

PAPER NAME

**Diagnosis dan Tatalaksana Skrofuloderm
a pada Anak dengan Infeksi Human Imm
unodeficiency Virus dan Gi**

AUTHOR

Dwi Indria Anggraini

WORD COUNT

2452 Words

CHARACTER COUNT

14666 Characters

PAGE COUNT

5 Pages

FILE SIZE

760.3KB

SUBMISSION DATE

Oct 28, 2022 1:13 PM GMT+7

REPORT DATE

Oct 28, 2022 1:14 PM GMT+7

● **10% Overall Similarity**

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 8% Internet database
- 2% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 4% Submitted Works database

● **Excluded from Similarity Report**

- Bibliographic material
- Quoted material
- Cited material
- Small Matches (Less than 10 words)
- Manually excluded sources

Diagnosis dan Tatalaksana Skrofuloderma pada Anak dengan Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* dan Gizi Buruk

Dwi Indria Anggraini¹, Roro Rukmi Windi Perdani², Piesta Prima Beta Pairul³

¹Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;

²Bagian Ilmu Kesehatan Anak, Universitas Lampung;

³Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Latar belakang: Skrofuloderma merupakan tuberkulosis (TB) kulit sekunder yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* dan terjadi perkontinuitatum. Skrofuloderma merupakan kasus yang jarang dan sering mengalami keterlambatan dalam diagnosis. Gambaran klinis skrofuloderma dapat menyerupai penyakit infeksi kulit lainnya. Skrofuloderma diawali dengan timbul benjolan di area kelenjar limfe yang makin membesar dan pecah membentuk ulkus dengan pinggir merah kebiru-biruan dan dinding bergaung. Pengobatan yang tidak tepat dan ketidakpatuhan dapat menyebabkan resistensi kuman tuberkulosis sehingga tidak memberikan respon terapi yang baik.

Tujuan: melaporkan satu kasus pada seorang pasien anak dengan skrofuloderma dan Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) serta gizi buruk. **Kasus:** seorang anak perempuan berusia 6 tahun dengan keluhan timbul benjolan-benjolan dan menjadi luka pada area pinggang, perut bawah, dan lipat paha sejak 4 bulan yang lalu. Keluhan tidak nyeri atau gatal. Pada regio flank, suprapubik dan inguinal sinistra tampak ulkus multipel, dangkal, bentuk iregular, tepi livide, dinding bergaung dan dasar bersih. Pada inguinal dextra tampak nodul soliter, ukuran 3x4 cm, bewarna livide. Pada pemeriksaan rontgen thoraks terdapat gambaran TB paru dengan skoring TB diperoleh skor 7. Pemeriksaan HIV diperoleh hasil reaktif. pasien menderita gizi buruk dengan berat badan/umur pasien kurang dari 80%. Pasien didiagnosis dengan skrofuloderma, TB paru, HIV, dan gizi buruk. **Penatalaksanaan:** pemberian obat oral antituberkulosis (OAT) pada anak berupa rifampisin, isoniazid, pirazinamid, etambutol selama 2 bulan dan dilanjutkan dengan rifampisin dan Isoniazid selama 4 bulan. Hasil terapi memberikan hasil baik. **Kesimpulan:** Skrofuloderma terjadi secara perkontinuitatum pada pasien anak dengan TB paru dan dapat sembuh dengan pengobatan oral OAT.

Kata kunci: gizi buruk, HIV, skrofuloderma, tuberkulosis, obat antituberkulosis

Diagnose of Scrofuloderma in Children with *Human Immunodeficiency Virus* Infection and Malnutrition

Abstract

Background: Scrofuloderma is a secondary cutaneous tuberculosis (TB) caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Scrofuloderma is a rare disease and often delayed in diagnosis. Clinical manifestations of scrofuloderma can resemble other skin infections. Scrofuloderma begins with a lump in the lymphnodes area and becomes bigger and forms an ulcer with a bluish-red edge and a reverberating wall. Inappropriate treatment can cause resistance so it does not respond well to the therapy. **Objective:** to report a pediatric patients with scrofuloderma and Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and malnutrition. **Case:** a 6-year-old girl with chief complaints of bumps and ulcers on the waist, lower abdomen, and groin since 4 months ago. Complaints were not painful or itchy. In the flank, suprapubic and inguinal region were multiple superficial ulcers with irregular shaped and livide edges, reverberated walls and a clean bottom. In the inguinal dextra were appeared a solitary nodule in measuring 3x4 cm with livide color. On chest X-ray examination there were a pulmonary TB features. the TB score obtained score 7. HIV examination obtained reactive results. Patients suffering from malnutrition with the patient's body weight / age less than 80%. Patients were diagnosed with scrofuloderma, pulmonary TB, HIV and malnutrition. **Management:** oral administration of anti-tuberculosis drugs (OAT) in children dose which contained rifampicin, isoniazid, pyrazinamide, ethambutol for 2 months and continued with rifampicin and Isoniazid for 4 months. The results of the therapy gave good results. **Conclusion:** scrofuloderma occurred in pediatric patients with pulmonary TB and could give good result with oral OAT treatment.

Keywords: malnutrition, HIV, scrofuloderma, tuberculosis, antituberculosis drugs

Korespondensi: dr. Dwi Indria Anggraini, M.Sc., Sp.KK alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro No. 1, HP e-mail

Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang sering terjadi di negara berkembang seperti

Indonesia. TB disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosa*. TB tidak hanya dapat mengenai paru namun dapat mengenai organ

lainnya seperti kulit. Tuberkulosis yang mengenai kulit dinamakan skrofuloderma.¹

Skrofuloderma merupakan TB kulit yang terjadi secara perkontinuitatum dari jaringan dibawahnya seperti kelenjar getah bening, otot dan tulang dan sering menyerang anak-anak dan dewasa muda.^{1,10} Skrofuloderma biasanya mengenai daerah-daerah yang mempunyai banyak kelenjar getah bening yaitu pada leher, ketiak dan lipat paha.^{2,10}

Skrofuloderma biasanya diawali dengan pembesaran kelenjar getah bening (limfadenitis TB) tanpa disertai tanda-tanda peradangan yang awalnya hanya menyerang sebuah kelenjar yang selanjutnya menyerang beberapa kelenjar dan terjadi perlekatan antara kelenjar getah bening tersebut. Selanjutnya akan terjadi perlunakan (abses dingin) yang kemudian akan pecah dan membentuk fistel yang lama kelamaan meluas dan membentuk ulkus berwarna merah kebiruan yang memanjang dan tidak teratur serta memiliki dinding bergaung yang bila ulkus mengering akan membentuk krusta kekuningan.¹¹

Diagnosis skrofuloderma dapat ditegakkan berdasarkan keluhan, pemeriksaan fisik dan juga pemeriksaan penunjang. Skrofuloderma bila terjadi di leher dapat di diagnosis banding dengan aktinomikosis, bila terjadi pada ketiak dapat didiagnosis banding dengan Hidradenitis suppurativa dan bila terjadi pada lipat paha dapat didiagnosis banding dengan limfopatia venerum.^{3,6}

Pengobatan pada skrofuloderma sama dengan pengobatan TB paru yaitu dapat diberikan isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol.^{1,2} Prognosis penyakit ini umumnya baik bila obat diminum teratur.²

Kasus

Seorang anak perempuan usia 6 tahun dengan keluhan benjolan pada lipat paha kanan dan luka pada punggung bawah, bawah perut dan lipat paha kiri sejak sekitar 4 bulan yang lalu. Awalnya 4 bulan yang lalu muncul benjolan sebesar biji jagung pada pinggang yang sewarna dengan kulit dan teraba kenyal yang semakin lama semakin besar hingga sebesar telur puyuh lalu pecah mengeluarkan cairan berwarna putih diikuti cairan bening. Lalu benjolan tersebut berubah menjadi

luka basah yang sekitarnya berwarna merah kebiru-biruan. Luka tersebut tidak nyeri namun terasa gatal pada pinggir luka yang hilang timbul. Setelah benjolan pertama tersebut pecah sekitar 4 minggu kemudian muncul benjolan baru di lipat paha kiri lalu seminggu kemudian muncul 1 benjolan lagi didekat benjolan sebelumnya. Benjolan makin membesar dan akhirnya pecah seperti sebelumnya. Sebulan kemudian muncul kembali benjolan pada bawah perut yang makin lama makin membesar, melunak dan akhirnya pecah seperti benjolan sebelumnya. Dua minggu sebelum masuk rumah sakit muncul benjolan pada lipat paha kanan sewarna dengan kulit yang makin lama makin membesar dan tidak terasa nyeri.

Pasien juga mengeluhkan demam tetapi tidak terlalu tinggi sejak sekitar 4 bulan yang lalu. Demam disertai dengan batuk tetapi sulit dikeluarkan. Keluhan sesak disangkal. Pasien juga mengeluhkan penurunan berat badan dan nafsu makan sekitar 1 tahun ini dan makin memberat dalam 4 bulan terakhir yaitu pasien hanya mau makan 1-2 sendok sehari dan tidak mau minum susu dan makan biscuit, wafer ataupun roti. Pasien juga mengeluhkan mencret 1-3 kali sehari, berwarna kuning dan tidak berdarah. Sebelum dibawa ke rumah sakit pasien sempat berobat ke dokter umum dan mantri setempat. Pasien diberikan salep dan obat minum. Untuk salep nenek pasien mengaku tidak tahu pasti dan untuk obat minum diberikan sirup penurun panas dan obat batuk. Pasien tidak ada perbaikan.

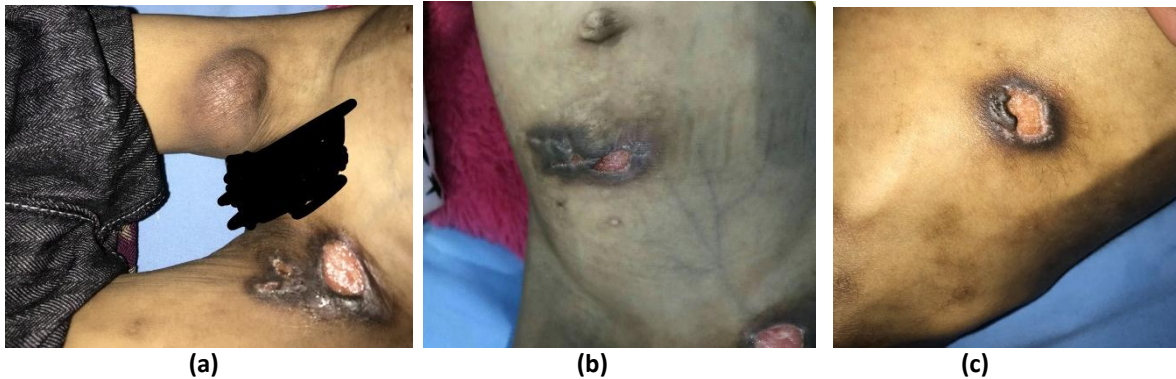
Ayah pasien meninggal karena mengidap HIV sekitar 3 tahun yang lalu. Pasien sempat mengkonsumsi obat anti HIV selama sekitar 1 bulan namun berhenti karena pasien muntah setiap kali diminumkan obat anti HIV sehingga dihentikan oleh nenek pasien.

Pemeriksaan fisik menunjukkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu badan 37,6°C. Berat badan pasien 8 kg dan tinggi badan pasien 90 cm. Pada pasien didapatkan pembesaran kelenjar getah bening inguinal lateral dan didapatkan ronki pada paru pasien.

Status dermatologis, pada regio flank, suprapubic dan inguinal sinistra tampak ulkus

multiple, dangkal, bentuk tidak teratur, tepi livide, dinding bergaung dan dasar bersih serta pada region ingunal dextra tampak nodul soliter,

berdiameter 5cm, berbatas tegas dan sewarna dengan kulit.



Gambar 1. a . tampak luka pada liput paha kiri dan benjolan pada liput paha kanan. b. tampak luka pada perut bawah. c. tampak luka terbuka pada pinggang

Pada pasien ini dapat didiagnosis banding dengan limfadenitis TB dan limfograduloma venerum dan rencana diagnosis nya adalah pemeriksaan darah lengkap dan Tes Tuberkulin. Serta menjelaskan kepada nenek pasien tentang penyakit dan pengobatannya.

3 Hasil pemeriksaan Laboratorium menunjukkan Hb: 12,2 g/dl , leukosit 5400/ μ l, eritrosit 3,8 juta/ μ l, Ht 31%, trombosit 291.000/ μ l, MCV 82fl, MCV 27pg, MCHC 33 g/dl, SGOT 180 μ /l, SGPT 80 μ /l, GDS 91mg/dl, ureum 9 mg/dl, kreatinin 0,29mg/dl, Na 130mmol/l, K 2,3 mmol/l, Ca 7,4mg/dl dan cl 99 mmol/L.

Pada pemeriksaan rontgen thorax didapatkan kesan gambaran TB dan pada skoring TB didapatkan skor 7.



Gambar 2. Gambaran Rontgen Thorax Pasien

Tabel 1. Skoring TB pada pasien

Parameter	Penemuan pada pasien	Skoring
Kontak TB	Laporan keluarga, BTA (-)/BTA tidak jelas/ tidak tahu	2
Uji Tuberkulin BB/Gizi	Tidak dilakukan	-
Demam tanpa sebab yang jelas	5 B/TB <90% atau BB/U <80% ≥ 2 minggu	1
4 atuk kronik	≥ 3 minggu	1
Pembesaran kelenjar limfe colli, aksila, inguinal	≥ 1 cm, >1 tidak nyeri	1
Pembengkakan tulang/sendi panggul, lutut	Tidak ada pembengkakan	-
Foto toraks	Gambaran sugestif TB	1
Total skor		7

Berdasarkan keluhan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dapat disimpulkan pasien terdiagnosis dengan skrofuloderma.

Pasien ditatalaksana dengan obat anti TB yaitu Rifampisin 150mg/hari, isoniazid 100mg/hari dan Pirazinamid 300mg/hari yang diminum selama 2 bulan dan dilanjutkan dengan Rifampisin 150mg/hari dan isoniazid 100mg/hari selama 4 bulan.

Pembahasan

Prevalensi TB diperkirakan berjumlah 9,6 juta kasus dan 1 juta kasus diantara terjadi pada anak-anak. Penegakkan diagnosis TB kulit cukup sulit dikarenakan gejalanya yang mirip dengan penyakit kulit lainnya. TB kutis atau Skrofuloderma ini adalah hasil dari infeksi TB primer pada kelenjar getah bening.⁹

Diagnosis TB kutis (Skrofuloderma) ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis didapatkan bahwa pasien memiliki keluhan benjolan pada pinggang sejak kurang lebih 4 bulan yang lalu. Awalnya benjolan sebesar biji jagung yang semakin lama semakin membesar lalu pecah menjadi luka dengan pinggir merah, kebiru-biruan dengan dinding bergaung. Empat minggu setelahnya muncul benjolan serupa pada lipat paha kiri lalu ke perut bagian bawah yang makin lama makin membesar lalu pecah dan menjadi luka dengan pinggir merah kebiru-biruan dengan dinding bergaung. Keluhan-keluhan tersebut sesuai dengan gambaran klinis pada kepustakaan dimana skrofuloderma dimulai dengan benjolan (pembesaran kelenjar getah bening) yang makin lama makin membesar lalu pecah menjadi luka (ulkus) dengan pinggir merah kebiru-biruan dan dinding bergaung.^{1,2,7}

Selain itu didapatkan pula pada anamnesis sebelum pasien mengeluhkan munculnya benjolan pasien mengeluhkan adanya demam lama, batuk berdahak, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan yang terjadi ≥ 2 minggu. Keluhan-keluhan tersebut mengarahkan gejala klinis dari TB.^{4,8}

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis Skrofuloderma berupa Foto polos thorax, pemeriksaan BTA, tes

tuberculin dan biakan. Pada pasien ini hanya dilakukan foto polos saja dan skoring TB saja. Pada polos didapatkan gambaran TB dan skor 7 pada sistem skoringnya serta adanya lesi yang khas maka diagnosis skrofuloderma dapat ditegakkan. Pada pasien ini tidak dilakukan tes tuberculin, pemeriksaan BTA maupun biakan dikarenakan reagen (Purified Protein Derivat) untuk pemeriksaan tuberculin yang sedang habis dan pada anak-anak tidak dapat dilakukan pemeriksaan sputum BTA karena kebanyakan anak-anak belum bisa untuk mengeluarkan dahak sehingga pemeriksaan tersebut tidak dapat dilakukan serta pemeriksaan biakan yang membutuhkan waktu yang lama sedangkan penegakkan diagnosis harus dilakukan secepat mungkin. Selain itu pemeriksaan rontgen pun terkadang sulit untuk dinilai pada anak sehingga untuk penegakkan diagnosis TB pada anak dilakukan dengan menggunakan sistem skoring TB anak.^{4,8}

Selain Skrofuloderma, pasien ini juga mengidap HIV yang didapat dari orangtuanya sejak sekitar 3 tahun yang lalu serta sudah dilakukan tes anti HIV dan hasilnya reaktif. Dikarenakan sistem imun yang lemah disebabkan HIV dan juga gizi yang buruk, pasien ini menjadi semakin mudah untuk terserang penyakit.

Tatalaksana skrofuloderma pada anak harus menyeluruh, selain dengan medikamentosa juga harus ditatalaksana gizi serta lingkungannya. Pengobatan pada penyakit ini sama dengan pengobatan pada TB paru yaitu dengan menggunakan obat anti TB yang bertujuan memberikan penyembuhan yang lebih cepat, mencegah terjadinya resistensi dan kekambuhan.

Pemberian obat anti TB diberikan secara dua tahap yaitu tahap awal (intensif) selama 2 bulan yang bertujuan untuk membunuh kuman yang sedang aktif dan tahap lanjutan selama 4 bulan berikutnya untuk membunuh kuman yang berkembangnya lambat. Obat anti TB yang diberikan berupa Rifampisin (10-20 mg/kgBB), Isoniazid (5-15 mg/kgBB), Pirazinamid (15-30 mg/kgBB) dan Etambutol (15-25 mg/kgBB) yang diberikan pada 2 bulan pertama lalu dilanjutkan dengan Rifampisin dan Isoniazid yang diberikan pada 4 bulan.^{1,4,7}

Setelah dua hari pasien mengkonsumsi obat tersebut luka pada pinggang, perut bawah dan lipat paha kiri mulai kering dan mulai mengecil serta pada hari keempat pengobatan benjolan pada lipat paha kanan mulai mengecil dan tidak jadi pecah. Hal tersebut menandakan bahwa telah terjadi perbaikan dan pengobatan pasien berhasil.

Simpulan

Skrofuloderma merupakan TB kulit yang terjadi secara perkontinuitatum dari jaringan dibawahnya dengan gambaran klinis benjolan semakin lama semakin membesar dan pecah menjadi luka (ulkus) dengan pinggir berwarna merah kebiru-biruan dengan dinding bergaung. Tatalaksana skrofuloderma pada anak sama dengan pengobatan tuberkulosis dosis anak.

Daftar Pustaka

1. Djuanda, Adhi.2015. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta:FK UI
2. Siregar,R.S, Prof.Dr.2014. Saripati Penyakit Kulit edisi 3. Jakarta:FKUI
3. Francisco GB, Eduardo G. Cutaneous Tuberculosis. Clinics in Dermatology.2007;25:173–180.
4. Kementerian Kesehatan.2016. Petunjuk Teknis Manajemen dan tatalaksana TB anak. Jakarta: Kemenkes RI
5. Gomathy S, Venkatesh R. Cutaneous Tuberculosis in Childern. Pediatric Dermatol.2013;30:7–16.
6. Meltzer MS et al. Cutaneous tuberculosis. Available from URL: <http://www.emedicine.com/derm/topic>
7. James WD, Berger TG, Elston DM. 2006. Andrew's Diseases of the Skin Clinical Dermatology. Edisi 10. Philadelphia: WB Saunders Co
8. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). 2008. Buku Ajar Respirologi Anak. Edisi pertama. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
9. M.Gönül,U.Gül,A.Kiliç, S.Soylu,M.Demiriz,A.Kubar,Coexistence oftuberculosis verrucosa cutis with

scrofuloderma-A case report, Turk. J. Med. Sci. 38 (5) (2008) 495–499.

● 10% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 8% Internet database
- Crossref database
- 4% Submitted Works database
- 2% Publications database
- Crossref Posted Content database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	scribd.com Internet	2%
2	Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan on 2022-05-25 Submitted works	1%
3	bapin-ismki.e-journal.id Internet	<1%
4	idoc.pub Internet	<1%
5	core.ac.uk Internet	<1%
6	docobook.com Internet	<1%
7	Universitas Pelita Harapan on 2020-04-22 Submitted works	<1%
8	Martin Dediccoat. "Chapter 4 Extra Pulmonary Lymph Node, Abdominal ... Crossref	<1%

9	journal.unair.ac.id	Internet	<1%
10	123dok.com	Internet	<1%
11	erepo.unud.ac.id	Internet	<1%
12	repository.ub.ac.id	Internet	<1%
13	repository.uinjkt.ac.id	Internet	<1%

● Excluded from Similarity Report

- Bibliographic material
- Cited material
- Manually excluded sources
- Quoted material
- Small Matches (Less than 10 words)

EXCLUDED SOURCES

repository.lppm.unila.ac.id

Internet

97%

juke.kedokteran.unila.ac.id

Internet

19%