keringat, wol (91%), emosi/stress (81%), makanan tertentu (49%), alkohol (44%), pilek (36%) dan tungau debu rumah (35%). Kulit yang rusak menunjukkan kadar air yang menurun. Hal itu disebabkan oleh menurunnya kapasitas kulit untuk mengikat air dan kehilangan air transepidermal yang lebih tinggi sehingga kulit menjadi kering. Kulit kering pada umumnya membentuk fisur-fisur kecil yang dapat merupakan tempat masuk patogen. Penderita dengan dermatitis atopik cenderung lebih mudah terkena infeksi bakteri dan jamur. *A. aureus* mengkolonisasi kulit pada 90% penderita dermatitis atopik dibanding dengan 5% pada subyek normal. Pemberian antibiotik oral sering memberikan perbaikan.^{2,3}

Manifestasi klinis dermatitis atopik berbeda pada setiap tahapan atau fase perkembangan kehidupan, mulai dari saat bayi hingga saat dewasa. Pada setiap anak didapatkan derajat keparahan yang

bervariasi, tetapi secara umum mengalami pola distribusi lesi yang sempurna.^{2,3}

Fase Bayi (0-2 tahun)

Lesi awal dermatitis atopik muncul pada bulan pertama kelahiran, biasanya bersifat akut, sub akut, rekuren, simetris di kedua pipi, di dahi dan skalp. Lesi tampak berupa bercak kemerahan bersisik yang mungkin sedikit basah. Bagian ekstensor tungkai bawah dan lengan dapat terkena. Hal ini berhubungan dengan area kulit yang kontak dengan tanah pada bayi yang baru belajar merangkak. Lesi kulit muncul sebagai bintil-bintil merah kecil yang terasa gatal yang dapat bergabung membentuk bercak yang berukuran besar. Pada umumnya lesinya polimorfik cenderung eksudatif, kadang-kadang disertai dengan infeksi sekunder atau pioderma.^{1,2}

Fase Anak (2-12 tahun)

Pada fase anak, pola distribusi lesi kulit mengalami perubahan. Awitan lesi muncul sebelum umur 5 tahun. Sebagian merupakan kelanjutan fase bayi. Tempat predileksi terutama di daerah fleksural (simetris) dan sangat jarang di daerah wajah, selain itu juga dapat mengenai bagian lateral dan anterior leher. Manifestasi dermatitis sub akut dan cenderung kronis. Pada kondisi kronis tampak lesi hiperpigmentasi, hiperkeratosis dan likenifikasi.^{1,2}

Akibat adanya rasa gatal dan garukan, akan tampak erosi, eksoriasi linear yang disebut *scratch marks*. Kulit tangan biasanya kering, kasar, garis palmar lebih dalam dan nyata, serta mengalami luka (fisura). Selain itu bibir terlihat kering, bersisik, sudut bibir terlihat terbelah (khelitis), demikian pula bagian sudut lobus telinga sering mengalami fisura. Lesi dermatitis atopik pada anak juga dapat ditemukan di paha dan bokong.^{1,2}

Fase Dewasa (> 12 tahun)

Bentuk lesi kulit pada fase dewasa hampir serupa dengan lesi kulit pada fase akhir anak-anak. Pada umumnya ditemukan adanya penebalan kulit di daerah belakang lutut dan fleksural siku serta tengkuk leher. Akibat adanya garukan secara berulang dan perjalanan penyakit yang kronis, lesi ditandai dengan adanya hiperpigmentasi, hiperkeratosis dan likenifikasi. Distribusi lesi biasanya simetris. Lokasi lesi menjadi lebih luas, selain fosa kubiti dan poplitea, juga dapat ditemukan bagian lateral leher, tengkuk, badan bagian atas dan dorsum pedis. Pada fase remaja, area di sekitar puting susu juga dapat terkena.^{1,2}

Terdapat beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dermatitis atopik, antara lain kriteria Hanifin Rajka dan kriteria Williams. Masing-masing kriteria memiliki keunggulan dalam ketetapan dan kecepatan.^{3,4}

Kriteria Hanifin dan Rajka

Kriteria ini telah digunakan selama bertahun-tahun dan tampaknya tetap relevan dan cukup cermat sehingga tetap dianut. Kriteria dermatitis atopik tersebut telah dimodifikasi oleh Hanifin pada tahun 1991 dan dicantumkan pada tabel 1.

Derajat Keparahan

Saat ini metode yang sering dipergunakan untuk menilai derajat keparahan dermatitis atopik adalah menggunakan *Scoring for Atopic Dermatitis / SCORAD index*. Indeks SCORAD merupakan system penilaian dengan *scoring* untuk menilai luasnya penyakit.^{2,3}

(A) intensitas lesi

(B) dan rasa gatal

(C). Penilaian luas lesi dengan memakai gambar *rule of nine* (kecuali untuk *scalp*,

tangan bayi dan anak), dinyatakan dalam persentase (0-100) dan berbeda dengan penilaian untuk orang dewasa dan anak (di bawah usia 2 tahun).

Intensitas lesi dinilai berdasarkan eritema, edema, papul, lesi eksudasi, ekskoriiasi, likenifikasi dan kekeringan kulit dengan memakai panduan gambar atau foto. Masing-masing jenis morfologi dinilai intensitasnya:

0 = tidak ada lesi,

1 = ringan,

2 = sedang,

3 = berat.

Pada awalnya mungkin sulit dalam menetapkan intensitas, karena itu perlu dinilai oleh sedikitnya 2 orang dokter.

Penilaian keluhan pasien meliputi dua kriteria yang mencerminkan kualitas hidup pasien yaitu rasa gatal dan gangguan tidur, penilaian dinyatakan dalam skor 0-10 untuk masing-masing kriteria.

Indeks SCORAD adalah

hasil penjumlahan $A/5 + 7B/2 + C$.

Dimana A = luas lesi,

B = intensitas lesi, dan

C = keluhan penderita.

Untuk dermatitis atopik dengan derajat keparahan ringan, skornya antara 0-34, dermatitis atopik dengan derajat keparahan sedang, skornya antara 35-69 dan dermatitis atopik dengan derajat keparahan berat skornya antara 70-103. Sistem indeks scoring tersebut sebaiknya digunakan untuk evaluasi efektivitas pengobatan.³

Kriteria Diagnosis

Sampai saat ini belum didapatkan adanya gambaran klinis maupun hasil pemeriksaan laboratorium yang spesifik untuk dermatitis atopi. Diagnosis ditegakkan berdasarkan identifikasi gambaran morfologi yang sering terdapat pada dermatitis atopik dan ditunjang oleh adanya riwayat penyakit dermatitis atopik.¹

Tabel 1. Kriteria Hanifin dan Rajka untuk diagnosis dermatitis atopik¹⁻³

Kriteria major (harus terdapat 3)	Kriteria minor (tiga atau lebih)
1. History of flexural dermatitis 2. Onset under the age of 2 years 3. Presence of an itchy rash 4. Personal history of asthma 5. History of dry skin 6. Visible flexural dermatitis	1. Dry skin 2. Ichthyosis 3. Palmar hyperlinearity 4. Keratosis pilaris 5. Type I allergy and increased serum IgE 6. Hand and foot dermatitis 7. Cheilitis 8. Nipple eczema 9. Increased presence of <i>Staphylococcus aureus</i> and Herpes simplex 10. Perifollicular keratosis 11. Pityriasis alba 12. Early age of onset 13. Recurrent conjunctivitis 14. Dennie-Morgan infraorbital fold 15. Keratoconus 16. Cataract 17. Orbital darkening 18. Facial pallor/facial erythema 19. Anterior neck folds 20. Itch when sweating 21. Intolerance to wool and lipid solvents 22. Perifollicular accentuation 23. Food intolerance 24. Course influenced by environmental and emotional factors 25. White dermographism or delayed blanch

F

B

se

an

an

lu

A

d

d

h

le

le

ju

te

p

p

T

d

d

H

N

k

k

I

I

F

t

r

c

t

1

1

I

s

u

a

4

1

1

1

1

(

(

(

(

(

(

(

Daftar Pustaka

1. Paller A. Atopic dermatitis. In 11th world congress of pediatric dermatology. Bangkok, Thailand. 2007: 180-183
2. Leung, D.Y., Robert, A.R., Scheider, L. Atopic Dermatitis (atopic exzema) in Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: Mc. Graw hill. 2007. 2 (7):1543-1564
3. Schachner, L.A., Hansen, B.C. Basic Science and Principles of Diagnosis and Treatment in

Pediatric Dermatology. New York: Churchill Livington. 2006.(3) : 71-109

4. Boguniewicz. Atopic Dermatitis. *J Allergy Clinical Immunology*. 2006:118
5. Dante Borelli, M.D., Paul H. Jacobs. Tinea Versicolor: Epidemiologic, Clinical and Therapeutic Aspects, *American Academy J of Dermatology*. 2007