

Pengobatan Beberapa Penyakit Kulit & Kelamin

Dr. Suria Djuanda Ph.D.

Bagian Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin Fakultas Kedokteran
Universitas Indonesia/RSCM, Jakarta.

PENDAHULUAN

Di dalam pembicaraan ini akan dikemukakan beberapa penyakit dan pengobatannya yang dapat dilakukan oleh seorang dokter yang berpraktek umum. Tindakan-tindakan terapeutik yang berbelit-belit tidak disinggung.

AKNE VULGARIS

Akne vulgaris ialah satu kelainan inflamatorik menahun dari aparatus pilo-sebaseum dan folikel-folikel rambut yang mendampinginya. Untuk memahami pengobatan, maka sebaiknya diuraikan beberapa **faktor etiologi**. Akne vulgaris merupakan penyakit yang etiologis multi-faktoral, yakni

- a) faktor herediter
- b) aktivitas glandula sebaseum
- c) faktor endokrin, seringkali ada kelebihan androgen. Eksaserbasi pada wanita timbul pada waktu pre-menstrual.
- d) infeksi bakterial, terutama dengan *Corynebacterium acnes* dan *Staphylococcus epidermidis*
- e) faktor makanan: terlampau banyak makan lemak
- f) faktor psikologik
- g) faktor eksogen: (i) kelembaban dan kenaikan suhu di luar dapat memperburuk akne, (ii) zat-zat kimia, yakni kontak langsung dengan minyak atau mineral (misalnya pegawai bengkel mobil). Pemberian secara sistemik kortikosteroid, androgen, jodida dan bromida dapat memberi eksaserbasi (ingat nama-nama *steroid acne* dan *broom acne*). Obat-obat tersebut juga dapat menimbulkan *dermatosis akneiformis* pada orang yang tidak pernah menderita akne.

Terapi

Terapi umum — terdiri atas memperbaiki keadaan umum. Muka harus dibersihkan secara teratur dengan sabun dan air hangat atau O/W cream ("oil in water cream"), misalnya "skin milk", "cleansing milk", "cleansing cream", "vanishing cream". Sebaliknya W/O cream ("water in oil cream") merupakan emolient dan terlalu berlemak untuk muka yang berjerawatan. Penderita harus menghindarkan makanan yang berlemak dan zat-zat atau obat yang komedogenik. Sebagai contoh, coklat seringkali mengandung bromida.

Terapi medikamentosa terdiri atas terapi sistemik dan terapi topikal.

Terapi sistemik.— Pada umumnya terapi hanya diberi pada akne berderajat berat.

(a) *Vitamin A*. — Vitamin A dalam dosis tinggi berguna pada akne dengan banyak komedo. Dosis vitamin A yang berlebihan dapat memberi nyeri kepala dan diplopi ("pseudo-tumor serebri").

(b) *Tetrasiklin*. — Tetrasiklin mengurangi jumlah lipase di dalam sekret sebasea dan mengubah flora kulit, sehingga produksi trigliserid, ester-ester lilin ("wax") dan asam lemak bebas berkurang. Pemberian tetrasiklin oral harus kadang-kadang dihentikan, agar balans ekologi intestinal tidak terganggu.

Terapi topikal.— Terapi topikal terdiri atas agens-agens pembersih ("cleansing agents"), adstringensia serta obat-obat yang mengandung sulfur praecipitatum, resorcinol, acidum salicylicum, benzyl peroxida dan "retinoid acid".

(a) *Agens-agens pembersih* ("cleansing agents") ialah sabun biasa dan sabun yang mengandung obat ("medicated"). Ada pula sabun yang tercampur detergens dan agens abrasif.

(b) *Adstringensia* biasanya mengandung campuran alkohol dan aseton.

(c) Obat yang mengandung *sulfur praecipitatum*, *resorcinol* dan *acidum salicylicum* biasanya berbentuk lotio, cream, "cake" atau talk. Persentase bahan aktif harus demikian, sehingga menimbulkan eritema dan deskwamasi, tetapi jangan menginduksi dermatitis kontak.

Bila ada infeksi sekunder, maka di dalamnya dapat ditambah antibiotika yang tidak memberi sensitisasi (misalnya tetrasildin atau kloramfenikol).

(d) *Benzyl peroxida* topikal menimbulkan deskwamasi dan menghambat pertumbuhan *Corynebacterium acnes* di dalam folikel. Pada akne yang obstruktif sebaiknya benzyl peroxida dikombinasikan dengan "retinoid acid".

(e) "*Retinoid acid*" topikal bekerja mengelupas ("peeling") dan terutama berguna pada akne komedo-papular. Obat harus dipakai selama kurang lebih enam pekan. Penderita harus diberitahu, bahwa selama pakai obat tersebut dapat terjadi eksaserbasi-eksaserbasi pustuler yang temporer. Selain itu ada penurunan toleransi terhadap sinar matahari dan zat-zat pengering.

(f) "*Cryo slush therapy*" diberikan dengan menggunakan "solid carbon dioxide" dicampur dengan sedikit aseton, yang dioleskan sekali sepekan.

(g) *Terapi ultra-violet* atau penyinaran dengan sinar matahari dapat memperbaiki akne. Sinar ultra-violet bisa didapat

misalnya dari lampu "hot quartz" (yang juga memberi efek membuat kulit seperti terjemur oleh sinar matahari: "tanning effect") atau lampu "cold quartz".

Terapi bedah.— Terapi bedah terdiri atas ekspresi komedo dengan ekstraktor komedo dan suntikan kortikosteroid intralesional di dalam kista pada akne kistika.

DERMATITIS KONTAK

Dari semua jenis dermatitis pada masa kini yang paling sering dijumpai ialah dermatitis kontak alergika atau toksika. Beberapa jenis dermatitis kontak diberi nama khusus, misalnya dermatitis industri, dermatitis pekerjaan ("occupational dermatitis"), dermatitis ibu rumah tangga ("house wife dermatitis") dan sebagainya.

Terapi

Terapi umum.— terdiri atas penghindaran alergen; di pabrik dapat digunakan sarung tangan karet pelindung ("lined rubber gloves") atau cream lapisan pelindung, yang dipakai sebelum bekerja. Selain itu sabun yang mengandung detergens, soda dalam persentase tinggi dsb. harus dihindarkan. Penggunaan bensin dan alkohol untuk membersihkan kulit dapat memperjelek keadaan.

Terapi sistemik.— Dalam stadium permulaan obat antihistaminika tidak berguna, sebab belum ada pembebasan histamin pada kulit. Dalam stadium lanjut ada pembebasan histamin secara pasif, sehingga dapat diberi antihistaminika.

Mediator-mediator farmakologik lain yang dibebaskan pada reaksi alergi pada dermatitis pada umumnya selain histamin, juga SRS—A, serotonin, bradikinin, heparin, asetilkolin dan anafilaktoksin. Sebagai terapi dapat diberi obat-obat oral yang mengandung antihistamin dan zat-zat anti zat-zat tersebut.

Kortikosteroid hanya diberi pada keadaan berat dan bila diberikan, harus dengan dosis rendah jangka pendek.

Terapi topikal.— Seperti pada semua jenis dermatitis, pemberian obat topikal harus menurut prinsip-prinsip umum, yang diuraikan di bawah ini.

1. Bila *madidans* (basah), harus diberi "obat basah" pula, yakni kompres terbuka. Bila *sica* (kering) diberi "obat kering", artinya bukan kompres.
2. Bila *akut*, diberi kompres. Bila *subakut*, diberi lotio, pasta, cream atau linimentum (pasta pendingin). Bila *kronik*, diberi salap.
3. Makin akut dan berat keadaan, makin rendah persentase bahan aktif.
4. Penggunaan kortikosteroid topikal pertama ialah dengan salap hidrokortison 1% atau 2,5%. Kami tidak dapat memberi kortison, sebab hanya hidrokortison yang diabsorpsi oleh kulit.

Pada zaman kini banyak digunakan kortikosteroid yang mengandung fluor. Obat-obat tersebut lebih efektif, tetapi juga lebih cepat memberi efek samping kutan. Pada umumnya penggunaan lebih dari sembilan hari berturut-turut akan memberi efek-efek samping, seperti *striae*, atrofi, *striae atrofikans*, hirsutisme dan dermatosis akneiformis. Efek-efek samping tersebut lebih cepat timbul pada anak kecil dan pada

daerah-daerah intertriginosa (kulit lebih tipis, lebih banyak friksi, maserasi dan kelembaban).

MIKOSIS

Di dalam praktek dermatofitosis ("ringworm"), tinea versikolor dan kandidosis merupakan penyakit jamur yang teresing dijumpai.

1. Dermatofitosis ("ringworm")

Terapi umum terdiri atas peningkatan higiene perseorangan dan pencegahan penularan lewat benda-benda semacam sarung bantal (tinea capitis pada anak-anak pria di asrama), handuk, alat cukur dsb. Mandi bersih dengan sabun terutama habis renang, dapat membantu banyak.

Terapi **sistemik** terdiri atas pemberian griseofulvin per oral. Obat harus diberikan cukup lama, yakni sampai ada penyembuhan klinis dan tidak ada elemen-elemen fungus (hifa, spora) pada pemeriksaan seminggu sekali selama tiga minggu berturut-turut. Obat tidak dapat diberi pada wanita hamil. Efek-efek samping jarang terjadi, yakni mual, rasa tak enak pada perut, dan nyeri kepala.

Terapi topikal terdiri atas obat-obat antimikotika, seperti acid. salicyl. 3%, acid. benzoic. 6% dalam vaselinum (modifikasi dari unguentum Whitfieldi), salap-salap yang mengandung sulfur precipitatum, vioform, acidum undecylinicum atau crysarobin. Chrysarobin tidak digunakan lagi, sebab selain mewarnakan kulit dapat pula bersifat toksik.

Fungisida baru ialah tolnaftat, mikonazole, klotrimazole, ekonazole dsb.

2. Tinea versikolor s. panu

Terapi peningkatan higiene sangat penting. Yang merisaukan ialah timbulnya depigmentasi, yang sukar menghilang, walaupun sudah tidak ada elemen-elemen fungus. Depigmentasi dapat dikurangkan dengan menghindari terkena sinar matahari.

Terapi sistemik tidak ada.

Terapi topikal selama seperti pada dermatofitosis, tetapi pada umumnya harus diberi obat yang lebih kuat. Salicylspritus 5 - 10% dapat dioleskan di daerah yang kulitnya tebal.

3. Kandidosis s. moniliasis

Infeksi pada kulit dan mukosa biasanya nampak sebagai kandidosis di daerah intertriginosa dan di mukosa mulut atau genitalia. Pada penderita dengan kehamilan, diabetes melitus, di bawah pengobatan antibiotika terutama tetrasiklin dan kortikosteroid lebih mudah timbul kandidosis kulit atau kolpitis (wanita) dan balanopostitis (pria). Pada anak kecil nampak "oral thrush" atau kandidosis popok ("diapers rash").

Terapi umum terdiri atas mengobati atau memperbaiki penyakit atau keadaan, yang membuat *Candida albicans* menjadi subur.

Terapi sistemik pada manifestasi dikulit atau mukosa tidak ada. Nistatin tablet oral hanya efektif pada kandidiasis intestinal.

Terapi topikal terdiri atas salap atau cream yang mengandung nistatin atau amfoterisin B.

Untuk kolpitis diberi supositoria vaginal atau tablet vaginal. Obat lama yang masih efektif ialah larutan ungu gentian ("gentian violet") 1%. Untuk anak dengan seriawan ("oral thrush") dapat diberi larutan tersebut atau suspensi oral nistatin.

SKABIES

Penderita skabies mengeluh gatal pada malam hari, sebab *sarcoptes betina* membentuk kunikulus pada malam hari. Penyakit yang ditularkan oleh orang lain (disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*) memberi gejala lebih berat daripada yang ditularkan oleh binatang, seperti anjing, kucing dan kelinci. Biasanya satu keluarga terserang semuanya.

Terapi umum terdiri atas profilaksis serta pengobatan penderita dan semua orang kontak. Higiene harus ditingkatkan secara optimal, semua pakaian, sarung bantal sprej dsb. harus direndam air panas sebelum dicuci.

Terapi umum hanya bersifat paliatif. Bila ada infeksi sekunder diberi antibiotika.

Terapi topikal bertujuan mematikan *sarcoptes* dan menghancurkan kunikulus. Obat-obat yang dapat diberikan ialah misalnya salap 2 - 4, emulsio gammexan 5%, emulsio benzylbenzoat 20% atau crotamiton (didalam salap crotaderm). Di Indonesia beredar banyak obat untuk skabies. Obat harus dibiarkan di atas kulit selama 24 jam atau lebih.

HERPES ZOSTER

Herpes zoster yang berlokalisasi di daerah mata (herpes zoster oftalmikus) lebih sering memberi perdarahan dan nekrosis pada kulit, bila dibandingkan dengan herpes zoster dengan lokalisasi di lain tempat.

Terapi umum dari herpes zoster ialah cukup istirahat. Pada herpes zoster oftalmikus harus dimintakan konsul pada dokter mata.

Terapi sistemik bersifat simptomatis paliatif. Selain analgetika dan antipiretika diberi pula roboransia. Beberapa obat baru akan diuraikan di bawah ini.

Interferon dan "*interferon inducers*" (mis. *retikuloze*). Badan manusia mempunyai dua sistem pertahanan terhadap infeksi virus, yakni mekanisme interferon dan produksi antibodi. Interferon protein akan disintesis di dalam sel-sel yang diserbu oleh virus dalam hanya waktu 12 - 48 jam. Interferon mempunyai sifat menghambat pertumbuhan virus secara intraseluler. Induksi interferon diikuti oleh pembentukan antibodi. "*Interferon inducers*" dipasarkan untuk pengobatan herpes zoster.

Gama-globulin ternyata sangat efektif pada stadium permulaan penyakit. Obat tersebut diberi pada penderita dengan "high risk", misalnya neonatus, penderita retikuloendoteliosis yang maligna atau penderita dalam keur kortikosteroid.

Isoprinosin oral efektif, bila penyakit masih dalam stadium vesikuler.

Kortikosteroid tidak dapat diberikan pada stadium permulaan penyakit, sebab dapat menginduksi viremi. Bila penyakit sudah lewat seminggu, biasanya dapat diberi dengan sangat hati-hati. Pemberian kortikosteroid dilakukan pada herpes zoster oftalmikus sebagai pencegahan komplikasi-komplikasi di mata. Pada semua jenis herpes zoster diberi untuk mengurangi neuralgia, juga neuralgia post-herpetikum.

Terapi topikal sebisa-bisa terdiri atas bedak. Bedak memberi proteksi mekanis pada vesikel-vesikel. Ada yang menganjurkan lotion pengering, yakni yang mengandung alkohol dan mentol atau phenol. Bila ada "flexible collodion" dapat diberi tinctura benzoicum dalam cairan tersebut, untuk dioleskan pada gelembung. Salap antibiotikum dicampur dengan iodochlorhydroquin atau salap antibiotikum dicampur dengan sedikit kortikosteroid dapat digunakan pula.

Untuk **neuralgia post-herpeticum** dapat diberi analgetika, chlorpromazine, phenylbutazone atau oxyphenbutazone. Bila perlu diberi infiltrasi lokal dengan procaine hydrochloride (novocain) atau kortiko-steroid sistemik.

HERPES SIMPLEKS

Herpes simpleks disebabkan oleh HSV tipe 1 ("herpes simplex virus type 1") yang menyerang mata atau daerah sekitar rongga mulut dan HSV tipe 2 ("herpes simplex virus type 2") yang menyerang daerah genitalia. Yang disebut belakangan ini, *herpes genitalis* pada masa kini sangat sering dijumpai. Penyakit terutama timbul sesudah ada emosi atau kelelahan yang sangat.

Pada kedua jenis herpes simpleks nampak vesikel-vesikel yang berkelompok, kemudian menjadi erosi. Di alat kelamin seringkali dokter mengadakan misdiagnosis sebagai penyakit kelamin.

Terapi umum terdiri atas nasehat kepada penderita, agar jangan terlalu lelah dan harus menghindari emosi.

Terapi sistemik bertujuan menyembuhkan penyakit dan yang terpenting mencegah *residif*. Residif akan timbul selama seluruh hidup.

(a) Terapi obsolet, yakni pencacaran dengan vaksin vaksinia ternyata tidak ada faedahnya. Sekarang ternyata tidak ada imunitas silang antara vaksinia dan herpes simpleks.

(b) Terapi vaksinasi dengan "attenuated HSV virus" (virus penyebab yang masih mempunyai sifat-sifat antigenik, tetapi tidak patogenik lagi) ternyata cukup efektif. Dalam perdagangan hanya ada yang buatan Jerman, yakni "Lupidon H" untuk herpes simpleks di mata dan rongga mulut dan "Lupidon G" untuk herpes genitalis. Obat harus diberi satu keur: selain penyakit akan sembuh, interval antara serangan-serangan akan lebih panjang. Sebagian besar penderita tidak dapat serangan (*residif*) lagi. Bila masih ada serangan juga, maka akan bersifat kurang intensif, bila dibandingkan dengan serangan sebelum pengobatan.

Terapi topikal terdiri atas obat-obat yang dapat mengeringkan vesikel. Vesikel dibuka dioleskan larutan pewarna fotoaktif ("photo-active dyes"), misalnya "neutral red" atau "proflavin".

Sekarang digunakan IDUR (idoxuridine) dalam pelbagai vehiculum (salap, cream, lotio dsb.) Di perdagangan terdapat Virunguent dan Virunguent-P, yaitu salap berisi IDUR tanpa dan dengan prednisolon. Salap Virumerz mengandung tromantadine hydrochlorida. Salap mata yang mengandung IDUR ialah misalnya Herplex dan Stoxil, yang dapat digunakan pada keratitis herpes simpleks.

GONORE

Gonore dibagi atas gonore genital dan gonore ekstra-genital (misalnya di mata, sendi, farinks dan rektum). Di bawah ini hanya akan dibicarakan pengobatan gonore genital.

Terapi umum gonore genital ialah terdiri atas cukup istirahat dan menghindarkan kontak seksual.

Terapi medikamentosa selalu ditujukan pada penderita dan partner seksual, agar tidak terjadi infeksi ping-pong. Pada umumnya dosis obat pada wanita dua kali lebih besar daripada pria. Obat pilihan masih tetap penisilin alam dan penisilin semisintetik.

Pada tahun 1976 secara simultan di London dan di Kalifornia ditemukan strain-strain gonokok yang memproduksi beta-laktamase (penisilinase). Strain-strain tersebut dinamakan PPNG ("penicillinase producing Neisseria gonorrhoeae") Di Asia penemuan pertama ialah pada serdadu-serdadu GI (Amerika Serikat) di Vietnam. Karena terapi dengan penisilin tidak memberi efek, maka diberi nama awam "Vietnam rose". Strain-strain tersebut kemudian didapatkan di kota-kota dimana para GI berlibur: Bangkok, Manila dan Hongkong. Baru pada tahun 1980 di-isolasikan 4 strain PPNG di Jakarta. Strain-strain PPNG tidak dapat dipengaruhi dengan penicillin-G, ampicilin dan sefalosporin. Pengobatan penderita dengan PPNG ialah dengan tetrasiklin, eritromisin, tiamfenikol, kanamisin, spektinomisin atau gentamisin.

Dosis penisilin-G tergantung pada sensitivitas strain gonokokus. Pada umumnya penyakit gonore yang didapat di kota besar atau di negeri maju memerlukan dosis jauh lebih besar daripada penyakit yang didapat di dusun atau di negeri berkembang. Selain itu di tiap kota dosis penisilin-G makin tinggi dari tahun ke tahun berikutnya. Di banyak rumah-sakit dikota-kota besar di Indonesia sekarang diberi 2,4 MU – 3 MU penisilin-G sebagai suntikan tunggal ("one shot") pada gonore pria akut. Kadang-kadang ditambah pula probenesid. Probenesid juga ditambah pada pemberian ampicilin atau amoksisilin oral, sebab akan membuat kadar penisilin atau amoksisilin dalam darah lebih tinggi dan lebih lama bertahan. Dosis ampicilin atau amoksisilin bervariasi pula, misalnya dapat diberi dosis tunggal oral 3 gram.

Selain antibiotika spektrum lebar, dapat pula diberi sulfonamida atau cotrimoxazole (kombinasi trimetoprim-sulfametoksazol).

URETRITIS NON-SPESTIFIK

Urethritis non-spesifik s. urethritis non-gonoreal, selanjutnya akan disingkat sebagai NSU ("non specific urethritis") atau NGU ("non gonorrhoeal urethritis") makin sering ditemukan pada penderita pria di seluruh dunia.

Dengan NSU atau NGU diartikan urethritis yang tidak disebabkan oleh gonokokus. Sebagian kecil saja disebabkan oleh kausa non-infektif (striktur uretra, neoplasma dsb.).

Etiologi NSU yang infektif ialah terutama *Chlamydia oculogenitale* s. *Bedsonia* s. "*TRIC agent*" ("trachoma inclusion conjunctivitis agent") Pada pria penyakit dapat berupa urethritis dan epididimitis. Pada wanita terdapat servisititis, yang pada neonatus menyebabkan "inclusion conjunctivitis". Selain itu pada wanita dapat timbul peritonitis bahkan perihepatitis. Terapi pilihan ialah tetrasiklin dalam dosis tinggi.

Penyebab lain dari NSU ialah *Mycoplasma*, terutama "*Mycoplasma T-strain*", satu jasad renik golongan PPLO ("pleuro-pneumonia like organism").

Penyebab-penyebab lain dari NSU ialah :

- *mycoplasma*, terutama '*Mycoplasma T train*'; satu jasad renik dari golongan PPLO ("pleuro pneumonia like organism).
- *haemophilus, corynebacterium, E. coli*, yang hidup sebagai komensal atau mikroorganisme patogenik.
- *pseudo-gonokok*, yakni anggota genus Neisseria, yang bukan Neisseria gonorrhoeae dan bersifat fakultatif patogen
- *mimiae*, batang-batang negatif-Gram yang fakultatif patogen.
- *organisma-organisma* flora normal, seperti stafilokok, streptokok dan kuman difteroid.

Pengobatan dari macam-macam jasad renik tersebut, yang dapat memberi gejala-gejala urethritis tergantung dari hasil percobaan-percobaan sensitivitas. Mimiae dan pseudogonokok biasanya relatif resisten terhadap penisilin.

DOKTER DAN ISTRINYA

- Bila seorang dokter menikah sewaktu masih berstatus mahasiswa, kemungkinan besar istrinya secara emosional lebih matang daripadanya.
- Sementara seorang dokter bertambah usia dan makin matang, kalau istrinya cukup puas sebagai ibu rumah tangga " rutin ", maka suaminya mungkin akan mencari-cari wanita lain yang dapat mengimbangnya dalam interest-interestnya yang lebih sophisticated.
- Krisis perkawinan dokter biasanya terjadi antara tahun ke 5 dan ke 12.
- Dalam Bimbingan Perkawinan atau psikoterapi, pernyataan pertama istri-istri dokter tersebut ialah "Suami saya peka terhadap kebutuhan-kebutuhan pasiennya; dia selalu siap sedia bila diperlukan. Namun dia tidak mendengarkan saya bila saya memanggilnya dan tidak mengacuhkan saya bila saya membutuhkannya."

Demikianlah beberapa kesimpulan Dr. Robert E. T aubman mengenai pasangan-pasangan dokter di Amerika: