

Paronikia

gambaran klinis dan penatalaksanaannya

Raflizar

Pusat Penelitian dan Pengembangan Pemberantasan Penyakit, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta

PENDAHULUAN

Paronikia adalah suatu reaksi peradangan mengenai lipatan kulit dan jaringan di sekitar kuku. Paronikia akut paling sering diakibatkan oleh infeksi bakteri, umumnya *Staphylococcus aureus* atau *Pseudomonas aeruginosa*, sedangkan Paronikia kronis disebabkan oleh jamur *Candida albicans*^(1,2,3).

Paronikia ditandai dengan jaringan kuku menjadi lembut dan membengkak serta dapat mengeluarkan pus (nanah), kuku bertambah tebal, berubah warna dan membentuk garis punggung melintang⁽⁴⁾. Bila infeksi telah kronis, maka terdapat cerah horizontal pada dasar kuku biasanya menyerang 1-3 jari^(1,5).

Penyakit ini berkembang pada orang-orang yang tangannya lama terendam air; kalau jari terluka sedikit saja, maka basil atau jamur akan merusak jaringan sekitar kuku. Penderita diabetes atau kekurangan gizi lebih mudah diserangnya⁽⁴⁾.

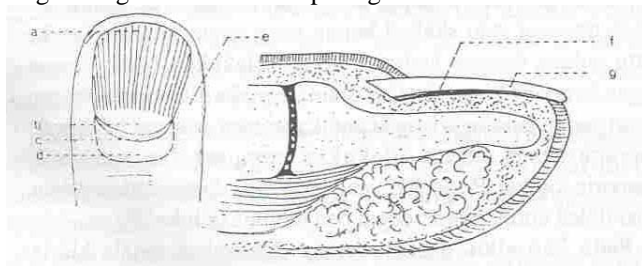
Lebih banyak terjadi pada wanita, kadang-kadang penyakit ini muncul pada anak-anak, khususnya yang gemar menghisap jari tangannya. Setiap jari tangan dapat terkena, tetapi yang lebih sering adalah jari manis dan jari kelingking⁽⁶⁾.

Antibiotika dan pengobatan secara topikal dapat digunakan dalam penatalaksanaan Paronikia akut maupun kronis.

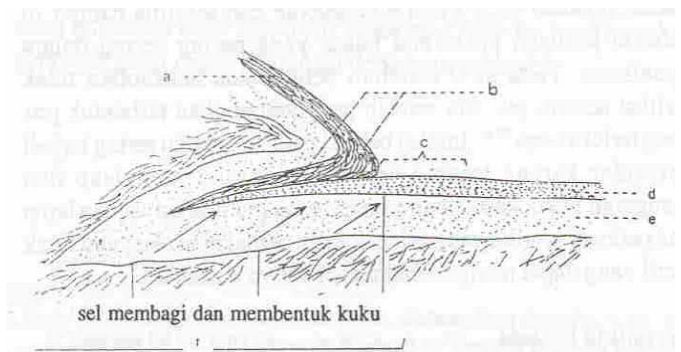
Untuk memahami Paronikia hendaknya lebih dahulu mengetahui anatomi kuku dan jaringan sekitar kuku.

ANATOMI KUKU DAN JARINGAN SEKITARNYA

Bagian-bagian kuku terlihat pada gambar di bawah ini.



- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| a. lempeng kuku (<i>nail plate</i>) | e. lipatan kuku lateral |
| b. lunula | f. dasar kuku (<i>nail bed</i>) |
| c. eponikiam | g. lempeng kuku |
| d. lipatan kuku posterior | |



- | | |
|--------------|-----------------|
| a. kulit ari | d. lempeng kuku |
| b. eponikium | e. dasar kuku |
| c. lunula | f. matriks kuku |

Gambar Anatomi Kuku

Bagian-bagian kuku :

1. Matriks kuku: merupakan pembentuk jaringan kuku yang baru.
2. Dinding kuku (*nail wall*) : merupakan lipatan-lipatan kulit yang menutupi bagian pinggir dan atas.
3. Dasar kuku (*nail bed*): merupakan bagian kulit yang ditutupi kuku.
4. Alur kuku (*nail groove*) : merupakan celah antara dinding dan dasar kuku.
5. Akar kuku (*nail root*): merupakan bagian tengah kuku yang dikelilingi dinding kuku.
6. Lempeng kuku (*nail plate*) : merupakan bagian tengah kuku yang dikelilingi dinding kuku.
7. Lunula : merupakan bagian lempeng kuku berwarna putih dekat akar kuku berbentuk bulan sabit, sering tertutup oleh kulit.
8. Eponikium : merupakan dinding kuku bagian proksimal, kulit arinya menutupi bagian permukaan lempeng kuku.
9. Hiponikium : merupakan dasar kuku, kulit ari di bawah kuku yang bebas (*free edge*) menebal.

Kutikula ialah stratum komeum yang terbentuk dari lipatan kuku proksimal, yang lengket dengan lempeng kuku (*nail plate*). Jari-jari tangan mendapat vaskularisasi pembuluh darah

yang berjalan paralel dan pembuluh darah tersebut beranastomosis pada ruangan pulpa di bawah falang terminal membentuk lengkungan di sekitar tulang dan mevaskularisasi jaringan lipatan kuku, di bantalan kuku juga terdapat glomus yang merupakan struktur vaskuler khusus yang bekerja sebagai arteriovenosa untuk mengatur aliran darah pada cuaca dingin^(3,7).

GAMBARAN KLINIS

Paronikia Akut

Penyebab paronikia akut yang sering adalah: *Staphylococcus aureus*, (80%) sedangkan sisanya adalah *Streptococcus* dan bakteri gram negatif lain.

Paronikia superfisial tampak sebagai daerah kemerahan, nyeri tekan di sekitar lipatan kuku, bengkak, adanya abses intra kutikular atau sub kutikular dan dapat juga pada sisi lateral lipatan kuku. Paronikia yang dalam memberikan gambaran pembengkakan yang nyeri bila ditekan dan selulitis hampir di seluruh jaringan proksimal kuku, yang paling sering dalam eponikium. Pada awal sebelum pengobatan antibiotika tidak terlihat adanya pus dan setelah pengobatan akan terbentuk pus yang terlokalisasi^(10,11). Infeksi bakteri pada lipatan kuku sering terjadi sekunder karena trauma seperti kebiasaan mengisap dan menggigit kuku, kesusuban atau tertusuk paku, adanya luka lama dan perawatan kuku yang salah dengan pemakaian alat yang tidak steril yang dapat mengakibatkan robeknya kutikula⁽⁶⁾.

Paronikia Kronis

Berdasarkan etiologinya dibagi menjadi primer dan sekunder. Pada keadaan primer ada nyeri dan pembengkakan lipatan kuku lateral dan posterior, eritematosus tampak berkilat. Kutikula biasanya terlepas dari lempeng kuku – yang merupakan gambaran diagnostik penting.^(6,12)

Pada stadium awal lempeng kuku masih tampak normal; dengan proses lanjut daerah lempeng kuku bagian proksimal dan lateral mengalami perubahan warna bahkan distrofi.

Penyakit ini lebih sering terjadi pada wanita terutama pada usia 30-60 tahun. Kadang-kadang muncul pada anak-anak yang gemar mengisap jari tangannya⁽⁶⁾.

Etiologi dihubungkan dengan perendaman tangan dalam air yang berlangsung lama. Penyakit ini banyak terjadi pada ibu rumah tangga, tukang masak, perawat, orang dengan pekerjaan yang berhubungan dengan ikan seperti nelayan, penjual ikan, pekerja kantin (*catering*), penyakit sistemik yang merupakan predisposisi seperti kencing manis (DM)^(6,9).

Peradangan ringan yang berlanjut pada lipatan kuku sering diikuti serangan akut yang terbentuk bintik-bintik pus yang dapat diketahui dengan penekanan jaringan lipatan kuku akan keluar material seperti keju. Pus terbentuk dalam kantong di bawah lipatan kuku; tidak terlihat adanya abses dalam perinikium.

Serangan akut dan kronis yang berulang-ulang menyebabkan perubahan warna lempeng kuku bagian proksimal dan lateral seperti warna kuning, coklat atau kehitaman⁽³⁾. Perubahan warna ini disebabkan oleh dihidroksi aseton yang dihasilkan organisme dalam lipatan kuku. *Pseudomonas* memberikan warna khusus hijau atau biru tergantung dari spesies *Pseudomonas*. *Pseudomonas pyocyanea* memberikan warna

hijau karena pigmen piosianin, sedangkan *Pseudomonas aeruginosa* warna hijau⁽¹³⁾.

Paronikia *Candida* mempunyai tanda sebagai berikut :

1. Kurangnya rasa sakit.
2. Pada perabaan kurang hangat, jika dibandingkan dengan paronikia bakterial.
3. Tidak adanya pus atau nanah.
4. Berjalan secara kronis.
5. Sering disertai onikolisis⁽³⁾.

Pada paronikia *Candida*, lempeng kuku dipengaruhi secara sekunder. Lempeng kuku kelihatan lebih gelap, cembung, kadang-kadang lebih tipis, jarang terdapat adanya sub unguual hiperkeratosis. Sedangkan pada Candidiasis kuku klinis ditandai dengan adanya sub unguual hiperkeratosis. Gambaran klinis Candidiasis kuku sulit dibedakan dari tinea unguium.

Perbedaan dapat diketahui dengan cara biakan jamur dengan adanya jamur *Candida* dan respon pengobatan yang tidak baik dengan griseofulvin. Sedangkan pada tinea unguium, biakan tumbuh jamur penyebab dermatofit, respon pengobatan dengan griseofulvin membaik⁽¹⁴⁾. Pada Paronikia sekunder, infeksi kuku biasanya disebabkan oleh : *Hendersonula toruloides* atau *Scytalidium hyalinum*.

Mekanisme terjadinya paronikia kronis sekunder serupa dengan paronikia primer. Gangguan pertama berupa lepasnya eponikium dari lempeng kuku akibat perendaman dalam air yang berlangsung lama. Paparan tersebut menyebabkan kutikula lunak dan akhirnya lepas, sehingga terjadi invasi bakteri dan jamur.

PENATALAKSANAAN

Paronikia akut umumnya disebabkan oleh bakteri, pengobatan pilihan preparat flucloxacilin 4 x 250 mg/hari⁽⁶⁾; umumnya berhasil baik. Bila terbentuk pus dilakukan drainase dengan tidak mengabaikan 5 prinsip pengobatan infeksi tangan yaitu :

1. Pemberian antibiotik
2. Istirahat dan elevasi bagian yang terkena infeksi
3. Pengenalan lebih dini adanya pus dan daerah pus yang tepat
4. Keluarkan pus, kalau perlu dilakukan debridemen pada ruang abses
5. Pengobatan yang adekuat setelah tindakan

Pada Paronikia superfisial umumnya pus terlokalisasi dan terlihat dengan jelas : dapat dilakukan drainase dengan insisi bentuk bayonet atau skalpel lancip yang tajam dimasukkan ke dalam sulcus dengan sudut oblique, dilakukan harus sejajar dengan lempeng kuku. Setelah drainase maka dikompres dengan larutan garam fisiologis hangat untuk memacu drainase luka; pada beberapa kasus cukup dilakukan kompres dan antibiotik Neosporin topikal. Posisi jari yang terinfeksi diistirahatkan dalam posisi fleksi untuk mempercepat penyembuhan luka⁽¹⁰⁾.

Pada Paronikia dalam, sering ditemukan gejala klinis pembengkakan, eritem tanpa titik pus yang jelas; dapat diberikan antibiotika yang sensitif seperti kloksasilin atau eritromisin⁽¹⁵⁾. Setelah diberikan antibiotika dan kompres hangat akan terjadi pus yang terlokalisata, kemudian terjadi drainase spontan melalui lekukan lipatan kuku, atau dapat dilakukan insisi

seperti Paronikia superfisial. Pada Paronikia sub unguis yang tidak responsif terhadap antibiotika setelah 2 hari, perlu dilakukan tindakan pembedahan dengan menghilangkan 1/3 proksimal lempeng kuku; lempeng kuku dipotong secara tranversal dengan gunting kuku di bawah anestesi lokal tanpa adrenalin, dapat juga dengan ethylchloride *spray* atau nitrogen cair.

Pada infeksi yang meluas pada sub unguis distal, 40% kasus pus terjadi di bawah lempeng kuku⁽¹⁶⁾. Pada daerah yang sakit dilakukan penetrasi lempeng kuku, sehingga pus dapat dikeluarkan dan penanganan selanjutnya mengompres jari dengan larutan antiseptik seperti : klorheksidin 2x sehari, dan dilakukan kompres basah tersebut akan mempercepat penyembuhan.

Penanganan Paronikia kronis membutuhkan kesabaran dokter maupun pasien. Pada keadaan ini harus dicegah infeksi bakterial kronis sehingga dilakukan pengompresan, sedangkan kompres akan memperpanjang perjalanan penyakit serta memperburuk keadaan. Penanganan umum adalah: mengurangi paparan dengan air. Bila melakukan pekerjaan yang berhubungan dengan air sebaiknya memakai pelindung sarung tangan, lebih baik memakai sarung tangan dari katun dan dilapisi dengan sarung tangan karet yang terbuat dari vinyl : Bila sarung tangan sudah basah hendaknya diganti^(1,4,6).

Pemakaian agen pengering setelah melakukan pekerjaan yang berhubungan dengan air dengan larutan kloroform atau aluminium klorida 6-20% dalam alkohol; jika terjadi iritasi dapat dianjurkan pemberian lotion atau krim kortikosteroid⁽³⁾.

Mengingat infeksi Paronikia kronis penyebabnya kebanyakan *Candida albicans* pemakaian anti jamur dalam bentuk tingtur dipakai 2x sehari yaitu : larutan klotrimoksazol, haloprin atau mikonazol. Pemakaian kombinasi anti jamur yang lebih cepat dengan lotrisone secara topikal⁽³⁾. Menurut Barlow dkk. pemakaian gentamisin pada siang hari dan nystatin topikal pada malam hari⁽⁶⁾.

Apabila terjadi tanda radang yang berupa, kemerahan, panas, pembengkakan dan nyeri dianjurkan pemberian eritromisin secara oral, karena selalu ditemukan *Staphylococcus* di sekitar luka yang masih sensitif terhadap antibiotika tersebut. Antibiotika lain ialah larutan Sulfasetamid 15% dalam 50% spiritus atau alkohol dan pemakaian cat castelani juga masih efektif^(6,15,16).

Pada penderita Paronikia yang juga menderita diabetes aspek pengobatan yang terpenting adalah: terutama pengontrolan kadar gula darah. Paronikia ibu jari kaki sering diikuti unguis incarnatus, dapat dilakukan tindakan pembedahan setelah Paronikia terkontrol, dan dilakukan pencabutan kuku secara radikal⁽¹⁶⁾.

Dosis pengobatan radio terapi untuk kasus kronis 75 rad/minggu dengan 43-50 KM (Dermopan Siemens) sampai dosis maksimum 450 rad (sebanyak 6x pemberian) sering membantu penyembuhan⁽¹⁷⁾.

Paronikia kronis yang tidak responsif terhadap segala pengobatan perlu mendapat penanganan melalui pembedahan dengan eksisi bentuk bulan sabit dari proksimal lipatan kuku 5 - 6 mm. Pada bagian yang terlebar meluas ke lateral lipatan kuku.

Penyembuhan luka terjadi secara *secondary intention*, bisa mencapai 2 bulan^(9,13). Diperlukan waktu 2 - 3 bulan untuk pembentukan kembali kutikula yang rusak seperti pada keadaan semula terhadap Paronikia kronis. Pertumbuhan kuku yang distropi diperlukan waktu pengobatan selama 6 bulan, penderita harus menjaga terhadap paparan air selama dalam pengobatan infeksi Paronikia tersebut⁽¹³⁾.

RINGKASAN

Telah dibahas secara ringkas mengenai penyakit Paronikia, gambaran klinis serta penyebab terjadinya Paronikia. Penanggulangan Paronikia akut umumnya dilakukan dengan tindakan dan pemberian antibiotika penanggulangan. Paronikia kronis memerlukan kesabaran untuk selalu melindungi tangan agar selalu dalam keadaan kering dan melakukan pengobatan secara topikal. Koreksi faktor predisposisi perlu diperhatikan terhadap penyakit yang mendasarinya. Apabila tindakan terapi yang diberikan tidak responsif terhadap Paronikia kronis maka alternatif akhir dapat dilakukan dengan pembedahan.

KEPUSTAKAAN

1. Lily Soepardiman : Kelainan Kuku. Dalam; Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Ed. II, Adhi Djuanda, Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Fak. Ked. UI Penerbit : Fak. Kedokteran UI 1993.
2. Lookingbill DP, Marks JG. Principle of Dermatology. Philadelphia WB Saunders. CO. 1996.
3. Lynch PJ. Nail Diseases, In: Williams and Wilkins Dermatology For The House Officer, Ed. 2, pp. 285-90 (Baltimore-London 1987).
4. Shryock H. Penuntun Perawatan & Pengobatan Modern. Indonesia Publishing House, Bandung, 1982; 413.
5. Lawrence AN. Disorders of the Nails, In : Moschella and Hurley Dermatology. Philadelphia WB Saunders, 1992, Vol. 3, pp 1563-73.
6. Dawber RPR, Baron R. Disorders of Nails, In: Rook; Wilkinson and Ebling Text Book of Dermatology Blackwell Scientific, Boston. 1992; Vol. 4.
7. Baden HP. Diseases of The Hair and Nails. London Year Book medical Pub. Inc, 1987.
8. Scher RK. Penyakit Kuku. Dalam; Raket, P Andrianto Terapi Mutakhir Conn, Penerbit; EGC Kedokteran 1985; hal. 727-8.
9. Collect BS. Kelainan Kuku. Dalam The Merck Manual of Geriatrics, jilid, II Alih bahasa, Andry Hartono, Penerbit Bina Rupa Aksara 1997, Jakarta : hal. 188-207.
10. Crondon HJ. Infection of The Hand, In RJ, Heward RL, Simmons eds; Surgical Infection Disease. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange 1988, pp. 1999-810.
11. Samman P. Disorders of the Nail, In : Milton O Maibach, HI, Dahl MV Dermatology, Prentice - Hall International Inc 1991; pp. 357-60.
12. Robert DT. Paronychia. In : J-L, Verbov ed; Superficial fungal Infections. lan. Caster; MTP Press Ltd. 1986; pp 35-44.
13. Dermis JD. Infections with Pseudomonas, A, In : Clinical Dermatology Philadelphia London : JB Lippincott Company 1989; Vol. 3 pp 1-5.
14. Watabene, Seki S, Shimuzuma Y, Takizana M, Nails K. Candidiasis. Br. J. Dermatol, 1985; pp 189-203.
15. Arnold, Odom HL, James RB, Andrews WD. Diseases of The Skin 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1990.
16. Rains AJH, Mann CV. Short Practice Of Surgery 12th ed. London English Language Book Society, 1990.
17. Achten G, Wanet - Rauard. Onychomycosis Bengium; Cilag Ltd 1981.