

# Erisipelas dan Selulitis

Herry E.J. Pandaleke

Laboratorium Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado

## ABSTRAK

Erisipelas adalah bentuk selulitis superfisial yang mengenai pembuluh limfe, disebabkan oleh Streptokokus betahemolitikus grup A.

Selulitis adalah peradangan akut jaringan subkutis dapat disebabkan oleh Streptokokus betahemolitikus, Stafilokokus aureus dan pada anak oleh Hemophilus influenza.

Diagnosis penyakit ini dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis. Penanganannya perlu memperhatikan faktor predisposisi dan komplikasi yang ada. Antibiotika yang tepat baik jenis, dosis, dan lama/cara pemberian perlu diperhatikan.

## PENDAHULUAN

Selulitis adalah peradangan akut terutama menyerang jaringan subkutis, biasanya didahului luka atau trauma dengan penyebab tersering Streptokokus betahemolitikus dan Stafilokokus aureus. Pada anak usia di bawah 2 tahun dapat disebabkan oleh Haemophilus influenzae; keadaan anak tampak sakit berat, sering disertai gangguan pernapasan bagian atas, dapat pula diikuti bakteremi dan septikemi.

Selulitis yang mengalami supurasi disebut flegmon, Sedangkan bentuk selulitis superfisial yang mengenai pembuluh limfe yang disebabkan oleh Streptokokus betahemolitikus grup A disebut erisipelas. Tidak ada perbedaan yang bersifat absolut antara selulitis dan erisipelas yang disebabkan oleh Streptokokus.

Dalam makalah ini akan dibicarakan faktor predisposisi, gambaran klinis, diagnosis/diagnosis banding, komplikasi, pengobatan/pencegahan erisipelas dan selulitis/flegmon.

## FAKTOR PREDISPOSISI

Faktor predisposisi erisipelas dan selulitis adalah : kakheksia, diabetes melitus, malnutrisi, disgamaglobulinemia, alkohol-

isme dan keadaan yang dapat menurunkan daya tahan tubuh terutama bila disertai hygiene yang jelek; diabetes dan alkoholisme sering diobservasi sebagai faktor predisposisi erisipelas<sup>(1)</sup>. Faktor predisposisi yang bersifat lokal pada erisipelas umumnya edema baik yang berasal dari renal maupun sistim limfatik.

Selulitis umumnya terjadi akibat komplikasi suatu luka/ulkus atau lesi kulit yang lain, namun dapat terjadi secara mendadak pada kulit yang normal terutama pada edema limfatik, renal atau hipostatik.

## GAMBARAN KLINIS

### a) Erisipelas

Masa inkubasi 2-5 hari diikuti dengan demam tinggi (pada bayi sering diikuti konvulsi), sakit kepala, lesu, muntah-muntah. Pada daerah kulit yang terkena terlihat kemerahan, agak menonjol, batas jelas, nyeri tekan. Kadang-kadang dijumpai vesikel esikel kecil pada tepinya. Dapat juga dijumpai bentuk bulosa.

### b) Selulitis

Gambaran kliniknya tergantung dan akut/tidaknya infeksi. umumnya pada semua bentuk ditandai dengan kemerahan yang

*Dibawakan pada Simposium infeksi Bakteri pada Kulit: diagnosis dan penatalaksanaan, Ujung Pandang, 13 Januari 1996.*

batasnya tidak jelas, nyeri tekan dan pembengkakan. Penyebaran an perluasan kemerahan ini dapat timbul secara cepat di sekitar luka/ulkus yang ada disertai demam, lesu. Pada keadaan akut, adang-kadang timbul bula. Dapat dijumpai limfadenopati/imfangitis. Tanpa pengobatan yang efektif dapat terjadi supurasi okal (flegmon, nekrosis atau gangren).

Lokalisasi lesi erisipelas dan selulitis paling sering pada nggota gerak bawah/atas, wajah, badan dan genitalia.

## DIAGNOSIS DAN DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis erisipelas dan selulitis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan Minis dan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Pada pemeriksaan klinis erisipelas, didapatkan adanya makula eritematous yang agak meninggi, berbatas jelas, teraba panas dan terasa nyeri. Di atas makulaeritematous dapat dijumpai vesikel. Penderita biasanya demam.

Pada pemeriksaan klinis selulitis : adanya makula eritematous, tepi tidak meninggi, batas tidak jelas, edema, infiltrat dan teraba panas. Dapat disertai limfangitis dan limfadenitis. Penderita biasanya demam dan dapat menjadi septikemi.

Selulitis yang disebabkan oleh H. influenza, lesi kulit berwarna merah keabu-abuan, merah kebiru-biruan atau merah keunguan. Lesi kebiru-biruan atau keunguan dapat juga ditemukan pada selulitis yang disebabkan oleh Streptokokus pneumonia. Anak dengan selulitis yang disebabkan oleh H. influenza tampak sakit berat dan toksik dan sering disertai gejala infeksi traktus respiratorius bagian atas, bakteriemia dan septikemi.

Pada pemeriksaan laboratorium danah tepi erisipelas didapatkan leukositosis (15.000–20.000). Pada pemeriksaan urine ditemukan proteinuria dan hematuria bila telah ada komplikasi pada ginjal. Pada pemeriksaan darah tepi selulitis terdapat leukositosis (15.000–40.000) dengan hitung jenis bergeser ke kiri. Seringkali tidak mungkin membuat kultur dan lesi terhadap Streptokokus karena hanya positif untuk Streptokokus saat gejala klinis erisipelas belum timbul; tetapi kuman tersebut dapat dijumpai pada tenggorokan, hidung atau mata. Titer ASTO meningkat pada minggu I.

Erisipelas didiagnosis banding dengan : Dermatitis venenata, edema angioneurotik, *scarlet fever*, lupus eritematosus diskoid pada wajah dan lepra tuberkuloid akut pada wajah.

Perbedaan selulitis dan erisipelas adalah : Selulitis batas lesi tidak jelas, sedangkan pada erisipelas jelas. Juga pada selulitis terdapat infiltrat di jaringan subkutan. Sering pada kasus tertentu sukar dibedakan sehingga didiagnosis sebagai Erisipeloselulitis.

## KOMPLIKASI

### a) Erisipelas

Bila tidak diobati atau diobati tetapi dosis tidak adekuat, maka kuman penyebab erisipelas akan menyebar melalui aliran limfe sehingga terjadi abses subkutan, septikemi dan infeksi ke organ lain (nefritis). Pengobatan dini dan adekuat dapat mencegah terjadinya komplikasi supuratif dan non supuratif.

Pada bayi dan penderita usia lanjut yang lemah, serta penderita yang sementara mendapat pengobatan dengan kortiko-

steroid, erisipelas dapat progresif bahkan bisa terjadi kematian (mortalitas pada bayi bisa mencapai 50%).

Erisipelas cenderung rekuren pada lokasi yang sama, mungkin disebabkan oleh kelainan imunologis, tetapi faktor predisposisi yang berperan pada serangan pertama harus dipertimbangkan sebagai penyebab misalnya obstruksi limfatik akibat mastektomi radikal (merupakan faktor predisposisi erisipelas rekuren).

### b) Selulitis

Pada anak dan orang dewasa yang *immunocompromised*, penyulit pada selulitis dapat berupa gangren, metastasis, abses dan sepsis yang berat.

Selulitis pada wajah merupakan indikator dini terjadinya bakteriemia stafilokokus beta hemolitikus grup A; dapat berakibat fatal karena mengakibatkan trombus sinus kaverosus yang septik. Selulitis pada wajah dapat menyebabkan penyulit intrakranial berupa meningitis.

## PENATALAKSANAAN

### a) Erisipelas

Penisilin merupakan obat pilihan untuk erisipelas. Biasanya digunakan Procaine Penicilline G 600000–2000000 IU selama 6 hari untuk penderita erisipelas dewasa yang sedang sampai berat; pada kasus yang ringan digunakan Penicilline V 250–500 mg perhari peroral selama 10–14 hari. Pada anak-anak, dosis penisilin G 50000–100000 IU/kgbb/hari IM. Perbaikan secara umum terjadi dalam 24–48 jam tetapi penyembuhan lesi kulit memerlukan beberapa hari. Pengobatan yang adekuat minimal selama 10 hari. Pada penderita yang alergi terhadap penisilin diberikan eritromisin (dewasa 1–2 gram/hari; anak-anak: 30–50 mg/kgbb/hari) selama 7–14 hari. Dapat juga digunakan klindamisin (dewasa 4 x 150–300 mg/hari; anak-anak 4 x 8–12 mg/kgbb/hari).

Penderita dianjurkan istirahat (masuk rumah sakit). Bila lokasi lesi pada tungkai bawah dan kaki maka bagian yang terserang ini ditinggikan. Secara lokal, dapat diberikan kompres terbuka yaitu kompres dingin untuk mengurangi rasa sakit. Bila terdapat vesikula atau bulla dapat dikompres dulu dengan rivanol 1%, setelah cairan mengering dilanjutkan dengan pemberian topikal antibiotik seperti kombinasi basitrasin dan polimiksin B atau framisetin sulfat.

### b) Selulitis

Pada selulitis karena H. influenza diberikan ampicilin 200 mg/kgbb/hari selama 7–10 hari dan pada kasus berat dapat dikombinasi dengan kloramfenikol 100 mg/kgbb/hari. Selulitis karena streptokokus diben penisilin prokain G (dosis = erisipelas).

Pada selulitis yang ternyata penyebabnya bukan Stafilokokus aureus penghasil penisilinase (non SAPP) dapat diberi penisilin. Pada yang alergi terhadap penisilin, sebagai alternatif digunakan eritromisin atau klindamisin (dosis = erisipelas). Pada yang penyebabnya SAPP selain eritromisin dan klindamisin, juga dapat diberikan dikloksasilin 12,5–25 mg/kgbb/hari secara oral selama 7–10 hari, atau sefalozelin IMIIV (dewasa 1 g/hari, kasus berat ditingkatkan 3–5 gram/hari; bayi dan anak-anak 20–40 mg/kgbb/hari, kasus berat sampai 100 mg/kgbb/hari; neonati 10–20 mg/kgbb/hari diberikan 2 kali sehari).

## PENCEGAHAN

Untuk mencegah terjadinya erisipelas dan selulitis/flegmon maka hal-hal di bawah ini perlu dilakukan:

- 1) Menjaga kebersihan tubuh dengan mandi teratur dan menggunakan sabun atau shampo yang mengandung antiseptik, agar kuman patogen secepatnya hilang dan kulit.
- 2) Mengatasi faktor predisposisi.
- 3) Mengusahakan tidak terjadinya kerusakan kulit atau bila telah terjadi kerusakan kulit berupa luka kecil maka segera dirawat/diobati.

## KEPUSTAKAAN

1. Bernard P, Bonnetblanc JM, Denis F. Dermatology in Europe (ed) Emiliano Panconesi. Blackweil Scien. Publ. 1991 : 102-104.
2. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrew's Diseases of the Skin, Clinical Dermatology 8th c Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders Co, 1990 : 277-78.
3. Baker AB. Clinical Neurology revised ed. Philadelphia: Harper Row Publ. 1981 : 9-18.
4. Charter C. Grosshans E. Internat. J. Dermatol. 1985; 29(7): 459-66.
5. DiNubile Mark J. Septic Thrombosis of the Caverosus Sinuses. Arch Neurol 1988; 45: 567-72.
6. Eaglestein WH, AndrophyE. Erisipelas. In Current Dermatology Therapy Stuard Maddin (ed). Philadelphia: WB Saunders Co. 1982: 153-56.
7. Falco OB, Plewig G, Wolff HH, Winkelman RK. Disease caused by Streptococci. Dennatology. Berlin Heidelberg, New York: Spnnger-Verlag, 1991 : 173-75.
8. Gan VHS, SetiabudyR. Antimikroba. Pengantar. Dalam: Farmakologi dan Terapi edisi ke 3, Jakarta: Bagian Farmakologi FKUI. 1987 : 514-26.
9. Harun ES, Sukanto H, Agusni 1, Soeparlan AG. Erisipelas. Dalam: Pedoman Diagnosis dan Terapi RSUD Dr. Soetomo. Surabaya: LabIUPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelanun FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo, 1982: 29-31.
10. Hurwitz S. Clinical Pediatric Dennatology 2nd ed. WE Saunders Co. 1993: 284-86.
11. Hanger SB. Facial Cellulitis. Pediatrics 1981; 67: 376-77.
12. Moschella SL, Hurley HJ Dermatology, Vol. 1, 2nd ed. Philadelphia: Saunders Co, 1985 : 618-19.



Tiap tahunnya.....  
800.000 ha. hutan di Indonesia  
musnah untuk lahan pertanian,  
perumahan, transmigrasi, dll. ....!