

Case Report

## A Case of Lupus Vulgaris Diagnosed without Skin Biopsy

Kasus Lupus Vulgaris yang Didiagnosis Tanpa Biopsi Kulit

**Dian Puspitasari\*, Feilicia Henrica\***

Dermatovenereology Departement Faculty of Medicine Maranatha Christian  
University– Immanuel Hospital Bandung

Jl. Prof. Drg. Suria Sumantri MPH No.65 Bandung 40164

Email: dianpus6188@gmail.com

Received: August 8, 2019

Accepted: February 24, 2020

### Abstract

*Lupus vulgaris is a variant of cutaneous tuberculosis in a previously sensitized individual that has a high degree of delayed-type hypersensitivity to tuberculin. Absolute criteria for the diagnosis of cutaneous tuberculosis is a positive M. tuberculosis culture on guinea pig or polymerase chain reaction (PCR) examination. We reported a case of lupus vulgaris in a 32 years old female. A diagnosis of lupus vulgaris was made by clinical manifestation, therapeutic trial, interferon-gamma release assay (IGRA) test, and other laboratory tests. The patient presented with an erythematous scaly plaque on the face and left hand. Diascopy test was positive, consistent with the “apple jelly” sign. Regression of lesion was observed after 1 month of therapy with anti-tuberculosis drugs. Culture, PCR, and histopathological examination were not established due to patient’s refusal. The patient was allergic to pyrazinamide and ethambutol, therefore she was initially treated with a daily dose of 450 mg Rifampicin, 300 mg isoniazid (INH), and 500 mg levofloxacin for 2 months and continued with maintenance phase, three times weekly of 450 mg Rifampicin and 450 mg INH until one year. Treatment provided a good result.*

**Keywords:** tuberculosis; lupus vulgaris; therapeutic trial

### Abstrak

Lupus vulgaris merupakan salah satu bentuk tuberkulosis kutis pada individu yang telah tersensitasi dan memiliki *delayed type hypersensitivity* tinggi terhadap tuberkulin. Kriteria absolut penegakan diagnosis tuberkulosis kutis adalah adanya hasil kultur *M. tuberculosis* yang positif, inokulasi pada marmot atau dengan pemeriksaan *polymerase chain reaction* (PCR). Pada laporan ini dipaparkan sebuah kasus lupus vulgaris pada seorang wanita umur 32 tahun yang didiagnosis tanpa biopsi kulit tetapi berdasarkan gejala klinis, *therapeutic trial*, tes *interferon-gamma release assay* (IGRA) dan beberapa pemeriksaan penunjang lainnya. Gambaran klinis di daerah kulit wajah dan tangan kiri tampak plak eritem dengan skuama yang pada pemeriksaan diaskopi memberikan gambaran “apple jelly”. Respons terapi terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) dalam 1 bulan terlihat membaik, berupa regresi dari kelainan kulitnya. Pemeriksaan kultur, PCR, dan pemeriksaan histopatologi tidak dapat dilakukan karena pasien menolak dilakukan biopsi kulit. Pasien alergi terhadap obat pirazinamid dan etambutol, sehingga pada fase awal pasien diterapi dengan dosis harian Rifampisin 450 mg, isoniazid (INH) 300 mg dan Levofloksasin 500 mg, lalu pada fase lanjutan dengan Rifampisin 450 mg dan INH 450 mg seminggu 3X sampai dengan 1 tahun. Terapi pada kasus ini memberikan hasil yang baik.

**Kata kunci:** tuberkulosis; lupus vulgaris; therapeutic trial

## Case Report

### Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah kesehatan yang sangat penting di dunia. Pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 10,6 juta kasus di seluruh dunia dengan 6,3 juta kasus baru di antaranya.<sup>1</sup> Indonesia termasuk ke dalam 3 negara terbesar dengan kasus tuberkulosis, dimana terdapat peningkatan jumlah kasus baru tuberkulosis dari 331.703 kasus pada tahun 2013, menjadi 563.879 kasus pada tahun 2018.<sup>2</sup> Insidensi tuberkulosis kutis hanya sebesar 1-2% dari tuberkulosis secara keseluruhan,<sup>3</sup> sedangkan insidensi Lupus vulgaris (LV) sebesar 10-15% dari tuberkulosis kutis.<sup>4</sup> Insidensi LV bervariasi pada beberapa regio dan negara-negara di dunia.<sup>5</sup> LV lebih sering ditemukan di negara Asia<sup>5</sup> dan iklim tropis.<sup>6</sup> Perempuan lebih sering terkena, dengan perbandingan rasio 3 : 1 dibandingkan laki-laki.<sup>6</sup> Lokasi terbanyak yaitu pada wajah dan leher.<sup>6</sup>

Gambaran klinis yang khas pada LV berupa plak merah kecoklatan yang biasanya soliter, terdiri dari papulonodul dengan gambaran khas “apple jelly” pada pemeriksaan diaskopi.<sup>6,7</sup> Kriteria absolut penegakan diagnosis tuberkulosis kutis adalah adanya hasil *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) yang positif pada kultur, inokulasi marmot, atau pemeriksaan *polymerase chain reactions* (PCR).<sup>7</sup> Penyakit LV merupakan salah satu bentuk tuberkulosis pausibasiler<sup>6</sup> dengan jumlah bakteri yang sangat sedikit pada lesi kulit.<sup>8,9</sup> Umopathy *et al* pada tahun 2006 melaporkan hanya 57% kultur yang positif pada penderita LV, sehingga diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan penunjang lainnya untuk menegakkan diagnosis LV.<sup>9</sup>

Yates dan Walker menjabarkan kriteria-kriteria yang menunjang diagnosis tuberkulosis kutis yaitu didaptkannya tuberkulosis aktif di organ lain, ditemukannya bakteri tahan asam pada lesi, gambaran histopatologis yang khas, uji tuberkulin yang positif, anamnesis dan pemeriksaan fisik yang sesuai, serta respons yang baik terhadap OAT.<sup>7</sup> Pengambilan spesimen kulit melalui biopsi pada kasus tuberkulosis kutis dilakukan untuk menyediakan bahan pemeriksaan histopatologis, PCR dan kultur bakteri. Afsar dan Afsar pada tahun 2016 meneliti sebanyak 26 spesimen kulit penderita tuberkulosis kutis melalui biopsi, 11 di antaranya positif menunjang diagnosis tuberkulosis kutis melalui kultur dan pemeriksaan histopatologi. Dari 11 sampel tersebut 90,90% positif untuk pemeriksaan histopatologi dan 45,45% positif untuk pemeriksaan kultur bakteri.<sup>10</sup>

Berikut ini dilaporkan sebuah kasus LV pada seorang wanita berusia 32 tahun yang telah menyetujui dilaporkannya kasus ini. Diagnosis LV pada penderita ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, *theurapeutic trial*, pemeriksaan *Interferon-Gamma Release Assay* (IGRA), dan kriteria-kriteria penunjang lainnya. Pemeriksaan penunjang berupa kultur bakteri, PCR, dan pemeriksaan histopatologi tidak dapat dilakukan karena pasien menolak dilakukan biopsi kulit

## Case Report

karena adanya riwayat skar hipertrofi pada bekas luka sebelumnya, sehingga penegakan diagnosis awal berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan-pemeriksaan penunjang lainnya menjadi hal yang penting.

### Laporan Kasus

Seorang wanita, berusia 32 tahun, menikah, suku Sunda, agama Islam, datang ke Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Immanuel Bandung dengan keluhan utama adanya bercak kemerahan timbul pada wajah dan tangan kiri yang tidak terasa gatal ataupun nyeri.

### Anamnesis Khusus

(Autoanamnesis 29 Januari 2016)

Sejak 1 bulan sebelum berobat, bercak berwarna kemerahan yang timbul pada wajah dan lengan yang telah ada sebelumnya, dirasakan meluas. Penderita berobat ke dokter, diberikan obat berupa tablet prednison, kelainan kulit sempat membaik, namun kemudian timbul kembali. Karena tidak ada perbaikan penderita kemudian berobat ke Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Immanuel Bandung. Penderita baru pertama kali mengalami keluhan seperti ini, keluhan tidak disertai dengan rasa gatal ataupun nyeri. Riwayat batuk-batuk lama, batuk berdarah, sering berkeringat pada malam hari, penurunan berat badan, adanya benjolan pada leher, ketiak, serta kontak dengan penderita batuk-batuk lama disangkal.

### Pemeriksaan Fisik: Status Generalis

Keadaan umum : Kesadaran kompos mentis, tampak sakit sedang  
Tekanan darah : 120/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit,  
Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36°C  
Tinggi badan : 155 cm Berat badan : 52 kg  
BMI : 21,7 kg/m<sup>2</sup> Status gizi : baik

Kepala : Mata : Konjungtiva tidak anemis & hiperemis, sklera tidak ikterik.  
Hidung : Sekret (-)/(-)  
Mulut : Tonsil T1-T1 tenang, faring tidak hiperemis

Leher : JVP tidak meningkat

Dada : Bentuk dan pergerakan simetris.  
Paru-paru : Vesicular breath sound (VBS): kanan=kiri,  
ronki -/-, wheezing -/-

## Case Report

Jantung : Bunyi jantung murni, reguler  
Perut : Datar, lembut. Hepar dan lien tidak teraba.  
Bising usus (+) normal.  
Anggota gerak atas : Deformitas -/-, edema -/  
Regio deltoid kanan: skar BCG (+)  
Anggota gerak bawah: Deformitas -/-, edema -/  
Kulit: Lihat status dermatologikus  
Kelenjar getah bening leher, aksila:  
Inspeksi : Tidak tampak adanya pembesaran  
Palpasi : Tidak teraba membesar

### Status dermatologikus:

Distribusi: Regioner

Pada dahi, hidung, kedua pipi, dagu, dan tangan kiri tampak lesi multipel, bentuk tidak teratur, ukuran miliar sampai dengan plak, batas tegas, timbul, sebagian besar kering, berupa plak eritema dengan skuama. Pada beberapa bagian tampak erosi dan krusta serosaguinolenta.



Gambar 1 Lesi pada Wajah



Gambar 2 Lesi pada Tangan Kiri



Gambar 3 Lesi pada Pipi Kanan



Gambar 2 Lesi pada Pipi, Daggu Kiri

## Case Report

### Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan diaskopi pada lesi di wajah dan tangan, didapatkan gambaran “apple jelly”

### Diagnosis Banding:

- a. Lupus vulgaris
- b. *Cutaneous lupus erythematosus*
- c. Sarkoidosis

### Diagnosis kerja

Lupus vulgaris

### Pemeriksaan selanjutnya:

1. Laboratorium darah : Hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, laju endap darah (LED), *serum glutamic oxaloacetic transaminase* (SGOT), *serum glutamic piruvic transaminase* (SGPT), gula darah sewaktu (GDS)
2. Foto toraks PA
3. Uji tuberkulin *purified protein derivative 5-tuberculin unit* (PPD 5-TU)

### Penatalaksanaan:

#### Umum :

Memberikan penjelasan kepada penderita dan keluarga mengenai penyakit dan rencana penegakan diagnosis sebelum pemberian terapi

**Khusus** : Belum diberikan pengobatan

### Prognosis:

*Quo ad vitam* : *ad bonam*

*Quo ad functionam* : *dubia ad malam*

*Quo ad sanationam* : *dubia ad bonam*

### Pengamatan Lanjutan

#### Tanggal 5 Februari 2016

Keluhan : kelainan kulit meluas

Hasil pemeriksaan penunjang :

1. PPD (+)
2. ANA (+)
3. DsDNA (-)
4. Laju Endap Darah (LED): 123 mm/jam
5. Hasil Rontgen foto toraks: Suspek TB (TB paru minimal)
6. Hasil Rontgen foto top lordotik: Tidak tampak TB paru aktif

Case Report



Gambar 5 Lesi pada Wajah



Gambar 6 Lesi pada Pipi Kanan



Gambar 7 Lesi pada Tangan Kiri

Penderita dikonsulkan ke Poliklinik *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) untuk mendapat pengobatan antituberculosis.

**Terapi:**

Obat OAT kategori I (2RHZE + 4R3H3)

Pada tahap intensif diberikan tablet OAT 4 kombinasi dosis tetap

(OAT-4KDT) : 3 tablet OAT-4KDT per hari (@1 tablet mengandung rifampisin 150 mg, isoniasid 75 mg, pirasinamid 400 mg, dan etambutol 275 mg) .

**Tanggal 19 Februari 2016**

Keluhan : bercak kemerahan pada seluruh tubuh yang terasa gatal

Diagnosis kerja : lupus vulgaris + *drug eruption* ec suspek etambutol &/ pirazinamid

Terapi : Stop OAT

Topikal : Krim klobetasol propionat 0,05 % 2x/hari

Sistemik : Dexamine® (Deksametason 0,5 mg dan dekslorfeniramin maleat 2 mg) 3 X 1 tablet (peroral)

Rencana dilakukan desensitasi OAT

**Tanggal 28 Maret 2016**

Keluhan : (-)

Setelah dilakukan desensitasi OAT, terapi fase awal yang diberikan adalah:

Rifampisin 1 X 450 mg/hari

INH 1 X 300 mg/hari

Levofloksasin 1 X 500 mg/ hari

Case Report

Terapi per oral fase awal berupa Rifampisin 450 mg/hari, INH 300 mg/hari serta Levofloksasin 500 mg/hari diteruskan.



Gambar 8 Perbaikan pada Lesi di Wajah



Gambar 9 Perbaikan pada Lesi di Pipi Kiri



Gambar 10 Perbaikan pada Lesi di Tangan Kiri

**Tanggal 21 April 2016**

Keluhan : lesi kulit pada wajah dan tangan membaik, namun timbul benjolan kemerahan pada kedua tungkai yang terasa nyeri disertai bengkak pada kedua sendi lutut

Diagnosis kerja : Lupus vulgaris + eritema nodosum

Terapi dilanjutkan

**Tanggal 24 Juni 2016**

Keluhan: bengkak pada kedua sendi lutut yang terasa nyeri

Diagnosis kerja : Lupus vulgaris + eritema nodosum

Konsul Bagian Ilmu Penyakit Dalam (IPD) untuk mengetahui ada atau tidaknya TB di organ tubuh lainnya

Jawaban Bagian IPD:

## Case Report

Tidak terdapat tanda-tanda TB di organ tubuh lain

Terapi :

- Pada tahap lanjutan diberikan tablet OAT 2 kombinasi dosis tetap (OAT-2KDT)
- 3 tablet OAT-4KDT 3x per minggu (@1 tablet mengandung rifampisin 150 mg, isoniasid 150 mg)

**Tanggal 30 Juni 2016**

Hasil *rontgen* sendi : tidak ditemukan kelainan

LED : 118 mm/jam

Tes *Interferon-Gamma Release Assays (IGRA)*: positif

**Tanggal 19 Agustus 2016**

Keluhan : Lesi kulit membaik, bengkak pada sendi lutut masih ada



**Gambar 11 Perbaikan pada Lesi di Wajah**



**Gambar 12 Perbaikan pada Lesi di Pipi Kiri**



**Gambar 13 Skar Hipertrofik pada Tangan Kiri**

Konsul Bagian Bedah Ortopedi untuk mengetahui adanya TB di organ tubuh lainnya

Jawaban Bagian Bedah Ortopedi;

- Diagnosis kerja: *Synovitis Tuberculosis Knee Joint*



## Case Report

- OAT diteruskan sampai dengan 1 tahun + Glisodin® 1 X 250 mg

### Tanggal 29 Desember 2016

Keluhan: lesi kulit membaik, nyeri sendi masih ada

Diagnosis kerja : Lupus Vulgaris + *Synovitis Tuberculosis Knee Joint*

Terapi: OAT dilanjutkan sampai dengan 1 tahun

Diagnosis Kerja Akhir: Lupus Vulgaris + *Drug Eruption* ec susp Etambutol&/ pirazinamid + *Synovitis Tuberculosis Knee Joint*

### Diskusi

Tuberkulosis kutis adalah infeksi pada kulit yang disebabkan oleh bakteri *M.tuberculosis*. Tuberkulosis kutis dapat timbul karena sumber endogen yang menyebar secara hematogen maupun limfogen, dapat pula melalui inokulasi langsung pada kulit.<sup>4</sup> Kasus LV dapat timbul sekunder terhadap tuberkulosis kutis verukosa atau skrofuloderma atau sumber endogen dan eksogen lainnya.<sup>5,6</sup> Sumber penularan LV yang utama adalah melalui hematogen dan limfogen, walaupun demikian penularan melalui inokulasi langsung kadang-kadang dapat terjadi pula.<sup>1,4</sup>

Pada penderita tidak ditemukan tuberkulosis pada paru-paru ataupun pada kelenjar, hanya terdapat gambaran sinovitis TB pada sendi lutut. Penderita bekerja di laboratorium yang memeriksa kultur bakteri dan resistensi antibiotik, sehingga kemungkinan sumber penularan TB pada pasien ini diduga melalui inokulasi langsung dari kultur bakteri ataupun penyebaran TB di lutut pasien, mengingat suami, anak-anak penderita dan keluarga yang tinggal serumah, setelah melalui serangkaian pemeriksaan tidak ada yang menderita TB. Gambaran klinis tuberkulosis kutis sangat bervariasi, tergantung dari sumber penularan serta status imunologinya, mulai dari *Tuberculosis chancre*, tuberkulosis kutis verukosa, LV, skrofuloderma, tuberkulosis orifisialis, tuberkulosis kutis gumosa serta tuberkulosis kutis miliaris.<sup>4</sup> Penyakit LV merupakan salah satu bentuk tuberkulosis kutis yang timbul pada individu yang telah tersensitasi dan memiliki *delayed type hypersensitivity* tinggi terhadap tuberkulin.<sup>6,7</sup>

Lesi LV 90% ditemukan pada wajah dan leher. Lesi biasanya soliter, namun dapat mengenai lebih dari satu tempat secara simultan. Biasanya dimulai dari hidung, pipi, telinga, atau kulit kepala, dan secara perlahan mengenai regio lain.<sup>6</sup> Lesi inisial biasanya berupa makula atau papula merah-kecoklatan dengan konsistensi lunak dan permukaan halus atau hiperkeratotik. Pada pemeriksaan diaskopi didapatkan gambaran karakteristik infiltrat *apple jelly*.<sup>4,6</sup> Lesi dapat

## Case Report

meluas membentuk plak, kadang ditemukan involusi pada satu area dengan perluasan pada area lain membentuk gambaran tepi girata.<sup>6</sup> Lesi awal penderita berupa papula eritema asimtomatik yang timbul satu bulan sebelum berobat pada wajah dan tangan kiri, kelainan kulit perlahan membesar dan tidak membaik dengan pemberian terapi prednison. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diaskopi pada penderita ini, difikirkan suatu diagnosis kerja berupa LV.

Diagnosis tuberkulosis kutis dapat ditegakkan berdasarkan kriteria absolut, yaitu didapatnya hasil kultur bakteri, inokulasi pada *guinea pig*, ataupun hasil pemeriksaan PCR *M. tuberculosis* yang positif.<sup>7</sup> Kultur merupakan *gold standard* diagnosis tuberkulosis,<sup>11</sup> Metode kultur memerlukan sedikitnya 10-100 basil/ml untuk dapat mengisolasi *M.tuberculosis*,<sup>12,13</sup> Jumlah bakteri pada lesi kulit LV sangat sedikit,<sup>8,9</sup> sehingga hasil pemeriksaan mikroskopis<sup>8</sup> dan kultur sering memberikan hasil yang negatif.<sup>5,8,14</sup> Hasil pemeriksaan kultur *M.tuberculosis* memerlukan waktu sekitar 8 minggu.<sup>12</sup> Hal-hal tersebut seringkali membatasi penggunaannya sebagai alat diagnostik<sup>12</sup> dan menunda dimulainya terapi OAT.<sup>5</sup> Umopathy *et al.*,<sup>9</sup> melaporkan hanya 57% kultur yang positif pada penderita LV. Pemeriksaan penunjang berupa kultur, PCR dan pemeriksaan histopatologis pada pasien ini tidak dapat dilakukan karena pasien menolak dilakukan biopsi kulit, karena adanya riwayat skar hipertrofi pada bekas luka sebelumnya.

Amplifikasi *deoxyribose nucleic acid* (DNA) dengan metode PCR merupakan pemeriksaan yang cepat dan efektif untuk mendeteksi *M.tuberculosis*, serta dapat mendeteksi basil kurang dari 10 mikroorganisme.<sup>12</sup> Namun, sensitivitas pemeriksaan PCR untuk mendeteksi tuberkulosis kulit tidak lebih tinggi dibandingkan pemeriksaan kultur yang merupakan *gold standard*.<sup>11</sup> Tan *et al.*, dikutip dari Tappeiner<sup>6</sup> menyatakan sensitivitas dan spesifisitas PCR untuk mendeteksi tuberkulosis pausibasiler hanya 55%. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan PCR

Uji tuberkulin positif pada penderita dengan hipersensitivitas tipe lambat terhadap antigen mikobakterium.<sup>6,7</sup> Uji ini dilakukan dengan menyuntikkan PPD secara intradermal, hasil dibaca setelah 48-72 jam berupa diameter indurasi dalam satuan mm.<sup>7</sup> Hasil positif bila didapatkan diameter lebih atau sama dengan 10 mm.<sup>15</sup> Reaksi positif kuat lebih dari 15 mm memiliki nilai diagnostik.<sup>11</sup> Uji tuberkulin pada LV umumnya memberikan hasil positif.<sup>11,14</sup> Hasil uji tuberkulin pada penderita positif kuat yaitu didapatkan indurasi 20 mm, mendukung diagnosis LV.

Pada tahun 2005, FDA menyetujui tes diagnostik *in vitro* menggunakan sampel darah, untuk mengukur kadar interferon- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) terhadap antigen tuberkulosis. Tes ini disebut dengan

## Case Report

*Interferon- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) release assay (IGRA)*.<sup>6,16</sup> Tes ini memiliki positif palsu yang rendah dan spesifisitas yang tinggi, oleh sebab itu dapat digunakan untuk mendiagnosis tuberkulosis aktif dan laten.<sup>16</sup> Hasil tes IGRA pada pasien ini ditemukan positif. Pada daerah dengan prevalensi TB yang tinggi, *therapeutic trial* dengan OAT perlu dipertimbangkan.<sup>11</sup> Respons terhadap terapi OAT selama 6 minggu berupa pengurangan indurasi, skuama, verukosa, dan eritema mendukung tuberkulosis dan dapat digunakan sebagai kriteria diagnostik.<sup>5,17</sup> Bila tidak ada perbaikan setelah terapi OAT selama 4-6 minggu maka diagnosis banding lain harus dipikirkan.<sup>17</sup> Pada pasien ini didapatkan respons yang baik setelah pengobatan selama 1 bulan.

Kriteria lain menurut Yates yang menunjang diagnosis tuberkulosis kutis adalah didaptkannya tuberkulosis aktif di organ lain, ditemukannya bakteri tahan asam pada lesi, gambaran histopatologis yang khas, uji tuberkulin yang positif, respons terhadap OAT, serta anamnesis dan pemeriksaan fisik yang sesuai.<sup>7</sup> Pemeriksaan lain seperti LED, uji tuberkulin, hitung jenis leukosit, foto rontgen toraks perlu dilakukan, namun sering memberikan hasil yang membingungkan. Riwayat trauma tajam sebelum timbul kelainan kulit, dan skar BCG mendukung tuberkulosis.<sup>17</sup> Diagnosis akhir penderita ini adalah LV ditegakkan dari gambaran klinis yang mendukung, pemeriksaan diaskopi berupa gambaran *apple jelly colour*, uji tuberkulin positif kuat, tes IGRA positif, dan respons yang baik terhadap pemberian terapi OAT.

Dugaan awal diagnosis LV pada pasien ini menjadi penting karena gambaran klinis tuberkulosis kutis yang sangat bervariasi dan untuk menegakkan diagnosis memerlukan pemeriksaan-pemeriksaan penunjang yang memerlukan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan hasilnya. Selain itu karena pasien menolak dilakukan biopsi kulit sedangkan sebagian besar lesinya adalah pada wajah yang cukup mengganggu secara kosmetik, maka diagnosis kerja ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, pemeriksaan diskopi dan *therapeutic trial* pada pasien ini menjadi komponen yang cukup penting baik dalam menegakkan diagnosis maupun dalam penanganan pasien. Diagnosis banding LV berdasarkan gambaran klinis antara lain dengan *cutaneous lupus erythematosus* dan sarkoidosis.<sup>6</sup>

Penatalaksanaan tuberkulosis kutis sama dengan pengobatan tuberkulosis paru-paru.<sup>11</sup> Pengobatan optimal adalah dengan terapi obat kombinasi.<sup>14</sup> Tujuan pengobatan adalah untuk menyembuhkan penyakit, mencegah resistensi obat, mencegah kekambuhan,<sup>6</sup> dan memutuskan rantai penularan.<sup>18</sup> Pengobatan TB dibagi menjadi dua tahap, yaitu tahap awal dan lanjutan.<sup>18</sup>

Pemberian obat antituberkulosis di Indonesia mengikuti Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2014, yang terdiri dari kategori I dan II. Kategori I diberikan kepada penderita TB paru baru

## Case Report

dengan BTA positif; penderita TB paru dengan BTA negatif dan foto toraks positif; serta TB ekstra-paru. Kategori II diberikan pada penderita TB yang mengalami kekambuhan, kegagalan pengobatan, dan putus obat. Pengobatan tuberkulosis kategori I dibagi menjadi dua tahap. Tahap awal atau intensif pasien mendapatkan obat RHZE (rifampisin, isoniasid, pirasinamid, dan etambutol) setiap hari selama dua bulan, sedangkan tahap lanjutan mendapatkan obat RH tiga kali per minggu selama 4 bulan. Panduan OAT disediakan dalam bentuk paket berupa obat OAT-KDT. Tablet OAT-KDT ini terdiri dari kombinasi empat atau dua jenis obat dalam satu tablet. Tablet 4KDT mengandung rifampisin 150 mg, isoniasid 75 mg, pirasinamid 400 mg, dan etambutol 275 mg, sedangkan tablet 2KDT mengandung rifampisin 150 mg, isoniasid 150 mg. Dosis disesuaikan dengan berat badan pasien; berat badan antara 30-37 kg diberikan dua tablet 4KDT pada fase intensif dan dua tablet 2KDT pada fase lanjutan; berat badan 38-54 kg diberikan tiga tablet 4KDT pada fase intensif dan tiga tablet 2KDT pada fase lanjutan; berat badan 55-70 kg diberikan empat tablet 4KDT pada fase intensif dan empat tablet 2KDT pada fase lanjutan; berat badan lebih dari 71 kg diberikan lima tablet 4KDT pada fase intensif dan lima tablet 2KDT pada fase lanjutan.<sup>18</sup>

Rencana terapi diberikan sesuai dengan kategori I dalam Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Depkes RI 2014. Berat badan penderita 52 kg, sehingga pada fase awal mendapatkan 3 tablet OAT-4KDT setiap hari selama 2 bulan, dilanjutkan dengan 3 tablet OAT-2KDT seminggu 3 kali selama 4 bulan, tetapi karena adanya alergi terhadap etambutol dan pirazinamid, maka pada fase awal pasien setiap hari diberikan Rifampisin 450 mg, INH 300 mg dan levofloksasin 500 mg selama 2 bulan, dilanjutkan dengan Rifampisin 450 mg dan INH 450 mg seminggu 3 kali sampai 1 tahun. Penderita sudah tampak perbaikan setelah 1 bulan pengobatan dan setelah 1 tahun pengobatan lesi di wajah sudah tidak ada, hanya meninggalkan skar hipertrofi pada tangan kiri.

Penyakit LV tidak mengancam jiwa<sup>19</sup> dan umumnya memberikan respons yang baik terhadap OAT,<sup>7,11</sup> dengan angka resistensi sebesar 2 %, <sup>9</sup> oleh karena itu prognosis *quo ad vitam ad bonam*. Penyembuhan LV dapat meninggalkan sikatriks,<sup>7</sup> sehingga prognosis *quo ad functionam* dapat menjadi *dubia ad malam*. Angka rekurensi tuberkulosis kutis setelah pengobatan OAT yaitu 15,4% kasus,<sup>20</sup> sehingga prognosis *quo ad sanationam dubia ad bonam*.

### Daftar Pustaka

1. Sethi A. Tuberculosis and Infections with Atypical Mycobacteria. Dalam: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer Js, penyunting. Fitzpatrick's dermatology. Edisi ke-9. New York: McGraw-Hill; 2019. p 2858-75.
2. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World Health Organization 2019. p 1-7.

Case Report

3. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG, Medeiros VL. Cutaneous tuberculosis: diagnosis, histopathology and treatment - part I. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(2): 219-28.
4. Zhang J, Fan YK, Wang P, Chen QQ, Wang G, Xu AE, Chen LQ, Hu R, Chen W, Song ZQ, Hao F. Cutaneous Tuberculosis in China – A multicenter Restospective Study of Cases Diagnosed Between 1957 and 2013. *JADV* 2018;32(4): 632-8.
5. Silva MR, Castro MCR. Mycobacterial infections. Dalam: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, penyunting. *Dermatology.* Edisi ke-3. China: Elsevier; 2012. hlm. 1221- 42.
6. Yasaratne BMGD, Madegedara DM. Tuberculosis of the skin. *J Ceylon Coll Phys* 2010;41(2):84-8.
7. Yates VM, Walker SL. Mycobacterial infection. Dalam: Griffith C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, penyunting. *Rook's textbook of dermatology.* Edisi ke-9. New Delhi : Wiley Blackwell ; 2016. hlm. 27.1-27.47.
8. Padmavathy L, Rao LL, Pari T, Ethirajan N, Krishnaswamy B. Lupus vulgaris and tuberculosis verrucosa cutis - a clinical, pathological and epidemiological study of 71 cases. *Indian J Tuberc.* 2008;55(4):203-9.
9. Umapathy KC, Begum R, Ravichandran G, Rahman F, Paramasivan CN, Ramanathan VD. Comprehensive findings on clinical, bacteriological, histopathological and therapeutic aspects of cutaneous tuberculosis. *Trop Med Int Health.* 2006;11(10);1521-8.
10. Afsar I, Afsar FS. Evaluation of laboratory diagnosis for cutaneous tuberculosis. *Indian J Pathol Microbiol* 2016;5(3):274-8.
11. Nascimento LVD, Saad CFA. Mycobacteria. Dalam: Tying SK, Lupi O, Hengge UR, penyunting. *Tropical Dermatology.* Edisi ke-2. China: Elsevier; 2017. Hlm: 252-6.
12. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. *Andrews' diseases of the skin.* Edisi ke-13. New York: Elsevier. 2020 hlm. 316-7.
13. Padmavathy L, Rao L, Veliath A. Utility of polymerase chain reaction as a diagnostic tool in cutaneous tuberculosis. *Ind J Dermatol Venereol Leprol.* 2003;69(3) :214-6.
14. Ogusku MM, Sadahiro A, Hirata MH, Hirata RDC, Zaitz C, Salem JI. PCR in the diagnosis of cutaneous tuberculosis. *Braz J Microbiol.* 2003;34(2):165-70.
15. Dias MFR, Quaresma MV, Nery JADC, Filho FB, Nascimento LVD, Azulay DR. Update on cutaneous tuberculosis. *An Bras Dermatol.* 2014;89(6); 925-38.
16. Centre for Disease Control and Prevention. *MMWR.* 2010;59 (No.RR-5): 1-25.
17. Bravo F, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin in Dermatol.* 2007;25(2):173-80.
18. Sehgal VN, Sardana K, Sehgal R, Sharma S. The use of anti-tubercular therapy (ATT) as a diagnostic tool in pediatric cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol.* 2005;44(11):961-3.
19. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.* Jakarta; 2014. h 13-37.
20. Zouhair K, Akhdari N, Nejjam F, Ouazzani T, Lakhdar H. Cutaneous tuberculosis in morocco. *Int J Infect Dis.* 2007;11(3): 209-12.
21. Kratule RV, Ria A, Auzane MK. Problem of cutaneous tuberculosis. *Probl Tuberk.* 1991(8):49-51.