

Laporan kasus: Dermatitis atopi berat dengan xeroftalmia pada anak

Sumadiono¹ dan Hartono²

¹ Bagian Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran UGM/RS. Dr. Sardjito Yogyakarta

² Bagian Ilmu Kesehatan Anak
RSUD Banyumas Jawa Tengah

ABSTRACT

Sumadiono & Hartono - *Severe atopic dermatitis with xerophthalmia in children: A case report*

The management of the atopic dermatitis is not easy and in the severe cases it is a challenge for the physician. It was reported a 6 year and 3 month old boy with severe atopic dermatitis with erythroderma, secondary infection, marasmic type of severe malnutrition with xerophthalmia, suspected iron deficiency anemia, acute gastroenteritis and miliary tuberculosis. The child had suffered from this disease since he was 3 months old, spreading and becoming worse. The clinical manifestations were redness and black appearance of the skin, excoriation and cast in the skin, some parts of the skin chaping and watery, there was a lacerated wound around his nose. There were many relatives with atopic history in his family tree. The patient had allergy to some medicines (ampicillin and sulfa), and also to many kinds of food. There was eosinophilia in the peripheral blood. The patient had been treated with topical skin medicine, systemic antihistamin/corticosteroid, anti tuberculosis, antibiotics, and local treatment for his eyes, but no improvement. According to the discussion between pediatricians and dermatologists the patient was suffered from severe atopic dermatitis, and was suspected had another disease (geno dermatitis). It is important to avoid drugs that had triggerred allergy before. The limitation of the diet had caused severe malnutrition. Vitamin A had to be given early. Second generation antihistamine was actually needed to be given early and for several months. It was necessary to do many examinations to establish more exact diagnosis, but the patient died before the examinations were done.

Key words : Atopi dermatitis in children - eosinophil - marasmus xerophthalmia - treatment

ABSTRAK

Sumadiono & Hartono - *Laporan kasus: dermatitis atopi berat dengan xeroftalmia pada anak*

Penatalaksanaan dermatitis atopik tidak mudah dan pada kasus dermatitis yang berat merupakan tantangan bagi dokter. Dilaporkan seorang anak laki-laki usia 6 tahun 3 bulan dengan dermatitis atopik berat dengan eritroderma disertai infeksi sekunder, gizi buruk tipe marasmus dengan xeroftalmia, gastroenteritis akut, anemia yang diduga defisiensi besi dan TB paru miliar. Penyakit tersebut diderita anak sejak usia 3 bulan, kemudian makin meluas dan semakin berat. Gambaran klinis berupa kemerahan pada kulit dan kehitaman, terdapat ekskoriiasi dengan pengelupasan, sebagian tampak pecah-pecah dan berair, di sekitar hidung terdapat vulnus laseratum. Terdapat riwayat atopik pada beberapa keluarga penderita. Penderita alergi terhadap ampicilin dan sulfa serta berbagai macam makanan. Pada pemeriksaan darah tepi terdapat eosinofilia. Penderita sudah mendapat pengobatan kulit lokal, antihistamin/steroid sistemik, obat anti tuberculosis, antibiotika, dan obat lokal mata tetapi belum ada perbaikan. Disimpulkan pada konsultasi dokter spesialis anak dan spesialis kulit penderita mengalami dermatitis atopik yang berat, dan diduga ada penyakit lain (geno dermatitis). Perlu diperhatikan untuk tidak memberi obat yang sebelumnya pernah membuat alergi. Pembatasan diet pada penderita dapat menyebabkan timbulnya gizi buruk. Vitamin A diberikan sejak awal. Pemberian antihistamin generasi kedua diberikan sejak awal, dalam jangka panjang. Direncanakan pemeriksaan-pemeriksaan untuk diagnosis yang lebih pasti, tetapi penderita meninggal dunia sebelum dilakukan pemeriksaan lebih jauh.

1 Sumadiono, Department of Pediatric Faculty of Medicine Gadjah Mada University/Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta, Indonesia
2 Hartono, Banyumas District Hospital, Central Java, Indonesia

PENGANTAR

Dermatitis atopik (eksema) merupakan penyakit yang terdapat luas di dunia, terutama terdapat pada anak dan 80% lebih mengenai anak di bawah usia 1 tahun. Survei prevalensi menunjukkan bahwa sekitar 10-20% anak di negara berkembang mengalami penyakit dermatitis atopik¹. Dermatitis pada anak merupakan penyakit kronik berulang yang dapat menimbulkan frustrasi baik bagi penderita, orang tua maupun dokter yang menanganinya. Permasalahan yang sering dihadapi anak yang menderita dermatitis atopik adalah rasa gatal yang mengganggu, kelainan kulit yang menimbulkan komplikasi, serta penghindaran berbagai jenis makanan alergen yang dapat menimbulkan gangguan gizi yang akhirnya secara keseluruhan menyebabkan gangguan tumbuh kembang anak.

Penatalaksanaan dermatitis atopik tidak mudah, mengingat patogenesisnya yang belum diketahui dengan pasti serta kronisitas dan rekurensi penyakit ini². Telah disepakati oleh banyak ahli bahwa dermatitis ini adalah penyakit kronik rekuren dengan gejala utama gatal dan radang. Walaupun patogenesisnya belum diketahui dengan pasti, berbagai penelitian menunjukkan bahwa penyakit ini merupakan keadaan alergi yang bermanifestasi pada kulit. Oleh sebab itu salah satu tujuan pengobatan dermatitis atopik adalah mengatasi rasa gatal yang seringkali berat, sehingga garukan yang mengakibatkan kerusakan kulit dan kemungkinan infeksi dapat dihindari³. Pengobatan kasus dermatitis yang sulit merupakan tantangan bagi dokter. Pendekatan secara dasar dari penyakit dermatitis atopik sangat penting, di samping perlu kerjasama antara pihak dokter dan kepatuhan dari orang tua atau keluarganya¹.

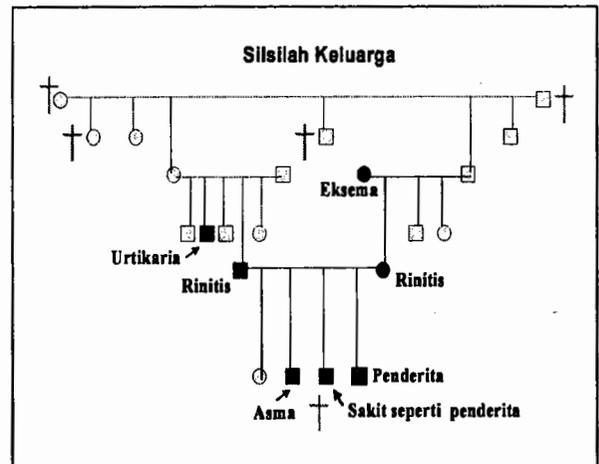
KASUS

Seorang anak laki-laki usia 6 tahun 3 bulan dari Susukan Banjarnegara pada tanggal 19 Juni 2001 dirawat di RSUD Banyumas dengan keluhan utama gatal-gatal. Anak mengalami gatal-gatal di seluruh tubuhnya disertai gerakan menggaruk terus-menerus.

Anak lahir di RS Pancaran Kasih Manado, normal. Ayah usia 46 tahun, ibu usia 38 tahun, mereka dalam keadaan sehat. Ayah dan ibu penderita ada

hubungan pertalian keluarga (lihat silsilah keluarga). Anak ketiga sudah meninggal pada usia 2 tahun dengan sakit yang serupa pada penderita yang diderita sejak usia 7 bulan. Anak-anak yang lain sehat (GAMBAR 1).

Terdapat beberapa keluarga dengan riwayat atopi. Penderita tidak tahan terhadap beberapa macam makanan antara lain abon sapi, ayam, telur, udang, dan susu. Anak tampak semakin kurus akibat kekurangan asupan makanan yang bergizi, sehingga tidak dapat lagi bersekolah.



GAMBAR 1. Silsilah keluarga

Pada usia 3 bulan penderita diketahui mengalami alergi obat. Manifestasi alergi tersebut timbul saat penderita demam dan oleh dokter setempat (di Manado) mendapat amoksisilin. Gejala yang muncul adalah adanya lesi kemerahan dan kering di pipi penderita segera setelah diberi amoksilin. Sejak usia 4 bulan gejala pada penderita meluas. Penderita sudah diperiksa ke dokter ahli anak (di Banjarnegara), dan mendapat obat krem hidrokortison dan puyer yang berisi CTM dan prednison.

Pada usia 2,5 tahun lesi mencapai lipatan-lipatan kulit dan bagian kulit tubuh yang lain disertai adanya luka-luka bekas garukan. Penderita diperiksa ke poliklinik anak RSUD Banyumas, didiagnosis dermatitis atopik dan mendapat puyer yang berisi CTM dan prednison. Pada usia 3 tahun lesi menyebar disertai kemerahan dan kehitaman pada kulit, penderita diperiksa ke poliklinik RSUD Banyumas lagi dan dinyatakan anak mengalami alergi terhadap sulfa, obat jenis penisilin, di samping

juga alergi terhadap beberapa makanan, sehingga tidak boleh diberi beberapa jenis makanan tersebut.

Pada usia 5 tahun penderita masih mengalami kemerahan dan kehitaman di kulit, dan mulai tampak gejala gangguan pertumbuhan akibat kurang gizi. Penderita makin sering melakukan garukan-garukan sepanjang waktu. Penderita juga mengalami kekeringan pada kornea mata kiri, di Poliklinik mata RSUD Banyumas penderita mendapat obat tetes air mata buatan dan zalf kloramfenikol. Pada usia 5 tahun 2 bulan penderita kontrol kembali ke poliklinik mata RSUD Banyumas dan dinyatakan sudah menderita ulkus kornea perforata, obat tetes air mata buatan dan zalf kloramfenikol diteruskan. Pada usia 5 tahun 2 bulan, karena sakitnya bertambah berat, penderita diperiksa ke RS Dr. Sardjito, dirawat di bangsal mata selama 1 minggu, dan dinyatakan menderita prolapsus iris pada penderita dermatitis atopik, dengan demam 3 hari dan gizi kurang. Lesi mata tersebut dinyatakan tidak bisa dioperasi, obat-obat mata diteruskan ditambah CTM, prednison, dan vitamin A 20.000 IU. Selama dirawat penderita diperiksa laboratorium dengan hasil: Hb: 11,3 g%, leukosit 18500, eosinofil 18%, segmen 64%, limfosit 18%, dan KED 38/1 jam. Pada konsultasi ke Bagian Kulit dan Kelamin penderita didiagnosis eritroderma dengan penyakit yang mendasari dermatitis atopik, usul tambahan terapi eritromisin 3 X 1 Cth, dan obat oles lokal 100 cc dan mersin 30 mg. Pada konsultasi ke Bagian THT didapatkan otitis eksterna eksematosa pada telinga kanan dan kiri (sesuai dengan atopik dengan infeksi sekunder). Pada konsultasi di Bagian Anak, anak mengalami dermatitis atopi dengan infeksi sekunder, malnutrisi, usul pemeriksaan tinja konsentrasi, terapi CTM diganti setirizine, antibiotika diteruskan dan supaya didiskusikan pada forum alergi di RS Dr. Sardjito. Setelah pulang dari RS Dr. Sardjito selanjutnya penderita kontrol ke dokter spesialis anak setempat.

Pada hari masuk rumah sakit di Banyumas lesi di kulit merata di seluruh tubuh, garukan-garukan dilakukan sepanjang waktu. Anak juga mengalami diare sekitar 10 kali per hari, cair, tanpa disertai darah dan lendir. Anak mengalami demam, nafsu makan kurang, dan batuk. Mata kanan penderita terasa gelap yang kemudian oleh dokter dinyatakan buta.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak lemah, kedua tangan selalu meng-

garuk, gizi buruk. Berat badan anak 10,2 kg. Nadi 128 X/m, teratur, respirasi 27 X/menit, suhu 38,6°C. Jantung dan paru dalam batas normal, hati dan limpa tidak teraba, turgor dan elastisitas kulit menurun. Anggota gerak dalam batas normal, tidak ada edema. Pada konjungtiva terdapat anemia, sklera tidak ikterik. Mata kanan sudah buta, terdapat ulkus kornea perforata. Sebagian besar kulit penderita tampak kemerahan dan kehitaman, terdapat ekskoriiasi dengan pengelupasan, sebagian tampak pecah-pecah dan berair, di sekitar hidung terdapat vulnus laseratum.

Diagnosis kerja adalah dermatitis atopik dengan eritroderma disertai infeksi sekunder, gizi buruk tipe marasmus, gastroenteritis akut, xerophthalmia. disertai anemia (diduga anemia defisiensi besi), dan tbc paru. Penderita mendapat diet bubur preda, infus D5½S, Vitamin A 200.000 IU (pada hari ke I, II dan IV), ampicilin injeksi, gentamisin, puyer (prednison/deksametason/CTM), salep mata kloramfenikol dan tetes mata air mata buatan, salep lokal hidrokortison dengan neomisin, dan oralit ad libitum.

Pada pemeriksaan laboratorium darah tepi didapatkan anemia (Hb 8,8 g%), gambaran mikrositik hipokromik, leukosit 8400/ul, eosinofil 5%, segmen 71%, limfosit 24%, trombosit 206.000/ul, laju endap darah 42/80. Pada pemeriksaan tinja didapatkan leukosit dan eritrosit (+). Pada pemeriksaan radiologis dada didapatkan gambaran TB milier.

Pada perawatan di rumah sakit penderita mendapat obat tambahan etambutol, isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan prednison untuk TB miler, preparat besi (sirup) untuk anemia, kotrimoksazole untuk diare. Diet bubur preda diganti dengan LLM. Injeksi ampicilin diganti dengan cyprofloxacin, sedang puyer (prednison/deksametason/CTM) diganti dengan setirizine, obat lokal diganti dengan vaselin. Setelah kondisi membaik penderita dipulangkan setelah mendapat perawatan selama 1 bulan di RSUD Banyumas, dan disarankan untuk kontrol.

Pada waktu kunjungan rumah (3 bulan setelah pulang dari rumah sakit) keadaan umum lemah, penderita masih merasa gatal, lesi kulit stasioner, masih selalu menggaruk. Penderita masih kontrol ke dokter spesialis anak setempat, mendapat obat puyer (prednison/deksametason), etambutol masih diminum. Diet prosobee, nasi, tahu, tempe, dan sayur bening. Dari dokter spesialis kulit dan kelamin



GAMBAR 1. Anak usia 5 tahun, bersama keluarganya



GAMBAR 2. Anak usia 6,5 tahun

setempat, anak mendapat cairan pembersih untuk mandi dan krem sesudah mandi.

Kasus ini diajukan pada *UCB Allergy Forum: Dermatologist & Pediatrician*, di Bangkok (10 hari setelah kunjungan rumah). Hasil diskusi menunjukkan penderita mengalami dermatitis atopik yang berat walaupun diduga ada penyakit lain (geno dermatitis) yang menjadikan beratnya penyakit pada penderita. Disayangkan pemberian obat-obatan yang sebelumnya pernah membuat alergi (ampisilin dan kotrimoksazole). Pembatasan diet pada penderita juga disayangkan karena ini justru membuat penderita mengalami gizi buruk. Demikian juga pemberian vitamin A dosis tinggi terlambat dan pemberian awal dosisnya masih kurang. Sementara itu pemberian antihistamin generasi kedua juga terlambat, di samping pemberiannya sebaiknya minimum selama 3 bulan.

Saran dari forum diskusi ini antara lain supaya dilakukan pemeriksaan IgE untuk menegakkan diagnosis dermatitis atopi, protein, elektrolit, dan biopsi kulit. Pemberian nutrisi supaya jangan dipantang, antihistamin sementara cukup dengan diberi CTM, obat lokal kulit cukup dengan vaselin, bila perlu diberi gamma globulin. Sepulang dari forum diskusi tersebut, ternyata penderita sudah meninggal dunia karena menderita diare yang berat, sempat mendapat perawatan sekitar 3 jam di ICU RSUD Banyumas.

PEMBAHASAN

Diagnosis dermatitis atopik pada penderita ini disokong oleh beberapa hal, antara lain adanya riwayat atopi yang cukup kuat pada keluarga penderita, lesi timbul sejak usia 3 bulan yang kemudian meluas dan semakin berat, terdapat rasa gatal dan menimbulkan garukan-garukan, ada riwayat alergi terhadap beberapa bahan makanan, dan pemeriksaan darah tepi menunjukkan adanya peningkatan jumlah eosinofil relatif maupun absolut. IgE belum dilakukan pemeriksaan. Gejala-gejala dermatitis maupun gatal pada penderita ini mungkin juga dipicu karena penderita mendapat obat-obat yang sebelumnya ada riwayat alergi terhadap obat tersebut (ampisilin dan sulfa).

Hal yang perlu dipertimbangkan apakah ada penyakit lain pada penderita ini adalah, terdapatnya lesi yang makin lama makin memberat dan tidak begitu responsif terhadap pengobatan. Apalagi adanya hubungan keluarga antara kedua orang tua penderita, dan adanya penyakit atopik pada silsilah keluarga pihak ayah maupun ibu. Hal ini akan memperkuat timbulnya penyakit-penyakit genetik, sehingga pada penderita ini juga diduga terjadi kelainan genodermatitis, ataukah suatu defek defisiensi imunitas.

Diagnosis banding kelainan kulit pada penderita ini antara lain: *Ommen syndrome (combined*

immunodeficiency with eosinophilia). Penyakit ini merupakan kelainan *autosomal recessive* dengan manifestasi erupsi kulit, gatal, timbul awal, dan eosinofilia. Semestinya pada kelainan ini juga disertai hepatosplenomegali tetapi tidak didapatkan pada penderita; di samping itu pada penyakit ini tidak ada kelainan pada mata. Diagnosis banding yang lain antara lain *Syogren's Syndrome*. Penyakit ini merupakan kelainan inflamasi kronik, terdapat keratokonjungtivitis sika, kekeringan pada kulit, mulut, dan trakea, 90% terdapat pada perempuan, tetapi tak disertai gatal-gatal, di samping biasanya kelainan ini terdapat pada orang dewasa (usia 50 ahun), dan berkaitan dengan artritis reumatoid.

Malnutrisi pada penderita timbul akibat pantang beberapa nutrisi bergizi yang semestinya diperlukan untuk tumbuh kembang anak karena adanya alergi terhadap bahan-bahan makanan tersebut. Dari hasil diskusi semestinya penderita tidak perlu pantang banyak bahan makanan karena hal ini dapat menimbulkan kekurangan gizi. Sebaiknya untuk kepastian alergi makanan pada penderita semacam ini dilakukan uji eliminasi dan provokasi makanan sehingga diketahui dengan lebih jelas makanan yang menimbulkan alergi. Samson dan Caskill⁴ membuktikan, dengan diet eliminasi makanan alergen selama 3 tahun selain terjadi perbaikan klinis juga didapatkan penurunan kadar IgE secara bermakna. Menurut para ahli diet eliminasi cukup berdasarkan uji kulit disertai anamnesis yang cermat. Diet eliminasi biasanya dilakukan selama 3-6 minggu, bila terjadi perbaikan klinis dilakukan pengenalan kembali dengan makanan tersebut secara bertahap.

Deteksi adanya xeroftalmia pada penderita ini terlambat, semestinya sudah harus dicurigai adanya bercak bitot atau gejala keratokonjungtivitis atopik sejak awal, sehingga dapat segera diberi pengobatan dengan vitamin A secara oral pada hari ke-1, 2 dan 14 atau sebelum terjadi perburukan keadaan klinis dengan dosis 200.000 SI/kali pada anak usia di atas 1 tahun⁵. Pada penderita ini kornea sudah menjadi kering, selanjutnya timbul ulkus dan pada akhirnya timbul kebutaan. Diare pada penderita ini mungkin timbul akibat alergi makanan pada saluran cerna atau bisa juga terjadi akibat adanya defek pada mukosa akibat kekurangan gizi sehingga dapat timbul intoleransi mukosa; diare bisa juga terjadi akibat infeksi pada saluran cerna yang terbukti dari

adanya sel leukosit pada tinja penderita. Obat-obat anti tuberkulosis pada penderita ini baru diberikan setelah anak mengalami tuberkulosis milier. Hal ini dapat memperparah kondisi penderita di samping bisa juga terjadi komplikasi/perluasan tuberkulosis milier. Anemia (defisiensi besi) pada penderita ini sudah mulai diobati setelah pemeriksaan pada darah tepi penderita menunjukkan anemia mikrositik hipokromik, meskipun belum diperiksa kadar Fe, saturasi besi TIBC, dan lain-lain, akibat adanya keterbatasan dana maupun sarana laboratorium setempat.

Prinsip pengobatan dermatitis atopik adalah menghindari bahan iritan dan faktor pencetus, mengatasi rasa gatal dan kekeringan kulit serta mengatasi reaksi peradangan dan infeksi sekunder. Kulit penderita dermatitis atopik biasanya kering, sensitif serta mudah mengalami iritasi. Sabun yang digunakan harus mempunyai PH netral. Sebaiknya digunakan pembersih kulit yang tidak mengandung bahan sabun. Sisa deterjen pada pakaian juga dapat menimbulkan iritasi. Pengeluaran keringat karena suhu, emosi atau lingkungan sekitar dapat menimbulkan rasa gatal⁶. Hidrasi kulit baik dilakukan pada berbagai stadium penyakit. Untuk mengatasi kekeringan kulit dilakukan tindakan membasahi kulit dengan air dan kulit dibalut dengan pembalut hidrofobik yang tidak menyerap air. Tindakan lokal yang ideal sepertinya belum dilakukan pada penderita, sebaiknya untuk kasus yang serupa perlu ditekankan pentingnya tindakan ini.

Pengobatan medikamentosa terutama ditujukan untuk mengatasi rasa gatal, reaksi peradangan, infeksi sekunder serta perbaikan sistem kekebalan tubuh. Pada penderita terdapat begitu banyak bekas garukan yang potensial terinfeksi. Goresan akibat garukan ini dapat dikurangi dengan memotong kuku penderita, menggunakan sarung tangan serta obat antihistamin. Sedatif kadang diperlukan untuk mencegah garukan pada malam hari.

Penggunaan hidrokortison, loratadin serta setirisin sangat bermanfaat mengatasi rasa gatal pada dermatitis atopik. Selain merupakan antagonist H1, obat-obatan ini juga menghambat reaksi tipe I fase lambat dan PAF (*Platelets Activating Factor*)⁷ serta menghambat neutrofil, eosinofil, dan basofil ke tempat kulit yang mengalami reaksi alergi⁸. Sayangnya, pada penderita ini obat semacam ini baru diberikan pada saat akhir sehingga mungkin sudah

kurang bermanfaat lagi. Kortikosteroid topikal mempunyai efek antiinflamasi, antipruritus serta vasokonstriktor. Penggunaan kortikosteroid topikal perlu dengan pengawasan yang ketat, sebaiknya digunakan kortikosteroid potensi serendah mungkin yang masih efektif. Bentuk krim lebih mudah penggunaannya tetapi krim mudah menimbulkan kekeringan. Penggunaan kortikosteroid topikal sebaiknya tidak lebih dari 2 kali sehari karena tidak meningkatkan efikasi malah menambah biaya pengobatan⁷.

Penderita mendapat pengobatan dengan prednison jangka lama. Pemberian kortikosteroid sistemik biasanya tidak dianjurkan walaupun dapat menunjukkan penyembuhan yang cepat. Terkadang didapatkan efek *rebound* pada penghentian pengobatan di samping efek samping lainnya. Pengobatan kortikosteroid sistemik dosis rendah secara alternatif diberikan pada dermatitis atopik yang refrakter terhadap pengobatan kortikosteroid topikal potensi tinggi⁸.

Dermatitis akut maupun kronis yang tidak terkontrol sering disertai infeksi sekunder. Penyebab infeksi tersering adalah *Staphylococcus aureus* yang sering resisten terhadap penisilin. Pada awal perawatan penderita ini mendapat obat ampisilin. Untuk itu perlu dilakukan biakan dan uji resistensi untuk menentukan antibiotika yang sesuai. Sebaiknya diberikan antibiotika dosis tinggi untuk mencapai kadar yang cukup pada kulit yang terkena. Pilihan pertama adalah sefalekssin dan eritromisin. Pilihan lain adalah klindamisin dan dikloksasilin⁷.

Penderita dermatitis atopik sering menunjukkan gangguan regulasi sistem imun. Oleh karena itu dapat diberi pengobatan untuk memperbaiki sistem imun. Biasanya pengobatan ini merupakan alternatif bila pengobatan di atas mengalami kegagalan. Mungkin obat-obat ini perlu dipertimbangkan pada penderita. Imunoterapi/desensitisasi pada dermatitis atopik ditujukan terhadap alergen udara⁷, tetapi masih diperlukan data yang lebih banyak dengan melakukan penelitian.

Pada penderita dermatitis atopik didapatkan penurunan kapasitas pembentukan interferon gama oleh sel mononuklear⁹. Uji klinis pemberian Interferon gama vs plasebo menunjukkan perbaikan klinis yang bermakna¹⁰. Timopentin dapat meningkatkan diferensiasi timosit dan fungsi limfosit T tetapi

memerlukan waktu yang agak lama¹¹. Siklosporin dapat digunakan untuk menekan produksi sitokin¹². Pemberian sinar ultraviolet dapat bermanfaat pada dermatitis yang kronik dan rekalsitrans¹³. Pada forum diskusi obat-obatan tersebut justru tidak dianjurkan pada penderita tersebut, dianjurkan penggunaan dengan cara sederhana yang sudah disebutkan di atas.

Penderita dermatitis atopik biasanya menunjukkan gejala seperti pada penyakit kronik lain yaitu gangguan emosi yang juga diderita oleh orang tua/keluarganya. Oleh karena itu perbaikan emosi dengan psikoterapi merupakan penunjang yang penting dalam pengobatan dermatitis atopik. Psikoterapi tidak harus dilakukan oleh dokter yang mengobati tetapi dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan/*psychotherapist*⁷. Tindakan psikoterapi ini merupakan pendukung penting dan dapat dilakukan pada penderita semacam ini.

RINGKASAN

Telah dilaporkan seorang anak laki-laki usia 6 tahun 3 bulan dengan dermatitis atopik berat dengan eritroderma disertai infeksi sekunder, gizi buruk tipe marasmik dengan xerophthalmia, gastroenteritis akut, anemia diduga defisiensi besi dan tbc paru milier. Penyakit tersebut mulai tampak sejak anak berusia 3 bulan, kemudian makin meluas dan semakin berat.

Gambaran klinis berupa kemerahan dan kehitaman pada kulit, terdapat ekskoriasi dengan pengelupasan, sebagian tampak pecah-pecah dan berair, di sekitar hidung terdapat vulnus laseratum. Terdapat riwayat atopik pada berbagai keluarga. Penderita alergi terhadap obat ampisilin dan sulfa serta berbagai macam makanan. Pada pemeriksaan darah tepi terdapat eosinofilia. Penderita sudah berobat dan mendapat pengobatan kulit lokal, antihistamin/steroid sistemik, obat anti tuberkulosis, preparat besi, antibiotika, dan obat lokal mata, tetapi belum ada perbaikan.

Diduga ada penyakit lain (genodermatitis) pada penderita ini. Pembatasan diet pada penderita menyebabkan timbulnya gizi buruk. Vitamin A sayang tidak diberikan sejak awal. Pemberian antihistamin generasi kedua perlu sejak awal, dalam jangka panjang. Direncanakan pemeriksaan-pemeriksaan untuk diagnosis yang lebih pasti, tetapi

penderita meninggal dunia sebelum dilakukan pemeriksaan tersebut.

Penanganan penderita dermatitis atopi relatif sulit. Walaupun demikian, dengan penatalaksanaan yang adekuat dengan kerjasama yang baik antara dokter, penderita, dan keluarganya kelainan ini seharusnya dapat diatasi. Secara garis besar, pengobatan dermatitis atopik meliputi penghindaran bahan iritan dan faktor pencetus, mengatasi rasa gatal dan kekeringan kulit serta mengatasi reaksi peradangan dan infeksi sekunder.

KEPUSTAKAAN

1. Harper JI. The management of refractory atopic dermatitis. *JPOG* 2001; 21(4): 13-15.
2. Munazir Z. Penatalaksanaan dermatitis atopik pada anak. *Dermatology Update* 2001; 11: 1.
3. Sugito TL. Efektivitas dan keamanan kombinasi sirup loratadin dengan krim mometason furoat pada dermatitis atopik anak. *Dermatol Up* 2001; 11: 2.
4. Mygind N. *Essential Allergy*. Oxford : Blackwell Scientific Publication Publications; 1986; 384-86.
5. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Tata Laksana kurangan Energi Protein pada Anak di Rumah Sakit Kabupaten/Kodya. Depkes RI 2000: 9-10.
6. Lindfors A, Enockson E. Development of atopic disease after early administration of cow's milk formula. *Allergy* 1988;43: 11-16.
7. Hanifin JM. Atopic dermatitis in infant and childhood (In: *Hurtwitz S*, editor). *Pediatric Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991; 763-91.
8. Adinoff AD, Clark RAF. Atopic Dermatitis. Dalam : Bierman CW, Pearlman DS, Shapiro GG, Busse WW. *Penyunting. Allergy, Asthma and Immunology from Infancy to Adulthood*. Philadelphia : WB Saunders Company; 1996; 613-32.
9. Mitchell EB, Crow J, Chapman MD. Basophils in allergen-induced patch test sites in atopic dermatitis. *Lancet* 1982; 1: 127.
10. Charlesworth EN, Kagey-Sabotka A, Norman PS, et al. Effect of cetirizine on mast cell-mediator release and cellular traffic during the cutaneous late-phase reaction. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 83: 905-12.
11. Sonenthal KR, Grammer LC, Patterson R. Do some patients with atopic dermatitis require long term oral steroid therapy? *J Allergy Clin Immunol* 1993; 91: 971-3.
12. Jujo K, Renz H, Abe J. Decreased INF γ and increased IL-4 in atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 90: 323.
13. Boguniewicz M, Jaffe HS, Izu A Recombinant gamma interferon therapy in treatment of patients with atopic dermatitis and elevated IgE levels. *Am J Med* 1990; 88: 365-70.