

Alopecia Areata Dengan Pengobatan Triamcinolone Acetonide

Alopecia Areata Treatment With Triamcinolone Acetonide

Wizar Putri Mellaratna

Departemen Ilmu Kulit Dan Kelamin, RSUD Cut Meutia, Aceh Utara

Richy Dara Perdana

Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe

Korespondensi Penulis: richydara99@gmail.com

Abstract: Alopecia areata (AA) is a condition characterized by sudden local hair loss without signs of skin inflammation or scarring. Data regarding the incidence of alopecia areata in Indonesia is still scanty, a retrospective study at Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta showed that the diagnosis of alopecia areata was the most common type of baldness in skin and genital polyclinics from 2009-2011 (39.7%). This case report was obtained from primary data through history taking, physical examination and supporting examination. The patient came with complaints of baldness on the scalp that occasionally itch. Another complaint is the growth of grey hair in areas that are bald and break easily. Experienced baldness appeared for the first time 3 months ago. On examination of the dermatological status, efflorescence of bald patches was clearly demarcated, on almost the entire scalp with the largest lesion on the right temporal and on the edge of the baldness growing white hairs that were easily broken. The location of the capitis region, the size varies (lenticular, numular, plaque), round / oval shape with regional distribution. On investigation, scalp scrapings with 10% KOH did not reveal hyphae and spores, anti-HIV and non-reactive VDRL, routine blood examinations revealed leukocytosis. Patients were treated with intralesional corticosteroids, topical corticosteroids and minoxidil according to the alopecia areata treatment algorithm.

Keyword: Alopecia areata, Triamcinolone acetonide.

Abstrak: Alopecia areata (AA) adalah suatu keadaan yang ditandai dengan kerontokan rambut setempat yang mendadak tanpa disertai tanda peradangan kulit atau scar. Data mengenai kejadian alopecia areata di Indonesia masih sedikit, penelitian retrospektif di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta bahwa diagnosis alopecia areata merupakan jenis kebotakan terbanyak di poliklinik kulit dan kelamin dari 2009-2011 (39,7%). Laporan kasus ini didapatkan dari data primer melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pasien datang dengan keluhan kebotakan di kulit kepala yang sesekali tersa gatal. Keluhan lain adalah tumbuhnya rambut berwarna putih didaerah yang mengalami kebotakan serta mudah patah. Kebotakan dialami muncul pertama kali 3 bulan yang lalu. Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan eflurosensi bercak kebotakan berbatas tegas, pada hampir seluruh kulit kepala dengan lesi terbesar di temporal kanan dan pada tepi kebotakan tumbuh rambut putih yang mudah patah. Lokasi regio capitis, ukuran bervariasi (lenticular, numular, plak), bentuk bulat/lonjong dengan distribusi regional. Pada pemeriksaan penunjang kerokan kulit kepala dengan KOH 10% tidak ditemukan hifa dan spora, anti HIV dan VDRL non reaktif, pemeriksaan darah rutin didapatkan adanya leukositosis. Pasien di tatalaksana dengan pemberian kortikosteroid intralesi, kortikosteroid topikal dan minoxidil sesuai dengan algoritma pengobatan alopecia areata.

Kata kunci: Alopecia areata, Triamcinolone acetonide.

Pendahuluan

Alopesia areata (AA) adalah suatu keadaan yang ditandai dengan kerontokan rambut setempat yang mendadak tanpa disertai tanda peradangan kulit atau scar. Penyebab kelainan masih belum jelas, dicurigai adanya serangan autoimun pada folikel rambut yang di mediasi sel T. Alopesia areata merupakan penyakit autoimun spesifik organ, bersifat kronis, yang ditandai dengan infiltrat sel T (CD4+ dan CD8+) dan produksi sitokin yang secara spesifik menargetkan folikel rambut tahap anagen. Luasnya kerontokan rambut dapat bervariasi mulai dari sebesar koin atau seluruh kulit kepala atau seluruh tubuh. Diperkirakan juga ada keterlibatan faktor genetik (1).

Data mengenai kejadian alopesia areata di Indonesia masih sedikit, penelitian retrospektif di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta bahwa diagnosis alopesia areata merupakan jenis kebotakan terbanyak di poliklinik kulit dan kelamin dari 2009-2011 (39,7%). Ditemukan 116 kasus, dimana alopesia areata memiliki insidensi tertinggi, sekitar 48 kasus (39,7%) dengan 25 orang laki-laki (21,6%) dan 23 orang perempuan (19,8%) (2). Alopesia areata dapat terjadi pada anak ataupun dewasa, dengan prevalensi global 0,1 – 0,2%, risiko seseorang mendapatkan alopesia areata semasa hidupnya sekitar 2%. Berdasarkan data rekam medis Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito tahun 2015 – 2019, tercatat 87 kasus AA, 16 di antaranya berusia di bawah 18 tahun (3).

Prinsip utama pengobatan AA yakni menghambat atau mengubah respons imunologi dengan memodulasi proses peradangan yang terjadi di sekitar folikel rambut. Terdapat perbedaan antara terapi AA pada anak dan dewasa. Beberapa pilihan pengobatan pada pasien AA diantaranya kortikosteroid topikal, injeksi, kortikosteroid intralesi, imunomodulator hingga terapi sel punca, tetapi terapi yang ada belum memberikan hasil yang maksimal serta angka remisi spontan juga masih tinggi (4).

Perjalanan penyakit ini sangat bervariasi dan ditandai dengan perjalanan penyakit yang tidak teratur, dengan sekitar 25% dari individu yang terkena mengalami episode soliter. Pertumbuhan kembali rambut secara spontan sering terjadi. Sekitar 40% dari kekambuhan terjadi dalam tahun pertama, tetapi sebagian besar pasien dapat kambuh setelah 5 tahun (5).

Ilustrasi Kasus

Pasien laki-laki, Tn. MR, berusia 26 tahun, suku Aceh, sedang mencari pekerjaan, pertama kali datang Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia pada tanggal 5 Agustus 2022. Pasien datang dengan keluhan kebotakan di kulit kepala yang sesekali tersa gatal.

Keluhan lain adalah tumbuhnya rambut berwarna putih didaerah yang mengalami kebotakan serta mudah patah. Kebotakan dialami muncul pertama kali 3 bulan yang lalu.

Pasien mengatakan 3 bulan yang lalu kebotakan pertama kali muncul, diawali dengan sakit kepala sebelah kanan dan kemudian dioleskan balsem pada kulit kepala tersebut. Kemudian 3 hari setelah itu, muncul kebotakan sebesar koin di daerah kepala kanan. Kebotakan tersebut terus meluas beberapa hari kemudian.

Seminggu setelah kebotakan, pasien berobat ke puskesmas dan di rujuk ke RS Prima Inti Medika (RS PIM). Pasien mengatakan saat di RS PIM pasien mendapatkan beberapa obat tablet. Pasien sempat kontrol ulang 4x ke RS PIM namun keluhan kebotakannya belum teratasi. Kemudian, pasien di rujuk dari RS PIM ke RSCM untuk menjalani pengobatan lanjut dan pemeriksaan laboratorium KOH 10%.

2 bulan yang lalu (5/8/2022), pasien berobat untuk pertama kalinya RSCM dan kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium KOH 10%.

Kontrol ulang pertama (12/8/2022), pasien kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSCM dengan keluhan kebotakan yang belum teratasi, rasa tidak nyaman di perut dan membawa hasil laboratorium KOH 10% spora (-) dan hifa (-). Kemudian pasien di terapi berupa dengan Metil Prednisolon 1x16 mg (pagi), Lansoprazole 1x30 mg (ac) dan salep Desoximetasone 0,25 % 2x1 pada bercak kebotakan.

Kontrol ulang kedua (19/8/2022), pasien datang kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSCM dengan keluhan kebotakan yang terus meluas, munculnya daerah kebotakan baru, lemas dan rasa kurang nyaman di perut. Pasien kemudian mendapatkan terapi Metil Prednisolon 1x8 mg (pagi), Lansoprazole 1x30 mg (ac), Zinc 1x20 mg dan salep Desoximetasone 0,25 % 2x1 pada bercak kebotakan.

Kontrol ulang ketiga (26/8/2022), pasien datang kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSCM dengan keluhan yang sama yaitu kebotakan dan badan terasa lemas. Pasien kemudian di terapi dengan Zinc 1x20 mg dan salep Desoximetasone 0,25 % 2x1 pada bercak kebotakan. Kemudian pasien juga di rencanakan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium Anti-HIV dan VDRL.

Kontrol ulang keempat (2/9/2022), pasien datang kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSCM dan membawa pemeriksaan laboratorium Anti-HIV (-) , VDRL (-). Keluhan yang dialami sama yaitu kebotakan dan tumbuh rambut putih, rambut tersebut mudah patah dan tumbuh mulai dari tepi-tepi daerah kebotakan. Pasien mengeluhkan dirinya sangat tertekan dan sulit untuk tidur di malam hari. Hal tersebut terjadi karena pasien belum juga mendapatkan pekerjaan dan keluarga selalu menekannya untuk bekerja. Pasien kemudian di

terapi dengan penyuntikan intralesi Triamcinolon Acetonide sebanyak 0,35 mg, Zinc 1x20 mg, Alprazolam 1x0,5 mg dan salep Desoximetasone 0,25 % 2x1 pada bercak kebotakan. Kemudian pasien juga di rencanakan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin.

Kontrol ulang kelima (9/9/2022), pasien datang kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSCM dan membawa pemeriksaan laboratorium darah rutin dengan leukosit (18,97 ribu/uL). Keluhan kebotakan dengan rambut putih yang tumbuh masih dikeluhkan, dengan sedikit perbaikan yaitu tidak adanya daerah kebotakan baru. Pasien mengatakan daerah bekas suntikan minggu kemaren masih sakit dan kemerahan. Keluhan lain pasien masih sulit untuk tertidur di malam hari dan sering lemas. Terapi penyuntikan intralesi dengan Triamcinolone Acetonide di tunda terlebih dahulu sampai kemerahan bekas penyuntikan hilang. Kemudian pasien di terapi Doxycycline 2x100 mg kapsul, Desoximetasone 0,25% 2x1 pada bercak kebotakan, Gentamisin SK 0,1% 2x1 pada daerah kemerahan, Alprazolam 1x0,5 mg. Serta pasien disarankan untuk membeli Minoxidil 5% yang nanti dioleskan pada bercak kebotakan. Pasien juga di rencanakan pemeriksaan laboratorium LFT dan RFT.

Pasien mengatakan tidak ada keluarga dengan keluhan yang sama seperti yang dialaminya. Namun, pasien mengatakan Ayah dan Kakek pasien mengalami tumbuhnya uban lebih cepat kira-kira diusia 40 tahunan.

Pasien mengatakan ketika berobat di RS PIM mendapatkan beberapa obat diantaranya Griseofulvin 1x500mg yang diminum bersamaan dengan susu, cetirizin 1x10 mg. Kemudian pasien sempat memakai sampo Fungasol SS (Ketokonazole 2%) yang dipakai 2x seminggu.

Pasien merupakan seorang lulusan D3 teknik mesin di tahun 2018, sekarang masih tinggal di rumah orang tuanya.

Pasien mengatakan dirinya sangat tertekan karena belum mendapatkan pekerjaan yang sesuai dengan keinginannya dan selalu di tekan oleh keluarga supaya bisa mendapatkan pekerjaan. Karena hal tersebut pasien merasa stress dan pasien mengatakan kebotakannya akan semakin meluas dan timbul kebotakan baru setiap pasien merasa tertekan dan berpikir banyak.

Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan eflurosensi bercak kebotakan terbatas tegas, pada hampir seluruh kulit kepala dengan lesi terbesar di temporal kanan dan pada tepi kebotakan tumbuh rambut putih yang mudah patah. Lokasi regio capitis, ukuran bervariasi (lentikular, numular, plak), bentuk bulat/lonjong dengan distribusi regional.

Pada tanggal 9 September 2022 pasien di terapi medikamentosa dengan Doxycycline 2x100 mg kapsul, Desoximetasone 0,25% 2x1 pada bercak kebotakan, Gentamisin SK 0,1% 2x1 pada daerah kemerahan, Alprazolam 1x0,5 mg. Serta pasien disarankan untuk membeli Minoxidil 5% yang nanti dioleskan pada bercak kebotakan. Terapi penyuntikan intralesi

dengan Triamcinolone Acetonide di tunda terlebih dahulu sampai kemerahan bekas penyuntikan hilang.

Edukasi diberikan pada pasien tentang penyakitnya, memberikan dukungan psikologis kepada pasien, untuk mengontrol stress yang dialaminya, karena merupakan salah satu faktor resiko munculnya kebotakan (5). Menyakinkan pasien untuk percaya diri bahwa dengan melakukan pengobatan, setidaknya dapat mengontrol bercak kebotakan agar tidak bertambah luas dan diharapkan juga rambut di daerah yang mengalami kebotakan dapat tumbuh kembali setelah di terapi secara rutin. Menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala.



Gambar 1 Foto Pasien sebelum penyuntikan intralesi (2/9/2022)



Gambar 2 Foto Pasien setelah penyuntikan intralesi (9/9/2022)

Pembahasan

Pasien seorang laki-laki (Tn. MR) berusia 26 tahun datang ke Poliklinik kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia dengan keluhan munculnya bercak kebotakan pada kulit kepala yang sesekali terasa gatal, serta tumbuhnya rambut putih yang mudah patah di pinggir bercak kebotakan. Keluhan pertama kali muncul 3 bulan yang lalu. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosa mengalami alopesia areata.

Alopesia areata dapat terjadi pada usia berapa saja tetapi mayoritas (40-50%) pasien mengaami alopesia areata sebelum usia 21 tahun, sementara 20% yang lain timbul sebelum usia 40 tahun. Kejadian pada perempuan dan laki-laki kemungkinan sama dan tidak ada kecenderungan pada ras tertentu (1). Kejadian pada pasien laki-laki biasanya terjadi saat masa kanak-kanak, sementara perempuan saat remaja, dan memiliki gejala pada kuku serta penyakit autoimmune yang menyertai seperti SLE, vitiligo dan penyakit thyroid autoimmune (6).

Pada anamnesis didapatkan pasien datang dengan keluhan munculnya bercak kebotakan yang sesekali terasa gatal. Bercak tersebut bertambah luas dan munculnya bercak-bercak kebotakan baru. Kemudian, disekitar pinggir bercak kebotakan tumbuh rambut-rambut putih yang mudah patah, rambut hitam juga tumbuh dengan tetapi sangat halus dan mudah patah.

Rambut yang patah dan akhirnya menyebabkan kebotakan merupakan gejala dari alopesia areata, selain di rambut kebotakan dapat melibatkan alis, janggut dan bulu mata. Kebotakan terjadi akibat kerontokan rambut yang merupakan proses mediasi Sel-T. Proses ini diikuti terbentuknya autoantibodi. Autoantibodi yang terbentuk ini akan mempengaruhi fase anagen sehingga menjadi memendek, folikel rambut akan masuk ke fase katagen yang mengakibatkan kerontokan. Autoantibodi ini dapat menghambat perkembangan rambut pada fase anagen karena infiltrasi sel-sel limfosit CD4⁺ dan CD8⁺, efeknya akan menurunkan jumlah sel T yang akan mengakibatkan pemendekan fase anagen (1,7).

Munculnya rambut putih disekitar bercak kebotakan merupakan akibat dari adanya sel T sitotoksik yang menargetkan *melanocyte associated protein* pada folikel rambut, sehingga pigmen rambut juga menghilang (8).

Tumbuhnya rambut hitam halus dan mudah patah disebut *exclamation hair*. *exclamation hair* merupakan rambut seperti tanda seru, yang bagian proksimal lebih tipis, sehingga lebih mudah untuk patah. Hal ini terjadi karena sel T menyerang folikel rambut dan menyebabkan *miniaturization* dari folikel rambut, karena folikel rambut mengecil, menyebabkan diameter rambut di proksimal lebih kecil dari distal (8).

Pasien mengatakan bahwa ayah dan kakeknya memiliki riwayat tubuh uban lebih cepat, sekitar usia 40 tahunan, riwayat keluhan yang sama seperti pasien pada ayah dan kakeknya disangkal. Sekitar 20% pasien dengan alopesia areata memiliki keluarga dengan riwayat alopesia areata yang positif. Pada data lain menyebutkan alopesia areata sepertinya memiliki kecenderungan genetik, didapatkan frekuensi riwayat keluarga positif alopesia areata pada individu yang terkena, mulai dari 10-42% (1,5).

Pasien mengatakan keluhannya akan memberat dan bertambah ketika ia mengalami stress, karena belum kunjung bekerja. Stress emosional merupakan salah satu faktor resiko yang dapat mempengaruhi timbulnya dan eksaserbasi alopesia areata (5). Namun, sumber lain menyebutkan bahwa keterkaitan alopesia areata dengan stress psikologis masih kontroversial. Ada beberapa studi yang menyebutkan memiliki pengaruh, stress psikologis dianggap sebagai faktor pencetus atau yang memperburuk timbulnya alopesia areata, seperti yang dilaporkan sebagian pasien mengalami stress pre-onset (9).

Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan regio capitis memiliki bercak kebotakan berbatas tegas, pada hampir seluruh kulit kepala dengan lesi terbesar di temporal kanan dan pada tepi kebotakan tumbuh rambut putih yang mudah patah. Bercak kebotakan berukuran bervariasi dari lentikular, numular dan plak. bentuk kebotakan bulat dan lonjong dengan distribusi regional. Hal ini sesuai dengan kepustakaan tentang alopecia areata bahwa bercak kebotakan pada kulit kepala, alis, janggut dan bulu mata. Kelainan dapat bersifat progresif dengan terbentuknya bercak baru. Rambut baru yang tumbuh mudah di cabut (7).

Diagnosis banding kasus ini adalah temporal triangular alopecia, tinea capitis, early scarring alopecia, trichotillomania, secondary syphilis (alopecia areolaris), androgenetic alopecia, telogen effluvium, anagen effluvium. Tinea capitis dapat disingkirkan setelah melakukan pemeriksaan fisik tanda peradangan pada kulit kepala, tidak ditemukan skuama dan pemeriksaan KOH 10% dengan hasil spora (-), hifa (-). Secondary syphilis disingkirkan setelah melakukan pemeriksaan VDRL yang hasilnya non-reaktif. Trichotillomania dapat disingkirkan karena pasien karena pasien mengaku tidak pernah menarik rambutnya secara berulang kali, kemudian pada trichotillomania bentuk kebotakan tidak teratur dan rambut yang patah dengan panjang yang berbeda. Telogen effluvium dibedakan dengan alopecia areata dengan biopsi kulit kepala. Anagen effluvium disingkirkan karena pasien tidak memiliki riwayat pengobatan kemoterapi untuk karsinoma. Alopecia androgenik disingkirkan karena kerontokan rambut pada pasien ini tidak berpola, pada alopecia androgenik kerontokan biasanya terjadi di daerah vertex dan frontal sementara pada pasien ini terjadi di temporal pada awalnya, dan pada alopecia androgenik kebotakan tidak seprogresif alopecia areata. Scarring alopecia dapat disingkirkan apabila tidak terdapat ostia folikel (1,7,10).

Kesimpulan

Alopecia areata adalah kebotakan setempat berbatas tegas, umumnya terjadi pada kulit kepala. Pada pasien ini bercak kebotakan terjadi di daerah kulit kepala, dengan beberapa daerah kebotakan. Bercak berbentuk bulat dan lonjong. Rambut baru yang tumbuh berbentuk "*exclamation point hairs*" mirip seperti tanda seru, semakin kepangkal semakin tipis dan mudah di cabut. Rambut yang tumbuh berwarna putih di bagian pinggir bercak kebotakan. Tidak didapatkan jaringan parut, tanda-tanda inflamasi, skuama.

Pasien di tatalaksana dengan pemberian kortikosteroid intralesi, kortikosteroid topikal dan minoxidil sesuai dengan algoritma pengobatan alopecia areata. Edukasi juga diberikan kepada pasien akan menghindari faktor pencetus seperti stress dan menjaga kebersihan kulit kepala.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien adalah tatalaksana paliatif, yang bertujuan untuk mengendalikan episode kerontokan rambut yang sedang berlangsung dan tidak menyembuhkan kondisi alopecia. Saat ini belum ditemukan terapi tunggal untuk alopecia areata (5).

Daftar Pustaka

1. Kelompok Studi Dermatologi Kosmetik Indonesia PERDOSKI. Everything About Hair. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2014. 51-61 p.
2. Maharani S. Potensi Pemberian Vitamin D Topikal pada Alopecia Areata. 2021;03(01):1638–44.
3. Toena HT, Danarti R. Diagnosis Alopecia Areata Pada Anak : Kasus Serial. Cermin Dunia Kedokt. 2022;49(April):214–8.
4. Anindhita A, Ardhaninggar A, Staf D, Fungsional M, Kesehatan I, Kedokteran F, et al. Penatalaksanaan Alopecia Areata (Treatment of Alopecia Areata). Berk Ilmu Kesehat Kulit dan Kelamin – Period Dermatology Venereol. 2018;30:1–6.
5. Otberg N, Shapiro J. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. Mc Graw Hill Education; 2019. 1551-1558 p.
6. Lepe K, Zito PM. Alopecia Areata [Internet]. Statpearl Publishing. 2021 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537000/>
7. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Ilmu Penyakit Kulit dan kelamin. 6th ed. 2013. 304-305 p.
8. Miteva MI. Alopecia. Elsevier Health Science; 2018. 59-66 p.
9. John P, Fiona L. Alopecia areata: a multifactorial autoimmune condition Simakou, Teontor; Butcher, John P.; Reid, Stuart; Henriquez, Fiona L. 2019;
10. Bolduc C. Alopecia Areata Differential Diagnoses [Internet]. Medscape. 2022 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1069931-differential#1>
11. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Asma Di Indonesia. Jakarta; 2019. 12. Rai I bagus N, Artana IB. Astma Meeting: Comprehensive Approach Of Asthma. Denpasar; 2016.
12. Rai I bagus N, Artana IB. Astma Meeting: Comprehensive Approach Of Asthma. Denpasar; 2016.
13. Ardiyansah S. Aplikasi senam asma terhadap peningkatan fungsi paru pada TN. dan Sdr. I dengan asma bronkial di Wilayah Kabupaten Magelang. Universitas Muhammdiyah Magelang; 2020.