

HIDRADENITIS SUPURATIVA DENGAN LOKASI YANG TIDAK BIASA

Ari Karmila Sari, Ariyati Yosi, Irma D. Roesyanto— Mahadi

*Departemen Dermatologi dan Venereologi
FK Universitas Sumatra Utara/RSUP H. Adam Malik, Medan*

ABSTRAK

Hidradenitis suppurativa (HS) merupakan penyakit inflamasi kulit kronis, berulang, dan nyeri, yang disebabkan oleh oklusi kelenjar apokrin. Predileksinya di aksila, inguinal dan anogenital. Kami melaporkan pasien perempuan usia 36 tahun, mengeluhkan bisul disertai nyeri di daerah dagu, ketiak, lipatan paha sejak 3 tahun yang lalu. Bisul pecah menyisakan benjolan yang keras dan mengeluarkan cairan bening berbau. Pemeriksaan dermatologi menunjukkan nodus eritematosa dan sewarna kulit, multipel di regio mentalis, nodus eritematosa, abses multipel, fistel, sinus, skar atrofi, di regio aksilaris dekstra and sinistra, skar atrofi dan hipertrofi di regio inguinalis dekstra dan femoralis medialis dekstra. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat leukositosis. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) menunjukkan kesan abses di daerah aksila dan reaksi radang kronis non-spesifik dengan fibrosis di daerah dagu. Pasien didiagnosis sebagai HS. Pasien diberikan kompres basah, krim asam fusidat 2% 2x/hari, siprofloksasin 2x500 mg, dan asam mefenamat 3x500 mg. Kelainan HS pada dagu dapat terjadi karena kelenjar apokrin juga dapat dijumpai pada wajah dengan distribusi yang terbatas. Diagnosis HS dibuat berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, predileksi, dan pemeriksaan sitologi. Terapi bersifat suportif untuk mencegah jaringan parut atau pembentukan saluran sinus.

Kata kunci: *Hidradenitis Suppurativa, Lokasi, FNAB*

HIDRADENITIS SUPURATIVA ON UNUSUAL AREA

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa (HS) is a painful, recurrent and a chronic inflammation of the skin that caused by occlusion of apocrine glands. Predilection of HS is in the axillary, inguinal, and anogenital. We reported a 36-years-old female patient, with painful lumps on her chin, armpit and inner thigh since 3 years ago. It ruptured and released translucent and purulent liquid. It turned into hard lumps that produce malodorous discharge. On dermatology examination, we found multiple erythematous and skin-colored nodes on chin.. We also found multiple erythematous nodes, abscess with fistule, and atrophic scars on axillary dextra and sinistra. On the medial femoral and inguinal dextra, there were atrophic and hypertrophic scars. Laboratory examination result showed leucocytosis. Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB) showed an abscess on the axillary region and non-specific chronic inflammation with fibrosis on the chin. Patient was diagnosed with HS and treated with wet dressings, fusidic acid 2%, ciprofloxacin, and mefenamic acid 500 mg. HS could be found on the chin, though rarely, because there is a limited distribution of apocrine glands in the face and stomach. HS diagnosis is based anamnesis, description of lesions and predilection, and cytology examination. Management of HS is supportive therapy and can leave sequelae such as sinus formation and scarring.

Keywords: *Hidradenitis suppurativa, Unusual area, FNAB*

Korespondensi:

Jl. Bunga Lau 17, Medan

Telp:

Email: arikarmilaa@yahoo.com

PENDAHULUAN

Hidradenitis suppurativa atau akne *inversa* adalah gangguan kulit yang agak umum bersifat multifaktor, kronis dan merupakan gangguan inflamasi yang menurunkan pertahanan apendiks kulit yang sering diabaikan. *International Hidradenitis Suppurativa Research Symposium* (2006, Dessau, Jerman) pertama merumuskan definisi sebagai berikut: HS adalah inflamasi kulit kronis, berulang, penyakit kulit yang melibatkan folikel rambut yang biasanya terjadi setelah pubertas, dengan keluhan sangat nyeri, di daerah kelenjar apokrin terutama daerah aksila, inguinal, dan anogenital.¹⁻³

Hidradenitis suppurativa lebih banyak dijumpai pada perempuan dengan rasio perbandingan 2 : 1 sampai 5 : 1.¹ Rerata awitan penyakit sekitar usia 21 tahun, walaupun gejalanya dapat dimulai kapan saja antara usia pubertas dan usia paruh-baya.³ Hidradenitis suppurativa adalah penyakit folikel rambut bagian terminal yang berkaitan dengan peradangan limfohistiositik, reaksi granulomatosa, saluran sinus, dan jaringan parut. Selain durasi penyakit, temuan yang konsisten pada pemeriksaan histologis HS adalah oklusi folikular akibat hiperkeratosis, dan terdapat bukti hiperplasia isotop epitel folikel. Hal ini menyebabkan oklusi kelenjar apokrin, diikuti ruptur folikel, peradangan perifolikular dan infeksi sekunder, yang muncul dalam temuan klinis. Selain itu banyak faktor yang dapat memengaruhi timbulnya HS, antara lain genetik, hormon androgen, beberapa penyakit terkait (penyakit Crohn, pioderma gangrenosum, sindrom nefrotik, amiloidosis, penyakit Dowling-Degos, dan artropati), obesitas, dan merokok.^{1,4,5}

Manifestasi klinis HS bervariasi, daerah yang terkena dengan penurunan frekuensi berturut-turut adalah: ketiak, inguinal, perineum dan perianus, mammae dan *infra-mammae*, bokong, daerah kemaluan, dada, kulit kepala, retroaurikular, dan kelopak mata. Lesi kulit dapat merupakan nodus, abses, saluran sinus yang nyeri, dan skar hipertrofik di daerah kelenjar apokrin.¹⁻⁶ Diagnosis dibuat secara klinis berdasarkan daerah predileksi dan lesi yang khas. Sebagian besar pemeriksaan laboratorium tidak begitu membantu.³ Penatalaksanaan HS dapat menggunakan antibiotik sistemik, anti-TNF, dan anti androgen. Bila diperlukan, dapat dilakukan tindakan pembedahan, namun terkadang hasil terapi sering mengecewakan dan dapat memengaruhi kualitas hidup pasien.^{5,7,8}

ILUSTRASI KASUS

Seorang perempuan usia 36 tahun datang dengan keluhan bisul yang disertai nyeri dan berbau amis di daerah lipat ketiak kanan dan kiri, lipat paha kanan dan kiri sejak 3 tahun yang lalu. Awalnya bisul muncul di daerah lipat paha kanan dan kiri, bisul kemudian pecah dan mengeluarkan cairan bening dan nanah. Dalam waktu 1 bulan sejak bisul pertama, muncul beberapa bisul kecil

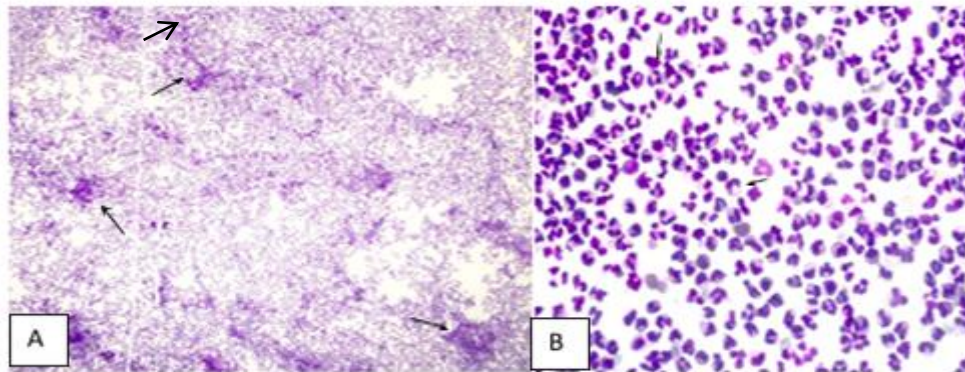
di sekitar bisul pertama di daerah lipat paha. Bisul yang sudah pecah tidak sepenuhnya hilang, tapi menyisakan benjolan yang keras dan terkadang mengeluarkan cairan bening yang berbau. Dua tahun yang lalu muncul beberapa bisul yang sama di lipat ketiak kanan dan kiri. Bisul di lipat ketiak dirasakan lebih nyeri dibandingkan bisul yang di lipat paha, sehingga pasien terganggu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Tiga bulan yang lalu muncul benjolan merah disertai nyeri di daerah dagu. Pasien menyangkal pernah minum obat selama 6 bulan atau memiliki riwayat penyakit keluarga yang sama dengan pasien.

Pada pemeriksaan dermatologi dijumpai nodus eritematosus dan berwarna kulit, multipel di regio mentalis, nodus eritematosus, abses, multipel, diskret, skar atrofi, fistel, sinus yang mengeluarkan cairan purulen di regio aksilaris sinistra, nodus eritematosus, fistel, sinus, skar atrofi di regio aksilaris dekstra, skar atrofi dan hipertrofi di regio inguinalis sinistra dan femoralis medial dekstra.



Gambar 1. Gambaran klinis pasien (A) nodus eritematosus multipel di regio mentalis (B) abses, multipel, skar atrofi, fistel, di regio aksilaris dekstra dan sinistra. (C) skar atrofi dan hipertrofi di regio inguinalis dan femoralis dekstra.

Pada pemeriksaan laboratorium dijumpai Hb 11,5 g/dl, eritrosit 4,32 juta/ μ l, leukosit 14,60 / μ l, hematokrit 36%, trombosit 406.000/ μ l, MCV 84 fl, MCH 6,6 pg, MCHC 31,7 g/dl, RDW 14,3%, hitung jenis 77.10/14.50/7.90/0.40/0.10 morfologi darah normositik normokrom, dengan kesan leukositosis. Pemeriksaan gula darah sewaktu 106 gr/dl. Pada pemeriksaan radiologi torak tidak dijumpai kelainan. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorium, pasien didiagnosis banding dengan hidradenitis suppurativa, skrofuloderma dan karbunkel. Pasien sementara diberikan terapi kompres NaCl 0,9% setiap 4 jam selama 15 menit di daerah abses, fistel dan sinus, antibiotik siprofloksasin 500 mg 2x sehari, asam mefenamat 3x sehari, dan krim asam fusidat 2% 2x dioleskan pada abses yang pecah, selama dua minggu. Pasien direncanakan untuk dilakukan *fine needle aspiration biopsy* (FNAB).



Gambar 2. Gambaran FNAB pasien

Hasil pemeriksaan FNAB di Patologi Anatomi didapatkan hasil di daerah aksila: sebaran masif sel-sel PMN dan makrofag, latar belakang berupa massa nekrosis dengan kesimpulan kesan abses. Di daerah dagu: ditemukan sebaran sel-sel limfosit, PMN minimal dan fibroblas, latar belakang berupa sel-sel darah merah dengan kesimpulan kesan reaksi radang kronis non-spesifik dengan fibrosis.

Pasien didiagnosis akhir sebagai hidradenitis suppurativa dan direncanakan untuk dilakukan tindakan bedah eksisi. Prognosis pasien ini *quo ad vitam dubia ad bonam*, *quo ad functionam dubia ad malam*, dan *quo ad sanationam dubia ad malam*

DISKUSI

Hidradenitis suppurativa adalah penyakit inflamasi kulit kronis dan berulang, yang melibatkan folikel rambut, biasanya sangat nyeri pada daerah kelenjar apokrin. HS cenderung berkembang pada pubertas atau pasca pubertas dan usia paruh-baya.¹⁻³ Berdasarkan etiologi dan patogenesis, HS merupakan penyakit folikel rambut bagian terminal yang berkaitan dengan peradangan limfohistiositik, reaksi granulomatosa, saluran sinus, dan jaringan parut. Secara klasik, HS diduga sebagai gangguan primer kelenjar apokrin yang menyebabkan hiperplasia epidermis. Hal ini didukung dengan lokasi anatomi penyakit ini.^{4,5} Namun ada penelitian yang mengatakan bahwa kejadian peradangan HS adalah peradangan pada kelenjar apokrin yang disebabkan oleh faktor sekunder. Selain itu adanya faktor genetik, beberapa penyakit terkait, hormon, obesitas, infeksi bakteri, dan kebiasaan merokok juga dapat memengaruhi penyakit ini.^{1,6}

Kami melaporkan seorang perempuan usia 36 tahun dengan keluhan bisul disertai nyeri pada daerah dagu, lipat ketiak kanan dan kiri, lipat paha kanan dan kiri sejak 3 tahun yang lalu. Pasien menyangkal pernah minum obat selama 6 bulan, sering menggunakan deodoran atau mencukur bulu di daerah ketiak. Pada status dermatologi dijumpai adanya nodus eritematosa dan sewarna kulit

multipel di regio mentalis, nodus eritematosa, abses multipel, fistel, sinus yang mengeluarkan cairan purulen, dan skar atrofi di regio aksilaris sinistra, skar atrofi, fistel dan sinus yang mengeluarkan cairan purulen di regio aksilaris dekstra, skar atrofi dan hipertrofi di regio inguinalis sinistra dan femoralis medialis dekstra.

Berdasarkan teori, daerah predileksi HS adalah di daerah kelenjar apokrin yang terutama terletak di daerah intertriginosa terutama aksila, inguinal, perineal, perianal, mammae dan *inframammae*, bokong, kemaluan, dan dada.² Pada pasien ini manifestasi klinis juga dijumpai pada daerah yang jarang terkena yaitu daerah dagu. Berdasarkan teori distribusi, HS juga dapat dijumpai pada daerah yang terbatas seperti dagu dan perut.¹

Lesi inflamasi HS pada awalnya bersifat sementara, secara bertahap menjadi keras dan dapat membentuk jaringan parut. Biasanya muncul setelah pubertas yang diawali dengan munculnya rasa gatal di daerah predileksi. Hal tersebut kemudian dapat berlanjut dengan timbulnya papul yang lunak atau nodus yang dalam. Nodus dapat sembuh perlahan atau meluas dan menyatu dengan nodus sekitarnya untuk membentuk abses inflamasi yang besar dan nyeri. Abses ini bulat tanpa nekrosis dan dapat pecah spontan, menghasilkan cairan purulen. Penyembuhan dapat mengakibatkan jaringan parut dengan fibrosis. Saluran sinus juga dapat berkembang, proses ini hanya terjadi di daerah yang berdekatan atau pada daerah apokrin yang berbeda.^{1,2,4}

Penegakan diagnosis HS berdasarkan anamnesis, gambaran dan predileksi yang khas. Tingkat keparahan klinis dinilai dengan menggunakan sistem Hurley, stadium primer: abses berkembang di daerah predileksi yang terpencil. Tahap sekunder: melibatkan perkembangan saluran sinus dengan jembatan skar. Tahap tersier: menunjukkan penggabungan lesi dengan jaringan parut dan saluran sinus, peradangan dan "*chronic discharge*".^{1,4,6} Kriteria diagnosis yang diusulkan oleh spesialis kulit untuk digunakan dalam perawatan primer dapat dilihat pada tabel 1.²

Tabel 1. Kriteria Diagnosis Hidradenitis Suppurativa²

- Dijumpai bisul dalam 6 bulan terakhir, minimum 2 bisul, dengan 5 pilihan lokasi yang berbeda ketiak, lipat paha, genital, di bawah payudara dan lokasi lainnya tidak ditentukan, misal perianus, leher dan perut
 - Pemeriksaan klinis dermatologi
- Kriteria wajib
- Riwayat: muncul lesi disertai rasa nyeri atau cairan purulen lebih dari dua kali dalam 6 bulan
 - Lokasi: pangkal paha, ketiak, perineum, area bokong dan lipatan payudara (pada perempuan)
 - Tanda klinis: Lesi primer berupa papul/ pustul (folikulitis), nodus (inflamasi atau noninflamasi abses)
Lesi sekunder berupa kista, fistel/sinus (eksudatif atau noneksudatif), pseudokomodo, bekas luka (atrofi, eritematosa, hipertrofik, linier atau jembatan)
- Kriteria tambahan
- Riwayat keluarga dengan HS
 - Mikrobiologi: tidak ada bukti patogen atau terdapat mikroflora kulit normal pada lesi primer
- Diagnosis HS jika
- Ada tiga kriteria dari semua kriteria wajib
 - Melibatkan satu atau lebih daerah lokasi
 - Terdapat satu atau lebih jenis lesi wajib (yaitu nodus, abses, fistel / sinus, bekas luka)

Pemeriksaan klinis HS harus dilakukan pada seluruh daerah predileksi yang dicurigai.

Berdasarkan riwayat perjalanan penyakit dan pemeriksaan fisik (beberapa lesi inflamasi, keterlibatan simetris, lebih dominan di daerah intertriginosa) biasanya cukup untuk membedakan HS dengan berbagai kondisi lain yang dapat hadir dengan morfologi klinis serupa. Selain itu, HS dapat dibedakan dengan berbagai bentuk infeksi lain (misalnya abses, karbunkel, furunkel, aktinomikosis, granuloma inguinale, limfogranuloma venereum, sifilis noduloulseratif, dan abses tuberkulosis) melalui kultur bakteri, jamur, dan Mikobakterium.^{6,9,10}

Skrofuloderma timbul akibat penjarangan per kontinuitas dari organ di bawah kulit yang telah diserang penyakit tuberkulosis. Terjadi banyak pembesaran kelenjar getah bening dengan konsistensi lunak tanpa tanda radang akut, dapat pecah dan meninggalkan fistel dan jaringan parut. Daerah predileksi berupa tempat yang banyak kelenjar getah bening superfisial, tersering leher, ketiak dan jarang pada lipat paha.^{1,9} Karbunkel adalah kumpulan furunkel yang merupakan radang folikel rambut dan sekitarnya. Kelainan dapat berupa nodus eritema berbentuk kerucut, di tengahnya terdapat pustul. Kemudian dapat melunak menjadi abses yang berisi pus dan jaringan nekrotik, lalu memecah membentuk fistel. Tempat predileksi karbunkel ialah tempat yang banyak friksi, misalnya aksila dan bokong.^{1,10}

Pada pemeriksaan laboratorium ditemukan leukositosis, dan pada pemeriksaan sitologi disimpulkan kesan abses dan sel radang kronis. Pada pasien HS dengan lesi akut dapat terjadi peningkatan laju endap darah atau protein C-reaktif. Jika terdapat kekhawatiran infeksi, maka kultur lesi harus dilakukan untuk menemukan bakteri, M. tuberkulosis, dan kultur jamur. Pemeriksaan biopsi terkadang tidak terlalu diperlukan.

Pengobatan pada pasien HS bersifat suportif, agar kondisi infeksi primer yang terjadi tidak semakin memburuk sekaligus mencegah skar atau fistel yang semakin banyak, yang nantinya akan memperparah kondisi pasien. Pengobatan berupa kompres basah, antibiotik oral, antibiotik topikal, dan analgetik.^{1,4} Selain antibakteri dan tindakan pembedahan, beberapa literatur menyatakan bahwa, pemberian retinoid, kortikosteroid, antibiologi, anti-androgen, dan radioterapi juga dapat dipertimbangkan.^{3,8,11}

Prognosis pasien ini adalah *quo ad vitam dubia ad bonam, quo ad sanationam dubia ad malam, quo ad functionam dubia ad malam*. Hasil pengobatan sering mengecewakan, dan dapat menghasilkan dampak negatif yang signifikan pada kualitas hidup pasien.^{1,2,4}

DAFTAR PUSTAKA

1. Zouboulis CC, Tatsou F. Disorder of apocrine and sweat gland. Dalam: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill Companies; 2012.h. 953-59
2. Zouboulis CC, Marmol VD, Mrowietz U, Prens EP, Tzellos T, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: criteria for diagnosis, severity assessment, classification and disease evaluation. Karger AG. 2015;231:184-90
3. Colier F, Smith CR, Morton AC. Diagnosis and management of hidradenitis suppurativa. BMJ. 2013;346
4. Ball LS, Tidman JM. Managing patient with hidradenitis suppurativa. The Practitioner. 2016; 25-9
5. Gregor BE, Jemec MD. Hidradenitis suppurativa. N Engl J Med. 2012;366:158-64
6. Woodruff MC, Charlie MA, Leslie SK. Hidradenitis suppurativa: a guide for the practicing physician. Mayo Clin Proc. 2015; 90(12): 1679-93
7. Alhusayen R, Shear HN. Pharmacologic Interventions For Hidradenitis Suppurativa. Am J Clin Dermatol. 2012; 13(5): 283-91
8. Alharbi Z, Kauczok J, Pallua N. A review of wide surgical excision of hidradenitis suppurativa. BioMed Central Dermatology. 2012;12:9
9. Djuanda A. Tuberkulosis Kulit. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin FK UI. 2016: 64-4
10. Djuanda A. Pioderma. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin FK UI. 2016: 61-2
11. Balik E, Eren T, Bulut T, Buyukuncu Y, Bugra D, Yamaner S. Surgical approach to extensive hidradenitis suppurativa in the perineal/perianal and gluteal regions. Worl J Surg. 2009; 33:481-7