
PTYRIASIS VERSICOLOR ATIPIKAL: SEBUAH LAPORAN KASUS

¹⁾Pasadena Helga*, ²⁾ Grace Krisdayanti Sinaga, ³⁾ Sarah Putri Aryanda Dewi

¹⁾Bagian Spesialis Kulit dan Kelamin, Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai,
Jl. Tanjung Jati No.4 Dumai – Riau – Indonesia

^{2,3)}Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Abdurrah,
Jl. Riau Ujung No 73 Pekanbaru – Riau - Indonesia
E-mail: helga.pasadena@univrab.ac.id

*corresponding author

Kata Kunci:

pitiriasis versikolor,
malassezia furfur,
hipopigmentasi

ABSTRAK

Pityriasis versicolor merupakan infeksi tersering dijumpai didaerah tropis dengan prevalensi kejadian sebesar 50%. Insiden PV di Indonesia menempati peringkat ke dua setelah dermatitis. Salah satu spesies utama yang diisolasi pada pityriasis versicolor *Malassezia furfur*. PV sulit disembuhkan, tingkat kekambuhan PV pada pasien yang sama sebesar 80%. Masalah psikologis terbesar bagi penderita PV adalah penampilan kosmetik yang tidak menyenangkan, perubahan pigmentasi kulit dapat bertahan setelah perawatan. Keberhasilan terapi dinilai dari mikroskopi negatif dan pengurangan gejala fisik (tidak ada lesi, eritema, pruritus, maupun deskuamasi). Sebuah kasus PV telah dilaporkan dari Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Kota Dumai, seorang laki-laki, berusia 18 tahun mengeluh timbul bercak-bercak putih oval pada leher, dan lengan sejak 3 bulan yang lalu. Keluhan sudah diobati dengan krim kalpanax (*miconazole*) dan kunyit. Pemeriksaan status lokalis pada regio servikalis, brachial, antibrachial dextra et sinistra tampak lesi multiple, diskrit, berbentuk bulat, ukuran miliar sampai numular, berbatas tegas, kering dan tidak menimbulkan yang berupa makula hipopigmentasi dengan skuama halus (pitiriasiformis). Pasien ditatalaksana dengan antifungal dan edukasi untuk mengendalikan faktor risiko.

Keywords:

pitiriasis versikolor,
malassezia furfur,
hipopigmentasi

ABSTRACT

Pityriasis Versicolor is the most common infection found in the tropics with an incidence prevalence of 50%. The incidence of PV in Indonesia ranks second after dermatitis. One of the main species isolated in pityriasis Versicolor is Malassezia furfur. PV is difficult to cure, the recurrence rate of PV in the same patient is 80%. The biggest psychological problem for people with PV is an unpleasant appearance were changes in skin pigmentation can persist after treatment. The success of therapy was assessed by negative microscopy and reduction of physical symptoms (no lesions, erythema, pruritus, or desquamation). A case of PV has been reported from the Dermatology and Venereology Polyclinic, Dumai City Hospital, an 18-year-old male complaining of oval white patches on the neck and arms since 3 months ago. Complaints have been treated with Kalpanax cream and turmeric. Examination of local status in the cervical, brachial, antibrachial dextra et sinistra regions showed multiple lesions, discrete, round in shape, billion to nummular in size, well-demarcated, dry, and not raised in the form of hypopigmented macules with fine scales (pitiriasiform). Patients are treated with antifungals and educated to control risk factors.

Info Artikel

Tanggal dikirim: 21-8-2021
Tanggal direvisi: 8-9-2021
Tanggal diterima: 28-9-2021
DOI Artikel:
10.36341/cmj.v4i3.2729

PENDAHULUAN

Pitiriasis versikolor (tinea versikolor) adalah infeksi jamur superfisial yang sering terjadi pada kulit, disebabkan oleh *Malassezia* yang juga dikenal sebagai *Pityrosporum*. *Malassezia* merupakan flora kulit normal bersifat lipofilik dimorfik. Hingga saat ini diketahui terdapat 14 spesies *Malassezia* yang telah diidentifikasi. Spesies utama yang diisolasi pada Pitiriasis versikolor (PV) adalah *Malassezia furfur*, *Malassezia globosa*, *Malassezia sympodialis* [1,2,3]. Kejadian PV dialami oleh seluruh Negara di dunia, dan lebih sering terjadi pada lingkungan hangat dan lembab [1]. Angka kejadian PV tertinggi terdapat di negara tropis (40-50%) dan terendah di daerah beriklim sedang atau dingin seperti Swedia (1,1%) [1,2,3]. Di Indonesia, tidak diketahui jumlah prevalensi PV. Hal ini karena banyak penderita tidak mencari pengobatan untuk mengatasi keluhannya. Di Jakarta kejadian PV menempati urutan kedua setelah dermatitis[2]. Prevalensi kejadian PV antara pria dan wanita adalah sama serta tidak ditemukan dominasi etnis tertentu. Pitiriasis versikolor lebih sering terjadi pada remaja dan dewasa muda karena peningkatan produksi sebum oleh kelenjar *sebaceous* dan memungkinkan terbentuknya lingkungan yang sesuai bagi *Malassezia* untuk tumbuh (area kulit berminyak kaya lipid) seperti wajah, kulit kepala, dan punggung [1,5]. *Malassezia* merupakan flora normal kulit, tidak patogen kecuali jika dalam bentuk miselium. Patogenitas *Malassezia* dipicu oleh berbagai faktor, termasuk kelembaban dan suhu tinggi, hiperhidrosis, kerentanan keluarga, dan immunosupresi [3]. Selain itu kecenderungan genetik, kehamilan, kulit berminyak, penggunaan lotion dan kulit berminyak menjadi faktor yang menyebabkan konversi pathogen *Malassezia furfur* [1].

Kejadian kekambuhan setelah pengobatan PV dapat terjadi sebesar 80% dalam 2 tahun. PV sulit disembuhkan. Saat ini, kekhawatiran terbesar bagi penderita PV adalah perubahan pigmentasi kulit bertahan setelah perawatan, dan mengganggu secara kosmetik.

Sehingga pigmentasi kulit tidak digunakan sebagai kriteria untuk keberhasilan pengobatan. Keberhasilan terapi dinilai dari penyembuhan mikologis (mikroskopi negatif) dan pengurangan gejala fisik (tidak ada lesi, eritema, pruritus, maupun deskuamasi)[3]. Diagnosa sudah dapat ditegakkan berdasarkan kondisi klinis, atau pemeriksaan KOH yang menunjukkan penampilan khas spagetti dan bakso, atau dengan menggunakan lampu wood tampak warna fluoresensi oranye menjadi kuning [4].

Sebuah kasus PV telah dilaporkan dari Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Kota Dumai. Pitiriasis versikolor adalah infeksi jamur superfisial yang jinak tetapi sering berulang pada kulit. Tatalaksana yang tepat dan meningkatkan hygiene personal berperan penting dalam penyembuhan pasien. Oleh karena itu, pasien memerlukan perawatan tindak lanjut yang efektif.

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki, berusia 18 tahun datang ke poliklinik RS dengan keluhan timbul bercak-bercak putih pada leher, dan lengan sejak 3 bulan yang lalu. Awalnya bercak muncul di bagian leher, kemudian di temukan pada lengan kanan dan kiri. Bercak tidak didahului kemerahan, tidak gatal. Pasien sering berkeringat dan jarang mengganti baju ketika berkeringat. Keluhan sudah diobati dengan krim kalpanax sebelumnya dan kunyit yang digunakan 2x sehari selama 1 minggu, namun keluhan tidak berkurang. Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat maupun alergi makanan. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan yang sama dengan pasien. Pada pemeriksaan fisik diperoleh pasien dalam keadaan compos mentis, vital sign dalam batas normal. Pada pemeriksaan status lokalis diperoleh pada regio cervikalis, brachial, antibrachial dextra et sinistra tampak lesi multiple, diskrit hingga konfluens, yang berbentuk bulat, dengan ukuran miliar sampai numular. Lesi makula hipopigmentasi, berbatas tegas, kering dan tidak timbul dengan skuama halus (pitiriasiformis).



Gambar 1. Gambaran Dermatologis Pasien

Pasien didiagnosis PV berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Diterapi dengan shampo ketokonazol 2% dioleskan hanya didaerah lesi sebanyak 3x seminggu selama 15-30 menit dan kemudian dibilas. Pengobatan sistemik diberikan flukonazol 150 mg dosis tunggal yang diminum 1 kali seminggu. Kepada pasien dijelaskan bahwa repigmentasi memerlukan waktu yang lama, disarankan agar menjaga kulit tetap bersih dan kering, hindari penggunaan handuk dan pakaian bersama keluarga, gunakan pakaian yang mudah menyerap keringat.

PEMBAHASAN

Pityriasis versikolor adalah penyakit yang diakibatkan oleh jamur superfisial, kronis ringan, terutama disebabkan oleh *Malassezia spp* yang terdapat di stratum korneum. *Malassezia. sp* merupakan jamur lipofilik, perubahan patogen terjadi dari bentuk ragi ke bentuk miselium/filamen. Ragi dapat ditemukan di tubuh yang terdapat sebum. Organisme memasuki folikel, mulai menyebar dan menghasilkan sisik yang halus. Faktor yang menyebabkan terjadinya PV yaitu lingkungan lembab, hiperhidrosis, malnutrisi, diabetes mellitus, pengguna pil kontrasepsi oral, *immunocompromised*, penyakit Cushing, pada pengguna kortikosteroid, dan sebagainya. Secara pasti patomekanisme terjadinya PV tidak diketahui secara pasti diduga berhubungan dengan hipersensitivitas tipe lambat, pelepasan limfosit oleh sel T, leukotrien, yang mengganggu pertumbuhan keratinosit serta metabolisme kolagen [4].

Pada kasus, dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, secara klinis kondisi pasien memenuhi kriteria diagnosis pityriasis versikolor menurut PERDOKSI yaitu: ditemukan pada semua usia, lesi terutama pada daerah seboroik. Pada anamnesis diketahui pasien mengeluh mengalami bercak di kulit, rasa gatal tidak ada sama sekali, warna bercak putih [3,5]. Predileksi lesi pada pasien terdapat pada daerah leher, lengan bawah kanan dan kiri menunjukkan tipe pityriasis atipikal. Predileksi pityriasis atipikal terdapat pada wajah, genitalia, fossa poplitea, lengan bawah dan punggung tangan dan kaki. Lokasi khas (tipikal PV) terdapat pada batang tubuh, yang dapat meluas ke lengan atas, leher dan perut. Pada kasus, diagnosis PV sudah dapat ditegakkan dari anamnesis dan pemeriksaan satus lokalis karena khas menunjukkan PV.

Manifestasi yang sering dialami pasien yaitu perubahan warna kulit yang tidak merata dan bersisik, berbentuk melingkar, oval, atau menyerupai peta geografis pada kulit karena penggabungan beberapa lesi tunggal. Hipopigmentasi pada PV dapat disebabkan oleh produksi asam dikarboksilat menghambat tirosinase, penghambatan penggelapan warna kulit atau karena terdapat sejumlah kecil melanosom. Selain hipopigmentasi PV, dapat berbentuk hiperpigmentasi dapat terjadi karena stratum korneum lebih tebal, melanosit lebih besar dan timbulnya reaksi inflamasi terhadap jamur [4].

Berdasarkan literatur, penegakan diagnosis PV melalui anamnesis dan pemeriksaan klinis, konfirmasi dengan pemeriksaan KOH (ditemukan gambaran spora berkelompok dan

hifa pendek “*sphagetti and meatball*”), dan pemeriksaan lampu Wood menunjukkan fluoresensi orange-kuning karena kandungan fluorokrom, terutama pityriolactone. Diagnosis banding pasien yaitu : vitiligo, pityriasis rosea, dermatitis seboroik, pitiriasis alba, erupsi ringan polimorfik, sifilis sekunder, dan kusta [4,5]

Sebelumnya pasien menggunakan kalpanax (*miconazole*) namun keluhan tidak berkurang. Dokter memberikan pasien sampo ketokonazol 2% dioleskan hanya didaerah lesi sebanyak 3x seminggu selama 15-30 menit dan kemudian dibilas. Pengobatan sistemik diberikan flukonazol 150 mg dosis tunggal yang diminum 1 kali seminggu. Kepada pasien dijelaskan bahwa repigmentasi memerlukan waktu yang lama, disarankan agar menjaga kulit tetap bersih dan kering, hindari penggunaan handuk dan pakaian bersama keluarga, gunakan pakaian yang mudah menyerap keringat.

Berdasarkan literatur pengobatan topikal untuk PV termasuk 2,5% selenium sulfida, sampo ketoconazole untuk mandi, antijamur topikal seperti klotrimazol, mikonazol, ciclopirox olamine dll, salep whitfield, retinoid, asam salisilat dan benzoil peroksida. Terapi sistemik meliputi : ketoconazole 200mg setiap hari, fluconazole dosis tunggal 400 mg, itrakonazol 200 mg per hari selama 5-7 hari [4]. Ketoconazole, adalah antijamur spektrum luas pertama yang digunakan dalam pengobatan mikosis superfisial dan sistemik. Ketoconazole bekerja menghambat enzim lanosterol 14 α -demethylase, mengganggu biosintesis ergosterol untuk membatasi fungsi dan pertumbuhan sel.

Beberapa formulasi telah terbukti efektif dalam mengobati PV, termasuk krim, sampo, dan busa, dengan rejimen yang paling umum adalah aplikasi krim atau busa sekali sehari selama 14 hari. Krim ketoconazole telah terbukti sama efektifnya dengan krim klotrimazol 1% dan krim terbinafin 1%, sedangkan sampo ketokonazol terbukti sama efektifnya dengan 2,5% selenium sulfida dan sampo flutrimazol 1%. Busa atau krim ketoconazole yang dioleskan sekali sehari

selama 14 hari memiliki beberapa kemampuan dalam mempertahankan kesembuhan total 3-12 bulan pasca perawatan. 79% pasien menunjukkan kesembuhan total pada 12 bulan pasca perawatan dengan krim ketoconazole 2%, sementara 82% dan 92% pasien menunjukkan kesembuhan total yang diukur 3 bulan pasca perawatan dengan busa ketoconazole 1% dan krim 2% [3].

Oral, atau sistemik, antijamur efektif dalam mengobati berbagai infeksi, tetapi berisiko terhadap efek samping[3]. Penggunaan antijamur oral untuk mengobati PV dianggap pengobatan lini kedua dan digunakan untuk infeksi berat atau bandel[3,6]. Terbinafine oral tidak efektif terhadap PV karena tidak diekskresikan dalam keringat, serta tidak mencapai konsentrasi yang cukup tinggi di stratum korneum sebagai fungisida terhadap spesies *Malassezia*. Sebaliknya terbinafine topikal tidak memiliki keterbatasan ini dan efektif. Sehingga dapat disimpulkan pengobatan sekali atau dua kali sehari selama 14 hari dengan krim atau busa ketoconazole topikal, dan penggunaan sampo ketoconazole sekali seminggu mungkin merupakan pengobatan yang efektif untuk PV, dengan krim atau busa yang menunjukkan kemanjuran jangka panjang. Kemanjuran pengobatan formulasi topikal dapat lebih rendah di iklim tropis[3].

Ketoconazole, pernah menjadi standar emas untuk pengobatan oral infeksi jamur, tidak lagi disarankan untuk pengobatan mikosis superfisial, termasuk PV, di Kanada, AS, atau Eropa karena berhubungan dengan risiko efek samping hepatotoksik yang terkait dengan ketoconazole oral. Antijamur baru telah terbukti memiliki kemanjuran yang sama seperti ketoconazole oral dalam mengobati PV seperti itrakonazol, flukonazol dan pramikonazol. Flukonazol adalah antijamur triazol, menghambat sintesis ergosterol yang bergantung pada sitokrom P450, mirip dengan itrakonazol dan ketokonazol. Penelitian telah menunjukkan bahwa flukonazol setara atau lebih efektif daripada ketokonazol oral dalam mengobati PV. Penelitian yang dilakukan oleh Amer (1997) menunjukkan kemanjuran rejimen

flukonazol mingguan.

Selama empat minggu setelah pengobatan terakhir, penyembuhan mikologi untuk rejimen flukonazol 300 mg (mingguan 93%, dua mingguan 87%) secara signifikan lebih tinggi dari 150 mg flukonazol (73%, $p < 0,0001$). Dua dosis mingguan 300 mg flukonazol adalah pengobatan yang direkomendasikan untuk PV. Regimen ini menghasilkan tingkat kesembuhan mikologi yang jauh lebih tinggi (97%) dibandingkan dengan flukonazol dosis tunggal 450 mg ($p = 0,012$) dan dalam penelitian terbuka, 12 minggu setelah dimulainya pengobatan, semua pasien yang telah menyelesaikan dan penyembuhan mikologi pada minggu ke 4 tidak menunjukkan kekambuhan. Kekambuhan didefinisikan sebagai munculnya kembali/memburuknya gejala klinis atau mikologi positif setelah tes negatif. Pengobatan mingguan dengan 150 mg flukonazol selama empat minggu dapat menghasilkan angka kesembuhan mikologi yang tinggi (64%). Pemberian dilanjutkan selama 12 bulan setelah pengobatan untuk menilai kekambuhan. Kekambuhan ditemukan secara signifikan lebih banyak pasien yang menerima dosis tunggal itrakonazol dibandingkan dengan dosis tunggal flukonazol delapan minggu setelah pengobatan (60% vs 35%, $p < 0,05$). Selain itu, tingkat kesembuhan mikologi yang lebih besar secara signifikan ditunjukkan untuk flukonazol pada 8 minggu dibandingkan itrakonazol (65% vs 20%, $p < 0,05$). Meskipun telah ditetapkan bahwa dosis tunggal itrakonazol tidak ideal, dosis tunggal flukonazol merupakan pengobatan yang efektif untuk PV [3].

Setelah pengobatan berhasil, diperlukan waktu berbulan-bulan bagi tubuh untuk mengembalikan warna alami lesi, dan perubahan pigmen kulit jangka panjang ini membuat pasien berpikir bahwa pengobatannya gagal. Temuan mikroskop "*sphagetti and*

meatball" menunjukkan infeksi masih aktif dan memerlukan perawatan lebih lanjut. Tinea versikolor dapat kambuh, seringkali selama musim panas, dan pemberian kembali terapi yang sebelumnya efektif mampu mengobati PV. Untuk pasien dengan kekambuhan yang sering, obat oral atau topikal bulanan dapat mencegah episode kekambuhan berikutnya [6].

KESIMPULAN

PV merupakan salah satu kondisi infeksi jamur yang paling umum di seluruh dunia terutama di Negara tropis. Karena spesies *Malassezia* bersifat endogen pada flora kulit, kondisi ini sangat sulit untuk diberantas. Pemberian terapi yang tepat dan dosis tepat dalam jangka waktu tertentu dapat mencegah terulangnya infeksi di masa depan. Pasien harus menyadari bahwa hiper atau hipopigmentasi dapat bertahan dan membutuhkan waktu berbulan-bulan untuk memulihkan penampilan kulit yang normal.

REFERENSI

1. Karray dan Mc.Kinney. Tinea Versicolor. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021
2. Soleha. Pitiriasis Versicolor Ditinjau Dari Aspek Klinis Dan Mikrobiologis. JK Unila. 2016; 1(2): 432-435.
3. Gupta and Foley. Antifungal Treatment for Pityriasis Versicolor. J Fungi (Basel). 2015; 1(1): 13-29.
4. Zonunsanga. Atypical pityriasis versicolor case report. Our Dermatol Online. 2015;6(2):198-200
5. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). 2017. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin di Indonesia. PP PERDOSKI: Jakarta
6. Hudson, et al. Tinea Versicolor, JAMA. 2018;320(13):1396.