

TERAPI ALBENDAZOLE PADA KASUS CUTANEOUS LARVA MIGRANS (CLM) DENGAN INFEKSI BAKTERI SEKUNDER

Eva Aguswulandari Suwito^{1*}, Farida Hartati¹

Abstrak

Cutaneous Larva Migrans (CLM) disebabkan oleh invasi larva cacing tambang (hookworm) pada kulit. Kasus ini melaporkan pasien laki-laki usia 32 tahun yang didiagnosis CLM dengan infeksi bakteri sekunder. Pasien diterapi dengan albendazole tablet, cefixime tablet, kombinasi oxytetrasiklin dan gentamisin krim, kombinasi tablet albendazole 400mg dalam krim betametason valerat 0,1%, serta cetirizine tablet. Pasien sembuh setelah diterapi selama sebelas hari.

Kata kunci: *Cutaneous larva migrans, albendazole*

¹Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Patuh Patuh Patju Lombok Barat

*email: evaaguswulandarisuwito@gmail.com

PENDAHULUAN

Cutaneous larva migrans (CLM) atau *creeping eruption* atau *sandworm disease* adalah erupsi di kulit berbentuk penjaralan serpigina sebagai reaksi hipersensitivitas kulit terhadap invasi larva cacing tambang atau nematoda (*roundworms*) atau produknya. Invasi ini sering terjadi pada anak-anak terutama yang sering berjalan tanpa alas kaki atau berhubungan dengan tanah atau pasir yang mengandung larva.^{1,2} Penyakit ini banyak dijumpai di negara beriklim tropis dan subtropis seperti Amerika Tengah dan Amerika Selatan, Karibia, Afrika, Australia dan Asia Tenggara bahkan Indonesia.^{1,2} Belum pernah dilaporkan kasus kematian akibat CLM. Penyakit ini sebenarnya bersifat swasirna setelah 1-3 bulan. Invasi CLM yang bertahan lama dapat mengakibatkan infeksi bakteri sekunder akibat garukan. Walaupun jarang, namun dapat mengakibatkan selulitis.^{1,2,3} Sejak tahun 1993 telah diketahui bahwa antihelminthes berspektrum luas misalnya

tiabendazole ternyata efektif mengobati CLM. Namun obat ini sukar didapat. Efek sampingnya mual, pusing dan muntah. Saat ini, *ivermectin* dan *albendazole* juga efektif digunakan sebagai terapi lini pertama, tetapi *ivermectin* tidak tersedia di Indonesia sehingga *albendazole* menjadi terapi pilihan dalam kasus CLM.

LAPORAN KASUS

Pasien W, laki-laki, 32 tahun datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Patuh Patuh Patju dengan keluhan gatal dan luka di punggung tangan kanan sejak enam hari. Awalnya muncul bintil-bintil kemudian menjalar, timbul dan berkelok. Pasien sudah mengoleskan salep *hydrocortisone* dan *betamethasone*, dua kali sehari tetapi keluhan belum membaik. Keluhan gatal dirasakan terus-menerus. Pasien tidak pernah mengalami keluhan seperti ini sebelumnya. Tujuh hari sebelum mengalami keluhan ini pasien bepergian ke Pantai. Pasien memiliki riwayat

alergi berupa gatal dan bentol-bentol di badan jika konsumsi ikan laut. Pemeriksaan status dermatologis pada *regio dorsum manus dextra*, terdapat papul eritema, multipel, linier berbentuk serpiginosa ukuran panjang kira-kira 7-8 cm, membasah disertai adanya pus. Pasien didiagnosis *Cutaneous Larva Migrans* (CLM) dengan infeksi bakteri sekunder berdasarkan anamnesis adanya faktor risiko bepergian ke daerah pantai dan hasil pemeriksaan dermatologis ditemukan lesi kulit khas CLM (**Gambar 1**). Pasien diberikan terapi tablet albendazole 400 mg satu kali sehari selama tiga hari berturut-turut, tablet *cefixime* 100 mg dua kali sehari selama 5 hari, tablet *cetirizine* 10 mg satu kali sehari, campuran krim *gentamicin* dan *oxytetracycline* yang dioles pada area luka tiga kali sehari. Tidak ada keluhan selama penggunaan obat yang diresepkan. Setelah empat hari, pasien kontrol ke Poliklinik, tampak infeksi bakteri sekunder telah membaik ditandai luka yang relatif kering dan tidak ditemukan adanya pus, tetapi ukuran luka bertambah dengan panjang lesi sekitar 10 cm, menonjol, sewarna dengan kulit, berbentuk serpiginosa (**Gambar 2**) Pasien kemudian diberikan campuran tablet *albendazole* 400 mg dalam krim *betamethasone valerat* 0,1% oklusif yang dioleskan dua kali sehari. Satu minggu kemudian pasien kontrol lagi ke Poliklinik, tampak *patch* hiperpigmentasi dengan tepi ireguler dan batas tidak tegas (**Gambar 3**). Keluhan gatal dirasa sudah berkurang. Prognosis pasien ini adalah bonam.



Gambar 1. Lesi kulit sebelum terapi.



Gambar 2. Lesi kulit setelah terapi selama empat hari.



Gambar 3. Lesi kulit setelah terapi selama sebelas hari.

PEMBAHASAN

Cutaneous Larva Migrans (CLM) disebabkan oleh invasi larva cacing tambang (hookworm) terutama *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*. Nematoda ini hidup pada usus kucing dan anjing. Ovum (telur cacing) terdapat pada kotoran binatang, karena kelembaban (misalnya di tanah berpasir yang basah dan lembab) berubah menjadi larva yang mampu melakukan penetrasi ke kulit manusia. Larva ini tinggal di kulit dan berjalan sepanjang taut dermo-epidermal dan setelah beberapa hari akan muncul gejala di kulit.^{1,2}

Pada pasien ini didapatkan lesi kulit berupa papul eritema, multipel, linier yang berbentuk serpiginosa ukuran panjang kira-kira 7-8cm dan basah disertai pus. Gejala awal biasanya berupa papul kemudian diikuti oleh bentuk yang khas, yakni lesi berbentuk linier atau berkelok-kelok, timbul dengan diameter 2-3 mm, dan berwarna kemerahan. Adanya lesi papul eritema ini menunjukkan bahwa larva telah berada di kulit selama beberapa jam atau hari.

Pada kasus ini pasien diagnosis CLM dengan infeksi bakteri sekunder. Komplikasi lokal akibat infeksi bakteri sekunder yang meliputi area kulit, terjadi pada 8% kasus. Umumnya hal ini terjadi akibat garukan pada kulit yang menyebabkan eksoriasi yang menjadi pintu masuk bagi bakteri patogen.⁴ Pada kulit, infeksi paling sering disebabkan oleh bakteri *Streptococcus B - hemolitikus* dan *Staphylococcus aureus*.^{1,2} Tidak dilakukan kultur bakteri dari kerokan kulit pada pasien ini sehingga diberikan antibiotik berspektrum luas yaitu tablet cefixime dua kali sehari selama lima hari dan campuran salep *gentamicin* dan *oxytetracycline* dioles dua kali

sehari pada area lesi di punggung tangan kanan.

Berdasarkan literatur, sebelum tahun 1960 terapi CLM menggunakan *ethyl chloride spray* yang disemprotkan sepanjang lesi, *liquid nitrogen*, *phenol*, *carbon dioxide snow (CO₂ snow)* dengan penekanan selama 45 detik sampai 1 menit, dua hari berturut-turut), *piperazine citrate*, elektrokauterisasi, dan radiasi. Pengobatan tersebut sering tidak berhasil karena tidak diketahui secara pasti di mana larva berada, dan penggunaan yang terlalu lama dapat merusak jaringan di sekitarnya. Sejak tahun 1993 telah diketahui bahwa antihelminthes berspektrum luas misalnya *tiabendazole* ternyata efektif. Dosisnya 25-50 mg/kgBB/hari, sehari dua kali, diberikan berturut-turut selama 2-5 hari. Dosis maksimum 3 gram sehari, jika belum sembuh dapat diulang selama beberapa hari. Namun obat ini sukar didapat. Efek sampingnya mual, pusing dan muntah. Saat ini obat yang digunakan sebagai terapi lini pertama adalah *albendazole* dan *ivermectin*. *Ivermectin* per oral dengan dosis 200 µg/kgBB dosis tunggal dan diulang setelah 1-2 minggu memberi kesembuhan 94-100%.² Namun obat ini tidak tersedia di Indonesia sehingga *albendazole* menjadi terapi pilihan utama.

Menurut Cord dkk, terapi CLM yang yang direkomendasikan, yaitu tablet *albendazole* 800 mg/hari selama tiga hari namun jika obat tidak dapat ditoleransi karena ada gangguan gastrointestinal maka dosisnya diturunkan menjadi 400 mg/hari selama lima hari. Sedangkan, terapi krim *albendazole* 10% dioles tiga kali sehari selama tujuh hingga sepuluh hari efektif sebagai terapi CLM. Untuk mengurangi inflamasi dan keluhan gatal, terapi

topikal dengan krim kortikosteroid direkomendasikan selama lima hari.⁵

Penelitian yang dilakukan oleh Goel dkk, pada pasien CLM dengan lesi kulit di perut dan mendapatkan terapi tablet *albendazole* 400mg sekali sehari selama tiga hari menunjukkan keluhan gatal berkurang dalam 48 jam serta keadaan lesi membaik dalam satu minggu setelah pemberian terapi.⁶ *Albendazole* topikal dalam berbagai konsentrasi dilaporkan efektif untuk terapi CLM. Penelitian yang dilakukan oleh Citra M, pada pasien CLM yang diterapi dengan campuran *albendazole* 400mg dalam vaselin album tiga kali sehari menunjukkan adanya perbaikan klinis setelah lima hingga tujuh hari.⁷ Caumes menggunakan *albendazol* 10%, tanpa kombinasi steroid dan tidak diaplikasikan secara oklusif. Pada dua kasus CLM anak, kesembuhan dicapai setelah satu minggu terapi.⁸

Pada pasien ini antihelminthes yang diresepkan yaitu, tablet *albendazole* 400mg diminum sekali sehari selama tiga hari berturut-turut. Setelah empat hari, pasien datang kontrol ke Poliklinik dengan keadaan lesi kering tanpa pus, namun ukuran lesi bertambah panjang sehingga terapi dilanjutkan dengan menggunakan terapi topikal yang terdiri dari campuran tablet *albendazole* 400 mg dalam krim *betamethasone valerat* 0.1%, dioleskan dua kali sehari oklusif selama tujuh hari. Setelah pengobatan, tampak lesi kulit membaik dengan gambaran berupa *patch* hiperpigmentasi dengan tepi ireguler dan batas tidak tegas.

KESIMPULAN

Pada kasus ini, pasien laki-laki usia 32 tahun didiagnosis CLM dengan infeksi bakteri sekunder. Pasien diterapi dengan tablet

albendazole 400 mg sekali sehari selama tiga hari, tablet *cefixime* 100 mg dua kali sehari, campuran krim *gentamicin* dan *oxytetracycline* tiga kali sehari kemudian setelah terapi hari keempat tampak perbaikan lesi kulit. Terapi kemudian dilanjutkan dengan tablet *albendazole* 400 mg dalam krim *betamethasone valerat* 0,1% yang dioleskan dua kali sehari oklusif selama tujuh hari kemudian lesi mengalami perbaikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw Hill; 2012.
2. Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-7. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2018.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta: PERDOSKI; 2017.
4. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans. *Journal of Travel Medicine*. 2007; 14(5):326-33.
5. Sundercatter Cord, Esther von Stebut, Helmut Schofer. S1 Guideline Diagnosis and Therapy of Cutaneous Larva Migrans (creeping disease). *Journal of the German Society of Dermatology*; 2013.
6. Goel B, Singh K, Agrawal S, Jain S, Agrawal S. Cutaneous Larva Migrans - A Case Report. *JDA Indian Journal of Clinical Dermatology*. 2019;2:56-57.
7. Rizki C, Khairuddin D, Anni A, idriyanti I. Office-made 4% Albendazole Cream is an Effective Alternative Therapy for Cutaneous Larva Migrans: A Report of Three Cases. *Serbian Journal of Dermatology and Venereology* 2020; 12 (1): 9-13.
8. Caumes E. Efficacy of albendazole ointment on Cutaneous larva migrans in two young children. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1647-8.