



POMPOLIKS IMPETIGENISATA PADA BAYI PEREMPUAN GIZI KURANG USIA 16 BULAN: SEBUAH LAPORAN KASUS

Kadek Rosa Puspita¹

¹ Dokter Umum, Kimia Farma Healthcare Unit Bisnis Badung Bali

Corresponding Author: Kadek Rosa Puspita, Dokter Umum, Kimia Farma Healthcare Unit Bisnis Badung Bali

E-Mail: rosatemaja@gmail.com

Received 18 Oktober, 2021; Accepted 23 Oktober, 2021 ; Online Published 28 Januari, 2022

Abstract

Introduction: Pompholyx is a skin disorder characterized by vesicles/bullae on the lateral sides of the fingers of palms/soles, palms, and soles. **Case:** A 16-month-old baby girl with poor nutrition was complained of having blisters on her palms and soles including fingers. Feels itchy, followed by the formation of bullae which then undergo eruption and desquamation. Oral triamcinolone acetonide and cetirizine therapy are given, as well as a topical combination of gentamicin and salicylic acid. **Discussion:** Although most cases occur at the age of 10-40 years, it does not rule out any possibility of occurring at the age of under 10 years. Endogenous and exogenous factors play roles in this disorder. Anti-inflammatory oral therapy as well as antihistamine can help reduce symptoms and severity. Similarly, the topical administration of antibiotics. **Conclusion:** Pompholyx can occur at the age of under 10 years. The goal of therapy is to overcome the formation of blisters and inflammation, relieve itching complaints, and prevent/treat infections.

Keywords: *Pompholyx impetiginized; Baby; Malnutrition*

PENDAHULUAN

Eksema dishidrotik (awalnya diduga akibat gangguan kelenjar keringat) yang lebih dikenal dengan istilah pompoliks atau eksema vesikular telapak tangan/kaki, adalah kelainan kulit dicirikan dengan vesikel/bula pada tepi jari tangan, jari kaki, telapak tangan, dan atau telapak kaki.¹ Pompoliks lebih banyak dijumpai pada ras asia dan jenis kelamin perempuan. Lebih sering pada musim semi dan musim panas. Umumnya pada usia 10-40 tahun. Usia dibawah 10 tahun jarang dijumpai.² Kelainan ini sering bersifat akut/kronis, rekuren, dan terasa sangat gatal. Lesi vesikel kecil-kecil “tapioca-like” pompoliks umumnya

muncul secara tiba-tiba, simetris, tegas, dan dalam serta dapat meluas membentuk lesi yang lebih besar, membentuk fisura, atau terjadi likenifikasi.³ Rasa gatal dan atau panas biasanya mengawali terjadinya erupsi vesikel. Serangan ini dapat mereda secara spontan dalam hitungan minggu hingga bulan.²

Pada kasus jangka panjang, pompoliks dapat mengubah warna kuku serta memicu terjadinya penebalan kuku. Infeksi bakteri sistemik, selulitis, atau limfangitis dapat terjadi.³ Penyebab pompoliks hingga saat ini tidak dapat dipastikan, namun demikian pompoliks dikatakan sebagai sebuah reaksi lokal bentuk lain dari dermatitis, yakni dermatitis atopik serta

dermatitis kontak iritan/alergi.⁴ Faktor endogen seperti genetik, masalah imunitas, dan riwayat atopi dikatakan memiliki peranan penting, selain faktor eksogen seperti: bahan iritan/ kontak langsung dengan bahan metal atau kimia, infeksi jamur (dermatofit), infeksi bakteri, stress emosional, serta kelembaban lingkungan dapat memodulasi gejala.⁵ Peranan genetik dalam patofisiologi pompoliks dimainkan oleh lokus gen pada kromosom 18q22.1-18q22.3 antara marker D18S465 dan D18S1362 yang dijumpai pada keluarga dengan pompoliks autosomal dominan.⁶ Sedangkan peranan faktor eksternal dapat berupa antigen yang berasal dari lingkungan bertindak sebagai hapten spesifik terhadap protein di stratum lusidum daerah plantar/palmar, kemudian memicu hipersensitivitas tipe 1 dan 4, serta mengaktivasi limfosit T.⁵

Diagnosis pompoliks didasarkan pada anamnesis riwayat penyakit yang rinci dan pemeriksaan klinis tangan kaki serta menyeluruh diperlukan untuk mengeksklusi diagnosis banding dan menuntun pada investigasi pemeriksaan penunjang lebih lanjut (misal: pemeriksaan KOH, patch test, dan histopatologi).⁷ Pompoliks dapat didiagnosis banding antara lain dengan tinea pedis manum, dermatitis kontak alergi, HFMD, dan skabies.⁸ Pompoliks sulit untuk diobati dan mudah relaps, sehingga sangat penting untuk merawat kondisi yang berhubungan jika muncul. Adapun tujuan terapi adalah menekan pembentukan blister dan inflamasi, meredakan keluhan gatal, serta mencegah/mengobati infeksi.⁴ Indeks DASI (*Dyshidrotic Area and Severity Index*) digunakan untuk menilai keparahan gejala dan memantau keberhasilan terapi.⁴ Modalitas pengobatan antara lain:

a. Terapi topikal: krim kortison potensi tinggi seperti mometasone furoate 0.1% atau clobetasol propionate dapat digunakan dengan menggunakan plester hidrokoloid untuk meningkatkan efektivitasnya. Krim anti inflamasi seperti inhibitor kalsineurin seperti

tacrolimus atau pimecrolimus tergolong efektif mengurangi 50% gejala setelah dua minggu pemakaian. Gel bexarotene 1% tunggal maupun kombinasi dengan hidrokortison 1% atau mometason 0.1% efektif mengurangi 50%-85% gejala dengan dosis 2 kali sehari meski menimbulkan efek samping rasa terbakar.^{4,9}

b. Manajemen bula atau vesikel: dapat dikompres dengan larutan kalium permanganat atau larutan Burroll. Vesikel yang lebih besar dapat diaspirasi dengan jarum steril.⁴

c. Anti inflamasi oral: dapat diberikan jangka pendek, seperti prednisolon pada kasus *flare up* berat. Triamcinolone Acetonide juga dinilai efektif. Secara umum dosis awal yang diberikan 40-100 mg/hari tergantung keparahan kemudian diturunkan perlahan 5-10 mg/ hari setelah 1-2 minggu atau setelah bula melepuh. Untuk kasus kambuhan dan kronis, kortikosteroid dapat dikombinasi dengan immunosupresan lainnya, seperti azathioprine, methotrexate, mycophenolate mofetil, dan siklosporin. Penggunaan retinoid seperti Alitretinoin dapat digunakan pada kasus berat resisten pengobatan.^{4,9}

d. Antihistamin oral dapat membantu meredakan gatal, meski tidak selalu efektif.^{4,9}

e. Phototherapy dan photochemotherapy: fotokemoterapi topikal dengan krim PUVA efektif untuk kasus kronis atau fototerapi narrowband UVB dapat membantu meredakan inflamasi.¹⁰

f. Toksin Botulinum: gejala pompoliks dapat diperberat oleh keringat yang berlebihan, sehingga toksin botulinum A dapat secara efektif menekan aktivitas hidrotik.¹¹

Edukasi secara umum adalah menghindari kontak dengan iritan/alergen, menggunakan pelembab murni dengan rutin, gunakan air biasa untuk membersihkan tangan, serta gunakan sarung tangan protektif dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Remisi spontan dalam 2-3 minggu, dapat berulang dengan

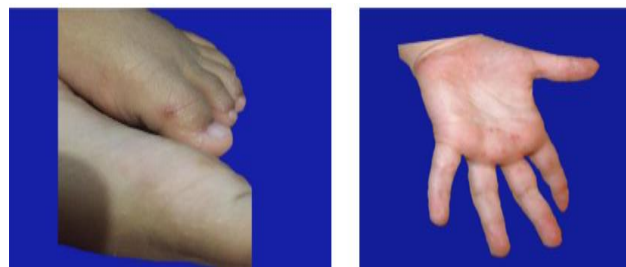
interval antar serangan dalam hitungan minggu atau bulan.⁴

ILUSTRASI KASUS

Pasien perempuan berusia 16 bulan, suku Bali, bertempat tinggal di kawasan pantai Kedonganan, datang bersama orang tuanya ke klinik dengan keluhan bintik berair di kedua jari-jari kaki dan tangannya setelah bermain air dengan kakaknya kira-kira 2 minggu yang lalu. Pasien terlihat gatal dan sering menggaruk sepanjang hari. Jika basah dan malam hari pasien terlihat lebih sering menggaruk hingga tidak bisa tidur. Jika digaruk, bintik berair tersebut menjadi luka kecil-kecil. Demam disangkal. Tidak terdapat sariawan atau luka di daerah mulut. Pasien tidak pernah memiliki keluhan yang sama seperti ini sebelumnya. Tidak ada keluarga yang memiliki keluhan yang sama saat ini. Namun, dikatakan saat ibu pasien kecil pernah mengalami hal yang serupa. Riwayat kelahiran pasien dikatakan memiliki berat badan yang kurang, dan saat ini masih dalam terapi dokter anak untuk mengejar ketertinggalan berat badan. Di lingkungan teman sepermainan pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa. Riwayat pengobatan berupa salep kombinasi miconazole dan zinc oksida, namun tidak ada perbaikan.

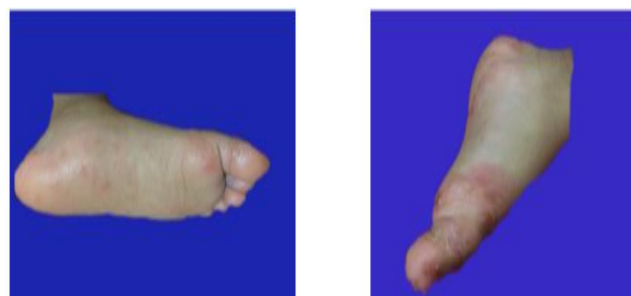
Pada pemeriksaan fisik didapatkan berat badan 7.6 kg dan panjang 73 cm. Temperatur aksila menunjukkan 37.4 derajat Celcius. Denyut nadi dan laju respirasi dalam batas normal. Kepala dalam batas normal, sklera mata tidak ikterik, konjungtiva mata tidak anemis, tidak ada lesi pada area mulut. Cor dan pulmo dalam batas normal, hepar /lien tidak teraba membesar. Kelenjar getah bening tidak terdapat pembesaran. Ekstremitas teraba hangat. Kuku tidak dijumpai kelainan. Status dermatologi pada awal minggu pertama, terlihat banyak vesikel kecil-kecil, dalam, dan simetris pada telapak

tangan bagian dalam serta bagian lateral jari-jari tangan dan kaki (Gambar 1).



Gambar 1. Vesikel kecil dan dalam pada telapak tangan bagian dalam dan bagian lateral jari kaki.

Pada awal minggu kedua, tampak bula kecil hingga ke telapak kaki seperti gelembung tapioka pada daerah yang sebelumnya timbul vesikel, dan pada beberapa tempat bula dapat bergabung menjadi satu (Gambar 2). Pada akhir minggu kedua, tampak ruptur bula dan erosi kering, dan deskuamasi di beberapa tempat pada tangan dan kaki. Pada beberapa area terdapat bula utuh dengan warna nanah kekuningan (Gambar 2).



Gambar 2. Lesi pada telapak kaki

Diagnosa kerja pada kasus ini adalah dermatitis pomfoliks impetigenisata dan gizi kurang dengan diagnosis banding yaitu dermatitis atopik, tinea manum pedis, HFMD, impetigo bulosa, skabies, dan Covid-19. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan berupa pemeriksaan rapid test dan KOH di RSUD didapatkan hasil non reaktif dan negatif. Pengobatan yang diberikan adalah terapi oral racikan triamcinolone acetone dan cetirizine 2 kali sehari, sedangkan terapi topikal kombinasi gentamisin dan asam salisilat. Terapi dari bagian pediatri berupa pemberian susu tinggi protein.

DISKUSI

Pompoliks adalah kelainan kulit dicirikan dengan vesikel/bula pada tepi jari tangan, jari kaki, telapak tangan, dan atau telapak kaki.¹ Pada kasus ini sesuai dengan teori, pompoliks lebih banyak dijumpai pada ras asia dan jenis kelamin perempuan.² Meskipun terbanyak pompoliks terjadi pada usia 10-40 tahun, namun tidak menutup kemungkinan terjadi pada usia di bawah 10 tahun meskipun jarang.² Gejala pompoliks disertai rasa gatal yang mengganggu. Dapat membentuk lepuhan yang dapat mengalami erosi dan deskuamasi atau bahkan terjadi likenifikasi.^{2,3} Riwayat atopik pada keluarga, terutama ibu terjadi pada 50% kasus. Selain faktor endogen yaitu genetik, faktor eksogen juga turut berperan dalam patofisiologi pompoliks dalam hal ini adalah daerah tempat tinggal dengan cuaca yang panas.⁵ Kondisi gizi kurang pada pasien menyebabkan kerentanan terhadap infeksi jamur/bakteri yang dapat menjadi pemicu terjadinya pompoliks, dimana antigen tersebut bertindak sebagai haptan dengan afinitas spesifik di stratum lusidum daerah palmar dan plantar kemudian menginduksi hipersensitivitas tipe 1 dan 4, serta mengaktifasi limfosit T dan pembentukan vesikel.⁵ Adapun diagnosa ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik/dermatologis, serta menyingkirkan diagnosis banding :

a. Dermatitis atopik: Pada fase bayi 0-2 tahun, bentuk lesi akut pada daerah kedua pipi, kulit kepala, dahi, telinga, dan badan. Lesi berupa eritematosa, papul, vesikel, eksudasi, dan krusta. Di atas 2 tahun, lesi dapat mengenai ekstensor ekstremitas.⁸

b. Tinea manum pedis: Gatal pada tangan dan kaki terutama sela jari, kulit bersisik, basah dan mengelupas. Bentuk tersering dari tinea pedis adalah tipe interdigitalis. Terdapat skuama, maserasi, dan

eritema pada daerah interdigital dan sub digital terutama pada tiga jari lateral. Koinfeksi bakteri dapat menyebabkan mal-odor. Tinea manum umumnya unilateral. Pada tipe hidrotik, ditemukan lesi segmental atau anular berupa vesikel dengan skuama di tepi telapak tangan dan jari tangan. Hasil kerokan kulit KOH 20% terdapat hifa panjang dan atau artrospora.⁸

c. HFMD: Sering dijumpai pada anak disebabkan oleh enterovirus non polio. Gejala yang timbul demam 39-39 derajat Celcius selama 1-2 hari disertai malaise, nyeri perut, dan gejala infeksi saluran nafas atas. Terdapat lesi oral yang kemudian disusul lesi kulit pada eksterimitas.⁸

d. Impetigo bulosa: Predileksi pada daerah intertriginosa, dada, dan punggung. Vesikel bula kendur atau hipopion, tanda nikolsky negatif. Bula pecah meninggalkan skuama anular dengan bagian tengah eritematosa dan cepat mengering. Pasien dapat menjadi demam.⁸

e. Skabies: Disebabkan oleh infestasi *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Lesi kulit ditemukan terowongan warna putih/abu dengan ujung papul atau vesikel yang bisa berkembang menjadi pustul atau nodul jika terdapat infeksi bakteri. Daerah predileksi adalah pada daerah stratum korneum tipis, yang pada bayi seperti: sela jari tangan/kaki, wajah, dan skalp. Terdapat riwayat sakit serupa pada satu rumah serta adanya pruritus nocturnal.⁸

f. Covid-19: Pada awal tahun 2020, indonesia memasuki pandemi covid-19 dan infeksiya memberikan klinis pada kulit seperti: papulovesikel kemerahan, urtikaria, dan petechiae. Rapid test imunoserologi anti SARS-Cov-2 dan swab test dapat dikerjakan untuk mengeksklusi infeksi ini.¹²

Tujuan terapi adalah menekan pembentukan blister dan inflamasi, meredakan keluhan gatal, serta

mencegah/mengobati infeksi.⁴ Terapi anti inflamasi oral triamcinolone acetonide dinilai efektif menekan derajat keparahan setelah 1-2 minggu pada kasus bula melepuh. Antihistamin oral seperti cetirizine dapat membantu meredakan gatal, meski tidak selalu efektif. Terapi topikal asam salisilat dapat diberikan untuk meningkatkan kelembapan kulit sehingga mempermudah proses pengelupasan, sedangkan antibiotik seperti gentamicin dapat diberikan utamanya pada bula yang melepuh untuk menekan infeksi bakteri.^{4,9}

SIMPULAN

Pompoliks adalah dermatitis tangan kaki yang sering dijumpai terutama pada ras asia. Meskipun kebanyakan dijumpai pada usia 10-40 tahun, namun tidak menutup kemungkinan terjadi pada usia di bawah 10 tahun. Gambaran lesi yang khas berupa vesikel *tapioca-like* dapat diikuti dengan terbentuknya bula ataupun gabungan bula yang akan mengalami erosi diikuti deskuamasi. Tujuan terapi adalah menekan pembentukan blister dan inflamasi, meredakan keluhan gatal, serta mencegah/mengobati infeksi. Edukasi penting pada pasien adalah menghindari pencetus dan penggunaan pelembab.

DAFTAR PUSTAKA

1. Weller R, Hunter J, Dahl M. Eczema and Dermatitis. Clinical dermatology. 4th Ed. USA: Blackwell Publishing; 2008.
2. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Eczema/dermatitis. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. 5th Ed. USA: The McGraw-Hill Companies; 2017.
3. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Eczema. Rook's textbook of dermatology. 8th Ed. USA: Wiley Blackwel; 2010.
4. Wollina U. Pompholyx: A Review Of Clinical Features, Differential Diagnosis, And Management. Am J Clin Dermatol. 2010;11(5):305-14.
5. Kedrowski DA, Warshaw EM. Hand Dermatitis: A Review Of Clinical Features, Diagnosis, And Management. Dermatology Nursing 2008;20:1.
6. Chen JJ, Liang YH, Zhou FS, Yang S, Wang J, Wang PG, et al. The Gene For A Rare Autosomal Dominant Form Of Pompholyx Maps To Chromosome 18q22.1–18q22.3. J Invest Dermatol. 2006;126(2):300-4.
7. Smith MC, Nedorost ST. Hand Dermatitis: Nursing Support In The Plan Of Care. Dermatology Nursing 2008;20:2.
8. Coenraads PJ. Hand Eczema. N Engl J Med. 2012;367:1829-37.
9. Adis Data Information. Pompholyx, A Common Palmoplantar Skin Disorder, Usually Requires A Combination Of Topical And Systemic Therapy. Drugs Ther Perspect. 2011;27:4.
10. Sezer E, Etikan I. Local Narrowband UVB Phototherapy Vs. Local PUVA In The Treatment Of Chronic Hand Eczema. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2007;23(1):10-4.
11. Kontochritopoulos G, Gregoriou S, Agiasofitou G, Nikolakis G, Rigopoulos D, Katsambas A. Regression Of Relapsing Dyshidrotic Eczema After Treatment Concomitant Hyperhidrosis With Botulinum Toxin-a. Dermatol Surg. 2007;33(10):1289-90.

12. Muskaan S, Raffaele G, Monica S, Lucia B, Diego T, Stevano V, Michael Z, Eyal L, Roni P. Cutaneous Manifestation of Covid-19: Report of Three Cases and a Review

Literature. J Dermatol Sci. 2020 May; 98 (2): 75-81.

