



Dermatitis Numularis

Cathelin Stella

Alumna Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Dermatitis numularis atau eksim numular atau eksim diskoid merupakan peradangan berupa lesi berbentuk mata uang (koin) atau agak lonjong, berbatas tegas, dengan efloresensi atau lesi awal berupa papul disertai vesikel (papulovesikel), biasanya mudah pecah sehingga basah (*oozing*), biasanya menyerang ekstremitas. Dilaporkan satu kasus dermatitis numularis di pergelangan tangan kanan anak perempuan berusia 8 tahun. Lesi kulit berbentuk koin (*numular*) di regio *antebrachii* anterior dekstra berupa vesikel dan papulovesikel dengan likenifikasi berbatas tegas dengan tepi meninggi disertai eritema dan edema.

Kata kunci: Dermatitis, koin, likenifikasi, nummular.

ABSTRACT

Dermatitis numularis or nummular or discoid eczema is a coin-shaped inflammation or slightly oval, circumscribed lesions, with efflorescence; the initial lesion is a papule with vesicles (papulovesicular), usually easily break and oozing, and mainly affects the extremities. A case of dermatitis numularis on the right wrist in a 8 year-old girl was reported. Lesion is located in the right anterior antebrachii in the form of coin-shaped (nummular) vesicles and papulovesicular lesions with lichenification with raised edges demarcation accompanied by erythema and edema.

Cathelin Stella. Dermatitis Numularis – case report

Keywords: Coin, dermatitis, lichenification, nummular.

PENDAHULUAN

Dermatitis merupakan peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respons terhadap faktor eksogen dan/atau faktor endogen, dengan tanda klinis berupa efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi) dan keluhan gatal; cenderung residif dan kronis.^{1,2} Dermatitis numular dikenal juga dengan nama eksim numular (istilah ini diperkenalkan oleh Devergie pada tahun 1857),^{1,2} eksim diskoid atau neurodermatitis numular; merupakan peradangan berupa lesi berbentuk mata uang (koin) atau agak lonjong, berbatas tegas, dengan efloresensi atau lesi awal berupa papul disertai vesikel (papulovesikel), biasanya mudah pecah sehingga basah (*oozing*) dan biasanya menyerang ekstremitas. Istilah numularis berasal dari bahasa Latin “nummus” yang berarti “coin”, dan dermatitis yang berarti suatu eksim, kata-kata umum untuk menggambarkan radang kulit.^{1,2}

Dermatitis numularis pada orang dewasa terjadi lebih sering pada pria. Usia puncak awitan pada kedua jenis kelamin antara 55

dan 65 tahun, pada wanita usia puncak terjadi juga pada usia 15 sampai 25 tahun. Dermatitis numularis tidak biasa ditemukan pada anak, jarang pada usia sebelum satu tahun, kejadian meningkat seiring dengan meningkatnya usia.¹

Penyebabnya tidak diketahui. *Staphylococcus* dan *micrococcus* diduga ikut berperan, mengingat jumlah koloninya meningkat walaupun tanda klinis infeksi tidak tampak. Mungkin juga terjadi melalui mekanisme hipersensitivitas. Eksaserbasi terjadi bila koloni bakteri meningkat di atas 10 juta kuman/cm.^{2,3} Dermatitis kontak mungkin ikut memegang peranan pada berbagai kasus dermatitis numularis, misalnya alergi terhadap nikel, krom, kobal, juga iritasi dengan wol dan sabun.^{4,7,8} Trauma fisik dan kimiawi mungkin juga berperan, terutama jika terjadi di tangan, dapat pula pada bekas cedera lama atau jaringan parut. Pada sejumlah kasus, stres emosional dan minuman mengandung alkohol dapat menyebabkan eksaserbasi. Lingkungan dengan kelembapan rendah dapat pula memicu kekambuhan.^{1,3}

KASUS

Pasien perempuan berusia 8 tahun, datang bersama orang tuanya ke klinik dengan keluhan gatal di pergelangan tangan kanan setelah bermain dengan temannya di lapangan kira-kira 3 minggu yang lalu. Gatal dirasakan terus-menerus, sehingga digaruk. Rasa gatal tidak dipengaruhi oleh keringat, dan setelah diamati oleh orang tuanya, tampak satu benjolan kecil berukuran $\pm 0,3$ mm di pergelangan tangan kanan.

Dua minggu sebelum ke rumah sakit, gatal makin hebat namun hilang timbul. Meskipun sudah diberi salep (namanya lupa) namun tidak ada perbaikan. Benjolan membesar menjadi 2 kali lipat. Timbul luka yang menjadi basah karena sering digaruk. Satu minggu sebelum ke rumah sakit, benjolan baru muncul di bagian yang berdekatan dengan benjolan awal, makin membesar, melebar, dan mulai bernanah. Tiga hari sebelum ke rumah sakit, benjolan makin melebar dan sangat gatal dan selalu digaruk, sehingga ditutupi kasa. Selain gatal, juga terasa perih, anak menjadi rewel dan menangis terus. Orang tua pasien

LAPORAN KASUS

mengaku teman anaknya juga mengalami hal yang sama.

Pasien tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya. Riwayat tekanan darah tinggi disangkal, riwayat penyakit gula disangkal, dan riwayat alergi disangkal. Pasien sehari-hari pelajar dan di lingkungan sekolah juga ada anak yang mengalami hal sama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan berat badan 28 kg, tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan dalam batas normal, dan adanya rasa nyeri daerah luka (VAS 8/10). Kepala dalam batas normal, sklera mata tidak ikterik, konjungtiva mata tidak anemis, tidak ada lidah geografik. Hepar dan lien tidak teraba membesar. Pada kuku tidak terdapat *pitting nail*, tidak ada hiperkeratosis subungual, tidak ada onikolisis, sendi-sendi tidak edema ataupun nyeri. Kelenjar getah bening leher, aksila, inguinal tidak teraba membesar.

Pada pemeriksaan status dermatikus didapatkan lesi eritema dan edema, juga terdapat vesikel dan papulovesikel dengan likenifikasi berbatas tegas dengan tepi meninggi pada regio *ante brachii anterior dextra* dengan distribusi konfluens dan sirkumskrip (**Gambar 1**).



Gambar 1. Lesi kulit di *antebrachii anterior dextra*: vesikel, papulovesikel, likenifikasi disertai edema dan eritema berbatas bulat tegas dengan tepi meninggi (4 cm x 2 cm x 0,5 cm).

Tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan terapi farmakologi. Edukasi untuk menggunakan sarung tangan pada malam hari saat tidur untuk mencegah garukan. Terapi medikamentosa adalah kompres larutan permanganas kalikus 1 : 10.000, antibiotik spektrum luas (*cefadroxil* sirup 250 mL diberikan 2 x 2,5 mg) dan antihistamin (*loratadine* sirup 250 mL diberikan 2 x 2,5 mg).

DISKUSI

Dermatitis adalah peradangan kulit yang merupakan respons terhadap pengaruh

faktor eksogen dan/atau faktor endogen, menimbulkan kelainan klinis berupa efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi) dan keluhan gatal. Tanda polimorfik tidak selalu timbul bersamaan, mungkin hanya oligomorfik. Dermatitis cenderung residif dan menjadi kronis.^{1,3,4}

Dermatitis numularis merupakan suatu peradangan dengan lesi menetap dengan keluhan gatal, ditandai dengan lesi berbentuk uang logam, sirkular atau lesi oval berbatas tegas, umumnya di daerah tangan dan kaki. Lesi awal berupa papul disertai vesikel yang biasanya mudah pecah. Nama lainnya adalah eksim diskoid, eksim numular, *nummular eczematous dermatitis*.^{2,6,8}

Penyebabnya tidak diketahui, lebih banyak multifaktorial. Kemungkinan suatu varian dermatitis atopik dibantah karena kadar IgE masih dalam batas normal.² Infeksi diduga ikut berperan pada dermatitis numularis, dengan ditemukannya peningkatan koloni *Staphylococcus epidermidis* dan *micrococcus* di tempat lesi, walaupun secara klinis tidak ditemukan infeksi. Pada sejumlah kasus, stres emosional juga dapat menyebabkan kambuh, walaupun bukan penyebab utama. Biasanya penyakit ini menyerang orang dewasa dan orang tua, jarang pada anak-anak, lebih banyak terjadi pada laki-laki, lebih sering pada iklim dingin, orang yang mengonsumsi alkohol lebih rentan terkena dermatitis numularis.^{6,7}

Patofisiologi dermatitis numularis belum diketahui pasti, tetapi kulit penderita dermatitis numularis cenderung kering, hidrasi stratum korneum rendah.⁵ Peneliti mengemukakan hipotesis bahwa pelepasan histamin dan mediator inflamasi lainnya dari sel *mast* yang kemudian berinteraksi dengan serat-saraf-C dapat menimbulkan gatal.³

Pada penderita dermatitis numularis, substansi P dan substansi yang bernama kalsitonin peptida meningkat di daerah lesi. Neuropeptida ini dapat menstimulasi pelepasan sitokin lain sehingga memicu inflamasi; neuropeptida berperan pada mekanisme proses degranulasi sel *mast*.⁶ Peneliti lain² berpendapat bahwa adanya sel *mast* di dermis pasien dermatitis numularis menunjukkan aktivitas enzim *chymase*, menurunkan kemampuan menguraikan

neuropeptida dan protein. Disregulasi ini dapat menurunkan kemampuan enzim untuk menekan proses inflamasi.^{1,6}

Dermatitis pada dewasa tidak berhubungan dengan gangguan atopi. Pada anak, lesi numularis terjadi pada dermatitis atopik.^{1,2}

Keluhan dapat berupa gatal yang kadang sangat hebat, sehingga mengganggu. Lesi akut berupa vesikel dan papulovesikel (0,3-1,0 cm), kemudian membesar dengan cara berkonfluensi atau meluas ke samping, membentuk satu lesi karakteristik seperti uang logam (koin), eritematosa, sedikit edematosa, dan berbatas tegas.^{1,3,4} Lambat laun vesikel pecah, terjadi eksudasi, kemudian mengering menjadi krusta kekuningan. Ukuran lesi bisa mencapai diameter 5 cm atau lebih, jumlah lesi dapat hanya satu, dapat pula banyak dan tersebar, bilateral, atau simetris dengan ukuran bervariasi dari miliar sampai numular, bahkan plak.^{5,7,8} Tempat predileksi biasanya terdapat di tungkai bawah, badan, lengan termasuk punggung tangan.⁷ (**Gambar 2 dan 3**)

Dermatitis numularis cenderung hilang timbul, ada pula yang terus-menerus, kecuali dalam periode pengobatan. Bila kambuh umumnya timbul pada tempat semula. Lesi dapat pula terjadi pada tempat yang mengalami trauma (fenomena Kobner).¹



Gambar 2. Dermatitis numularis pada kaki⁸



Gambar 3. Dermatitis numularis pada lengan atas⁸

Gambaran histopatologi pada lesi akut ditemukan spongiosis, vesikel intraepidermal,



serbukan sel radang limfosit dan makrofag di sekitar pembuluh darah. Pada lesi kronis ditemukan akantosis teratur, hipergranulosis dan hiperkeratosis, mungkin juga spongiosis ringan. Dermis bagian atas fibrosis, serbukan limfosit dan makrofag di sekitar pembuluh darah.^{1,7}

Diagnosis dermatitis numularis didasarkan atas gambaran klinis lesi papulovesikel yang bergabung membentuk satu bulatan seperti mata uang (koin), terasa gatal di daerah predileksi. Gambaran histopatologi juga bisa membantu dalam menegakkan diagnosis.^{1,3,7}

Diagnosis banding.^{1,6,7}

1. Dermatitis Kontak

Adalah dermatitis yang disebabkan oleh kontak dengan zat/bahan tertentu, menyebabkan alergi atau reaksi iritasi. Ruamnya terbatas pada daerah tertentu dan sering berbatas tegas.

2. Dermatitis Atopik

Merupakan peradangan kulit kronis dan residif, disertai gatal, umumnya terjadi pada masa bayi dan anak-anak, sering berhubungan dengan peningkatan kadar IgE serum dan riwayat atopi pada keluarga atau penderita. Umumnya berupa lesi di tangan. *Patch test* dan *prick test* merupakan pemeriksaan yang dapat membantu untuk menegakkan diagnosis.

3. Neurodermatitis Sirkumskripta

Neurodermatitis (liken simpleks

kronis) adalah suatu peradangan menahun lapisan kulit paling atas yang menimbulkan rasa gatal. Penyakit ini menyebabkan bercak-bercak penebalan kulit yang kering, bersisik dan berwarna lebih gelap, dengan bentuk lonjong atau tidak beraturan.

4. Dermatomikosis

Merupakan penyakit jamur yang menyerang kulit pada jaringan mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum epidermis, rambut, dan kuku; disebabkan oleh dermatofita. Dapat terlihat sebagai tinea dengan pinggir aktif, bagian tengah agak menyembuh. Pada dermatitis numularis bagian tepi lebih vesikuler dengan batas relatif kurang tegas dibandingkan tinea. Pada tinea, dapat dicari hifa dari sediaan langsung untuk menegakkan diagnosis.

Terapi sedapat mungkin sesuai penyebab atau faktor yang memprovokasi. Bila kulit kering, diberi pelembap atau emolien. Lesi dapat diobati dengan antiinflamasi topikal, misalnya preparat ter, glukokortikoid, takrolimus, atau pimekrolimus. Bila lesi masih eksudatif, sebaiknya dikompres dahulu misalnya dengan larutan permanganas kalikus 1:10.000. Jika ditemukan infeksi bakterial, diberi antibiotik sistemik. Kortikosteroid sistemik hanya diberikan jangka pendek pada kasus berat dan refrakter. Pruritus dapat diobati dengan antihistamin golongan H1, misalnya loratadin.^{1,2,6,7}

Pada sejumlah penderita yang diikuti sampai dua tahun, 22% sembuh, 25% pernah sembuh untuk beberapa minggu sampai tahun, 53% tidak pernah bebas lesi kecuali dalam pengobatan.^{1,7}

SIMPULAN

Dermatitis numularis adalah suatu peradangan dan ruam menetap yang gatal, ditandai dengan bintik berbentuk uang logam disertai lepuhan-lepuhan kecil, keropeng, dan sisik-sisik. Penyakit ini biasanya pada orang dewasa dan lebih banyak pada wanita.

Penyebab penyakit ini belum jelas, namun infeksi mikroorganisme sepertinya turut berperan. Sensitivitas alergi terhadap mikroorganisme (stafilokokus dan mikrokokus) dapat memperburuk kondisi penyakit. Penyakit ini biasanya terjadi di daerah panas. Kebiasaan minum alkohol dan ketegangan jiwa dapat mempermudah timbulnya penyakit ini. Dermatitis kontak juga salah satu faktor pencetus, begitu juga trauma fisik dan kimiawi.

Lesi awal kecil berupa vesikel atau papulovesikel kemudian bergabung membentuk satu bulatan seperti mata uang (koin), berbatas tegas, sedikit edema dan eritematoso. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala. Makin cepat penanganannya, prognosisnya makin baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djuanda A. Dermatitis numularis. In: Ilmu penyakit kulit dan kelamin. 6th Ed. Jakarta : FKUI. 2011 . p. 148-50
2. Holden AC, Berth-Jones J. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology; Eczema, prurigo, lichenification, and erythroderma. 7th ed. Italy: Blackwell Sci; 2004 .p. 1741-3
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. USA: The McGraw-Hill Medical Co.; 2008 .p. 169-93.
4. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' diseases of the skin clinical dermatology. 10th ed. Canada: Elsevier Inc.; 2006 .p. 93-201.
5. Eczema and dermatitis [Internet]. 2014 [cited 2014 December 27]. Available from: <http://dermnetnz.org/dermatitis/dermatitis/html>
6. Odom RB, James WD, Berger TG. Numularis. In: James WD, Berger TG, Elston DM, editors. Andrews' diseases of the skin clinical dermatology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Inc; 2006.
7. Fitzpatrick's dermatology in general medicine Vol I & II , 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008 .p. 158-60.
8. Holden CA, Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo, and erythroderma. In: Rook's textbook of dermatology, 7th ed. London: Blackwell Publishing, 2004 .p. 17.18-17.20.



Manfaat DAPT Aspirin dan *Clopidogrel* sebagai Pengganti Aspirin dan *Ticagrelor/Prasugrel* pada Pasien Sindrom Koroner Akut

Pasien-pasien sindrom koroner akut (SKA) dianjurkan untuk mengonsumsi 2 macam obat *antiplatelet* (dikenal dengan istilah *dual antiplatelet therapy*/DAPT) selama 1 tahun, berdasarkan rekomendasi berbagai *guidelines* untuk penanganan penyakit jantung koroner. Rekomendasi ini dibuat berdasarkan data yang menunjukkan penurunan angka kejadian iskemik di masa mendatang pada penggunaan DAPT. DAPT yang diberikan berupa aspirin dan penghambat reseptor P2Y12. Obat penghambat reseptor P2Y12 yang telah beredar di pasaran yaitu *clopidogrel*, *ticagrelor*, dan *prasugrel* (*prasugrel* belum tersedia di Indonesia). Pada beberapa studi disebutkan bahwa *ticagrelor* dan *prasugrel* bermanfaat menurunkan kejadian iskemik berulang lebih banyak dibandingkan *clopidogrel*, meskipun disertai peningkatan risiko perdarahan.

Cuisset T, *et al*, melakukan sebuah studi acak terkontrol untuk mengetahui apakah pada pasien sindrom koroner akut yang diterapi dengan intervensi koroner perkutan dan tidak mengalami efek samping DAPT aspirin dan golongan penghambat P2Y12 yang lebih baru (*ticagrelor/prasugrel*) selama sebulan, jika diubah ke rejimen DAPT baru (aspirin + *clopidogrel*) *fixed dose combination* (FDC) akan menurunkan risiko perdarahan dan kejadian iskemik. Pada studi di Prancis ini diikuti sertakan 646 pasien dewasa berusia lebih dari 18 tahun (usia rerata 60 tahun, 82% laki-laki) yang dirawat di RS karena sindrom koroner akut dan memerlukan intervensi koroner

Tabel. Luaran utama DAPT dengan *clopidogrel* (*switched*) dibandingkan *ticagrelor/prasugrel* (*continued*)

Outcomes	Event rates		At 1 y after ACS	
	Switched	Continued	RRR (95% CI)	NNT (CI)
Ischemic and bleeding events [‡]	13%	26%	48% (29 to 63)	8 (7 to 14)
Cardiovascular death	0.3%	1.2%	70% (-72 to 95)	Not significant
Unplanned revascularization	8.7%	9.3%	7% (-51 to 43)	Not significant
Stroke	0.3%	0.9%	63% (-158 to 95)	Not significant
Bleeding (BARC \geq 2)	4.0%	14.9%	68% (48 to 81)	10 (9 to 14)
Any ischemic event	9.3%	11.5%	19% (-27 to 48)	Not significant
Any bleeding	9.3%	23.5%	58% (40 to 70)	8 (7 to 11)

[†]BARC - Bleeding Academic Research Consortium classification; other abbreviations defined in Glossary. RRR, NNT, and CI calculated from "continued" event rates and hazard ratios in article.

[‡]Cardiovascular death, unplanned hospitalization leading to urgent coronary revascularization, stroke, or bleeding (BARC \geq 2).

perkutan dalam 72 jam, diterapi dengan aspirin ditambah penghambat P2Y12 yang lebih baru (*prasugrel* 10 mg/hari atau *ticagrelor* 90 mg dua-kali-sehari) saat dipulangkan dari RS, dan tidak mengalami efek samping mayor (kejadian iskemik atau perdarahan) dalam 1 bulan sejak terjadi sindrom koroner akut. Kriteria eksklusi yaitu trombositopenia, riwayat perdarahan intrakranial, perdarahan mayor dalam 12 bulan terakhir, penggunaan antikoagulan jangka-panjang, atau memiliki kontraindikasi terhadap aspirin, *clopidogrel*, *prasugrel*, atau *ticagrelor*.

Secara acak pasien diganti rejimen DAPT-nya menjadi tablet tunggal FDC aspirin 75 mg ditambah *clopidogrel* 75 mg (n = 323) atau melanjutkan DAPT dengan aspirin ditambah *prasugrel/ticagrelor* (n = 323). Hasil gabungan yaitu kejadian iskemik dan perdarahan (kematian kardiovaskular, kejadian rawat

inap yang tidak direncanakan dan berujung revaskularisasi koroner mendesak, *stroke*, atau perdarahan (klasifikasi *Bleeding Academic Research Consortium* \geq 2). Luaran sekunder meliputi komponen gabungan primer, kejadian iskemik apapun, dan perdarahan apapun (Tabel).

Studi ini menyimpulkan bahwa pada pasien sindrom koroner akut yang diterapi dengan intervensi koroner perkutan dan tidak mengalami efek samping setelah terapi selama 1 bulan dengan DAPT (aspirin ditambah *ticagrelor/prasugrel*), penggantian rejimen obat ke DAPT aspirin dengan *clopidogrel* FDC menurunkan kejadian gabungan iskemik dan perdarahan. Temuan ini perlu dikonfirmasi dengan studi acak terkontrol dalam skala lebih besar sebelum diaplikasikan dalam latar klinis. (JCH)

REFERENSI:

- Cuisset T, Deharo P, Quilici J, Johnson TW, Deffarges S, Bassez C *et al*. Benefit of switching dual antiplatelet therapy after acute coronary syndrome: the TOPIC (timing of platelet inhibition after acute coronary syndrome) randomized study. *Eur Heart J*. 2017;38(41):3070-78.
- Levine GN, Bates ER, Bittl JA, *et al*. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:1082-115.
- Wallentin L, Becker RC, Budaj A, *et al*; PLATO Investigators. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2009;361:1045-57.
- Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, *et al*; TRITON-TIMI 38 Investigators. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2007;357:2001-15.