



ISSN 0216-0773

MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

Vol. 44 No. 3 Tahun 2017

LIKEN PLANUS GENERALISATA PADA SEORANG ANAK

LIKEN PLANUS GENERALISATA PADA SEORANG ANAK

July Iriani Rahardja, Lies Marlysa Ramali

Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
FK Universitas Padjajaran/RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung

ABSTRAK

Liken planus (LP) merupakan penyakit mukokutan kronik yang umumnya mengenai dewasa dan jarang pada anak. Secara umum prevalensi LP generalisata diperkirakan sebesar 0,22-5% di seluruh dunia. Dalam lima tahun terakhir hanya terdapat tiga kasus LP generalisata pada anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Seorang anak laki-laki, 10 tahun dengan keluhan beruntus kemerahan yang terasa gatal pada hampir seluruh bagian tubuh. Pemeriksaan fisis di kulit ditemukan papul, plak eritematosa disertai skuama, sebagian terdapat Wickham striae. Pada beberapa lokasi, lesi tersusun linear menunjukkan fenomena Koebner positif. Pemeriksaan histopatologis ditemukan sebaran sel radang limfosit masif membentuk pola "band like", serta beberapa histiosit. Pada beberapa bagian tampak epidermis menyusun struktur "saw toothed". Pasien diterapi dengan kortikosteroid topikal dan sistemik yaitu salep mometason furoat 0,1% dan tablet metilprednisolon 32 mg/hari selama 7 hari kemudian 16 mg/hari selama 7 hari. Perbaikan lesi kulit yang cepat didapatkan dalam waktu 15 hari pengamatan.

Diagnosis LP pada pasien ini ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan histopatologis. Berdasarkan penelitian Vippan dkk. (2015), 58 % pasien LP memberikan respons yang baik terhadap kortikosteroid sistemik. LP generalisata pada anak mempunyai angka kekambuhan yang tinggi.

Pemberian kortikosteroid topikal dikombinasi dengan metilprednisolon setara dengan 1 mg/kgbb/hari prednison memberikan respons yang baik pada kasus ini. Pengamatan selama 15 hari menunjukkan perbaikan yang jelas dan sembuh sempurna dalam waktu 1 bulan, serta tidak terjadi kekambuhan dalam waktu satu tahun.

Kata kunci: Liken planus, Wickham striae, fenomena Koebner, kortikosteroid

GENERALIZED LICHEN PLANUS IN A CHILD

ABSTRACT

Lichen planus (LP) is a chronic mucocutaneous disease predominantly affecting adults and rarely in children. Generally, generalized LP prevalence is estimated between 0.22-5% globally. In the last 5 years, only three cases of generalized LP have been reported at Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung.

A 10-year old boy presented with pruritic reddish spots on almost all parts of the body. Physical examination showed papules, erythematous plaque and scales. There were Wickham striae and several linearly-arranged lesions showing positive Koebner phenomenon. On histopathological examination, there were massive lymphocytes forming a band like pattern, histiocyte, and at several areas the epidermis assumed a saw-toothed structure. Patient was treated with topical and systemic using corticosteroid mometasone furoate 0,1% ointment and methylprednisolone tablets 32 mg/day for the first 7 days continued with 16 mg/day for the next 7 days. By day 15, there was significant improvement on the skin lesions.

The diagnosis of LP was established based on clinical picture, physical, and histopathological examination. According to Vippan et al. (2015), 58% of LP patients produced a favorable response towards systemic corticosteroid. Generalized LP in children has a high recurrence rate.

Topical corticosteroid combined with methylprednisolone (equivalent to prednisone 1 mg/kgBW/day) produced a favorable response in this case. By day 15, the improvement was evidently clear, the lesions were healed, in a month and there was no recurrence during a yearlong observation.

Keywords: Lichen planus, Wickham striae, Koebner phenomenon, corticosteroids

PENDAHULUAN

Liken planus (LP) adalah penyakit peradangan kronis yang dapat mengenai kulit, kuku, folikel rambut, dan membran mukosa, disertai rasa gatal.¹⁻⁴ Penyakit ini mempunyai karakteristik enam “p” yaitu *purple* (lesi berwarna keunguan), *polygonal* (poligonal), *pruritic* (gatal), *planar* permukaan datar), *papules* (papul), dan *plaques* (plak).^{1,4,6}

LP pada anak jarang terjadi.^{1,2,5-7} Rerata usia anak yang dapat terkena penyakit ini adalah 7,1 hingga 8,4 tahun serta tidak dipengaruhi oleh ras.^{1,4-6} Penyebab LP masih belum diketahui dengan pasti,^{8,9} namun pada 1-2% kasus diduga berkaitan dengan faktor genetik (familial) yang diketahui berkaitan dengan HLA (*human leukocyte antigen*)-DR1 dan DR-10.^{1,5} Tipe familial berbeda dengan tipe klasik karena awitan terjadinya pada usia yang lebih muda, generalisata, dan mengenai mukosa.⁵ Liken planus diduga berhubungan dengan infeksi virus khususnya virus hepatitis C,^{1,4-6,10} mekanisme autoimun, serta penggunaan obat-obatan (antibiotik, diuretik, dan klorokuin), dan penggunaan tambalan gigi, misalnya emas dan perak.⁵

Berdasarkan catatan rekam medis rawat jalan dan rawat inap Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin (IKKK) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) periode 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Maret 2015, terdapat 2 kasus liken planus pada anak, sehingga kasus ini menjadi kasus ketiga yang dilaporkan dalam 5 tahun terakhir. Tujuan laporan kasus ini adalah melaporkan kasus liken planus yang jarang terjadi pada anak dan menguraikan terapi LP yang efektif.

LAPORAN KASUS

Seorang anak laki-laki, 10 tahun, pelajar kelas 4 SD, suku Sunda, datang dengan keluhan utama beruntus kemerahan yang terasa gatal pada hampir seluruh tubuh. Sejak 6 minggu sebelum datang berobat, timbul papul di leher bagian belakang, kedua tangan, dan kedua tungkai bawah yang terasa gatal. Untuk mengobati keluhannya, pasien dibawa berobat oleh orangtuanya ke dokter spesialis kulit dan kelamin (SpKK) di kota Bandung, diberi krim prednikarbat, tablet fexofenadin 120 mg, dan tablet metilprednisolon. Pasien telah memakai obat-obatan tersebut selama 2 minggu tetapi tidak tampak perbaikan. Pasien berobat kembali ke dokter SpKK diberikan krim permetrin 5% yang dioleskan satu kali pada seluruh tubuh di malam hari. Sejak 2 minggu sebelum berobat ke RSHS, kelainan kulit bertambah banyak dan menyebar hingga hampir seluruh tubuh, disertai rasa sangat gatal, sehingga sering digaruk oleh pasien. Pasien tidak ada riwayat mengonsumsi obat sebelum kelainan kulit muncul, sakit kuning, rinitis alergika, alergi makanan maupun obat, penambalan gigi, trauma, dan sakit tenggorokan

Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis, dan pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya karies dentis. Pada status dermatologikus, ditemukan pada hampir seluruh tubuh, kecuali kulit kepala berambut, dan palmoplantar tampak lesi multipel, sebagian besar diskret, bentuk sebagian bulat, sebagian tidak teratur, ukuran terkecil 0,3x0,2x0,1 cm dan ukuran terbesar 4x2,5x0,3 cm, berbatas tegas, timbul, kering, berupa papul, plak eritematosa, dan skuama. Pada beberapa lesi ditemukan *Wickham striae*, dari pada beberapa lokasi terdapat lesi yang tersusun linear menunjukkan fenomena Koebner positif. (Gambar 1)

Beberapa diagnosis banding pada pasien ini, yaitu liken planus generalisata, veruka plana, psoriasis gutata, erupsi obat likenoid. Diagnosis kerja yang ditetapkan adalah liken planus generalisata.

Hasil pemeriksaan histopatologis didapatkan sediaan kulit menunjukkan epidermis mengalami reaksi likenoid di lapisan basal berupa degenerasi vakuola dan *interface dermatitis*. Pada beberapa bagian tampak epidermis menyusun struktur “*saw-tooth*”. Pada daerah papila dermis tampak melanin inkontinensia dan ditemukan melanofag. Tampak sebukan masif sel radang limfosit membentuk pola “*band like*” serta beberapa histiosit. Adneksa kulit dan bagian stroma jaringan ikat lainnya dalam batas normal. (Gambar 2) Didiagnosis akhir kasus tersebut adalah liken planus generalisata.

Terapi yang dihasilkan ialah salep mometason furoat 0,1% dan Krim Decubal® (*lanolin, isopropyl myristate, cetyl alcohol, sorbitan monostearate, polysorbate, glycerol, dimethicone, dan sorbic acid*) sebagai terapi topikal, sedangkan terapi sistemik diberikan metilprednisolon 32 mg (16-0-16)/hari per oral selama 1 minggu, dilanjutkan metilprednisolon 16 mg/hari per oral selama 1 minggu, dan sirup setirizin 2x5 ml sehari

Pengamatan lanjutan setelah 15 hari menunjukkan perbaikan klinis dengan lesi kulit makula hiperpigmentasi, sembuh sempurna dalam waktu 1 bulan, (Gambar 3) serta tidak terjadi kekambuhan dalam waktu satu tahun pengamatan.

PEMBAHASAN

Liken planus adalah salah satu penyakit golongan papuloskuamosa, berupa peradangan kronik yang dapat menyerang kulit, kuku, mukosa, dan folikel rambut.^{1,2,5-7} Distribusi lesi biasanya bilateral dan simetris dengan predileksi tersering di bagian flektor ekstremitas, batang tubuh, lumbal, serta daerah sekitar pergelangan kaki.¹ Bagian wajah dapat juga terkena, namun biasanya terbatas, hanya mengenai daerah kelopak mata dan bibir.¹¹ Mukosa oral dapat terkena berupa gambaran retikuler.^{1,4,5} Pada kuku berupa *onychoschizia, onikolisis, trachy-*

onychia, dan *pterygium*.⁴ Liken planus mempunyai lesi karakteristik khas yaitu makula eritematosa dan papul, kemudian menjadi plak berwarna keunguan, berbentuk poligonal disertai skuama, dengan keluhan subjektif yang menonjol yaitu rasa gatal.^{4,11} Ciri lain berupa *Wickham's striae*, yaitu garis halus berwarna keputihan yang saling bersilangan di atas permukaan papul.^{4,6} Fenomena Koebner walaupun tidak patognomonik untuk liken planus, namun dapat menjadi salah satu tanda LP.¹¹ Fenomena Koebner adalah timbulnya lesi baru, di daerah yang terkena trauma atau dengan kata lain sebagai suatu "lesi isomorfik".^{1,7} LP adalah penyakit yang tidak dapat diprediksi, biasanya berlangsung selama 1-2 tahun, namun dapat berlangsung kronik dan dapat muncul kembali.^{1,7} Durasi penyakit ini bergantung dari bagian tubuh yang terkena dan morfologi lesi.^{4,7,11}

Penegakan diagnosis liken planus pada pasien ini berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis serta pemeriksaan histopatologis, yaitu terdapat papul eritematosa disertai skuama yang sangat gatal, meluas ke seluruh tubuh, kecuali kulit kepala berambut, kedua telapak tangan, dan kaki. Pada status dermatologikus didapatkan gambaran lesi papul, plak eritematosa, dan skuama disertai gambaran *Wickham's striae* dan fenomena Koebner.

Gambaran histopatologis yang khas untuk LP adalah *lichenoid interface* dermatitis dengan ortokeratosis, hipergranulosis, akantosis, dan infiltrasi sel-sel limfosit berisi sel T helper serta histiosit pada dermo-epidermal junction yang menyerupai pita (*band like*). Pada LP, dapat ditemukan perubahan lesi antara lain hiperplasia epidermis dengan gambaran gerigi "*saw-tooth*". Pada bagian bawah epidermis, dijumpai keratinosit degeneratif (*Civatte bodies/colloid bodies*) disertai batas bawah epidermis yang menghilang.^{5,6} Selain itu, yang juga khas adalah adanya gambaran sel keratin pada lapisan basal epidermal, disebut skuamatisasi.⁴ Pada pemeriksaan histopatologis pasien ini ditemukan sebaran masif sel radang limfosit membentuk pola "*band like*" serta beberapa histiosit dan pada beberapa bagian tampak epidermis menyusun struktur "*saw-tooth*" yang khas untuk liken planus.

Liken planus dapat menyerupai gambaran erupsi obat likenoid, psoriasis gutata, sifilis sekunder, liken nitidus, liken simplek kronis, prurigo nodularis, liken striatus, dan *papular granuloma anulare*.⁶ Pada erupsi obat likenoid terdapat lesi hipertrofik, hiperpigmentasi, dan skuama disertai peningkatan gambaran eksema, serta fotodistribusi dengan tidak terdapat keterlibatan mukosa.¹ Pada psoriasis gutata ditandai dengan adanya gambaran papul merah (*salmon pink*) seperti tetesan air disertai skuama dan berhubungan dengan infeksi streptokokus pada traktus respiratorius bagian atas.^{1,4} Pada veruka plana terdapat lesi dengan permukaan verukosa, jumlah lesi

lebih sedikit dibandingkan dengan LP, dan terdiri atas berbagai ukuran.⁴

Penyebab penyakit ini belum dapat diketahui secara pasti namun dicurigai terkait keaktifan limfosit TCD4+.¹¹ Faktor genetik,^{1,5} virus hepatitis C, autoimun, vaksinasi, bahan penambal gigi (amalgam), dan penggunaan obat, dikatakan berperan dalam menimbulkan LP.^{1,5,10} Mekanisme terjadinya belum sepenuhnya dapat diketahui. Jika dipicu penggunaan obat, penampakan klinis yang terlihat adalah makula hiperpigmentasi, *Wickham's striae* tidak terlihat, dan bagian tubuh yang terkena hanya ekstremitas tanpa mengenai bagian fleksor seperti yang biasa terlihat pada LP klasik.⁴

Infeksi virus hepatitis C diketahui menjadi salah satu penyebab LP.^{1,4,5,11} HCV termasuk virus RNA yang dilaporkan telah dapat diisolasi dari pasien LP.^{1,12} HCV diperkirakan membuat disregulasi imunitas yang dapat memicu LP.⁹ Dibalik itu semua, masih banyak perbedaan pendapat menyangkut hubungan HCV dan LP, diantaranya mengenai pelaporan yang berbeda. Vaksin hepatitis B juga dikatakan dalam beberapa pelaporan menjadi salah satu pencetus LP.¹³ Jarak waktu antara pemberian vaksin hepatitis B hingga munculnya lesi di kulit dilaporkan bervariasi dari 3 bulan hingga 11 tahun, namun biasanya dalam 3 tahun setelah vaksinasi.⁵ Pada pasien ini tidak ditemukan riwayat penggunaan obat-obatan ataupun vitamin dalam satu tahun terakhir. Riwayat sakit kuning juga disangkal. Pasien mendapatkan imunisasi hepatitis B pada waktu berumur kurang dari satu tahun. Pasien tidak mempunyai riwayat penambalan gigi. Faktor berkaitan dengan LP seperti konsumsi obat, infeksi hepatitis C, vaksinasi hepatitis B, dan penggunaan bahan penambal gigi sebagai dugaan penyebab LP dapat disingkirkan pada pasien ini. Alloanamnesis dengan orang tua pasien tidak didapatkan adanya anggota keluarga yang menderita penyakit serupa dan dari pemeriksaan fisik tidak ditemukan keterlibatan mukosa oral, karenanya kemungkinan faktor genetik yang menjadi penyebab LP dapat disingkirkan.

Belum ada konsensus terkait pengobatan LP. Kortikosteroid topikal dan antihistamin oral masih menjadi pilihan utama pada kasus LP tipe klasik yang lokalisata.¹⁴ Pada keadaan generalisata pemilihan kortikosteroid sistemik dikatakan efektif dengan dosis setara prednison 1-2 mg/kg/hari selama 1-2 minggu kemudian diturunkan.⁵ Menurut Nanda dkk. (2001), terapi lainnya adalah fototerapi UVB sebagai terapi yang aman dan efektif dalam pengobatan LP generalisata pada anak.¹⁵ Nanda dkk. juga mengatakan bahwa dapson berguna untuk pasien LP kronik dan berulang.¹⁵ Menurut Lauberg dkk. (1991), asitretin dikatakan efektif dan baik untuk LP, namun penelitian dilakukan pada orang dewasa.¹⁶ Pada pasien ini diberikan metilprednisolon 32 mg selama 1 minggu, set-

elah itu diturunkan menjadi 16 mg selama 1 minggu. Sebagai indikator terhadap keberhasilan terapi adalah tidak munculnya lesi baru, perbaikan keluhan gatal, dan lesi mengering. Pada pasien ini selama masa pengamatan hingga satu minggu setelah terapi, tidak ditemukan lesi baru, lesi mengering, dan keluhan gatal menghilang, sehingga terapi menggunakan kombinasi kortikosteroid topikal dan metilprednisolon pada pasien ini dinyatakan berhasil.

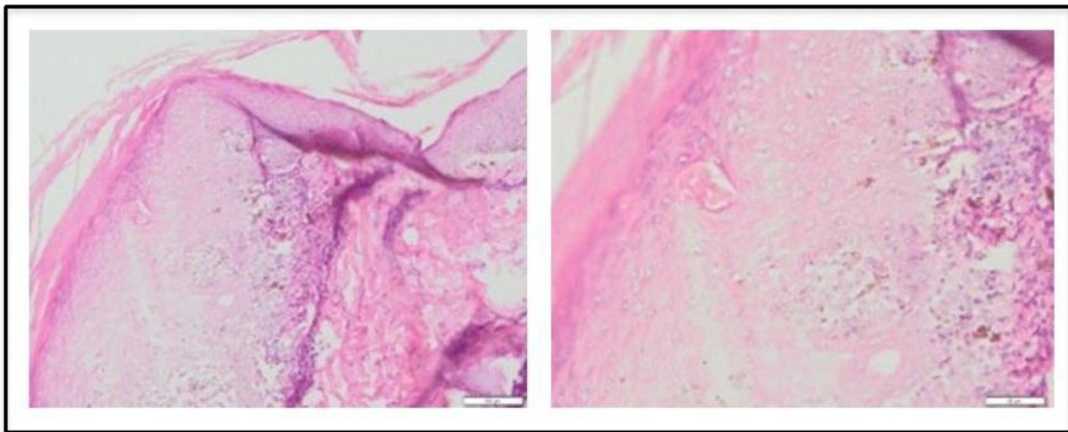
Liken planus adalah penyakit jinak yang tidak mengancam nyawa,⁴ walaupun keluhan gatal dapat sangat mengganggu dan menurunkan kualitas hidup pasien. Lesi kulit dapat meninggalkan bekas berupa makula hiperpigmentasi yang selanjutnya dapat menghilang. Liken planus jarang mengenai anak-anak, hanya sekitar 2-3% dari seluruh kasus yang pernah dilaporkan. Keterlibatan mukosa dan kelainan kuku pada anak jarang

ditemukan.^{11,14} Manifestasi kulit yang biasa terlihat pada anak adalah LP dengan tipe klasik. Pada anak biasanya ditemukan keterlibatan penyakit serupa dalam keluarga/familial.^{4,11} LP familial biasanya timbul pada usia yang lebih muda dengan lesi generalisata dan terdapat keterlibatan mukosa. Selain itu, perjalanan penyakitnya lebih panjang dan angka kekambuhannya lebih tinggi.¹¹ Meski pasien LP pada anak dengan lesi generalisata mempunyai angka kecenderungan kekambuhan yang tinggi, namun dapat sembuh dengan cepat.¹

Kesimpulan laporan kasus ini adalah pemberian kortikosteroid topikal dikombinasi dengan metilprednisolon setara dengan 1 mg/kgbb/hari prednison, pada pasien kami memberikan respons yang baik. Dalam waktu 15 hari pengamatan, perbaikan tampak jelas dan sembuh sempurna dalam waktu 1 bulan, serta tidak terjadi kekambuhan dalam waktu satu tahun pengamatan.



Gambar 1. Pengamatan hari ke-1
A: Wajah, B: Abdomen, C: Kaki, D: Fenomena Koebner,
E: Purple, polygonal, planar; papules, F: Wickham striae



Gambar 2. Hasil pemeriksaan histopatologis
"Saw-tooth" structure



Gambar 3. Pengamatan hari ke-32
A : Wajah, B : Tenguk, C: Abdomen, D: Lengan, E: Kaki

DAFTAR PUSTAKA

1. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factor, diagnosis, and prognosis. *The Scient World J.* 2014;2014:1-22.
2. Malekzad F, Saeedi M, Ayatollahi A. Low dose methotrexate for the treatment of generalized lichen planus. *Iran J Dermatol.* 2011;14:131-5.
3. Kelner N, Vivas A, Morelato R, Alves F. Lichen planus affecting a 12-year-old-girl. *Open J of Stomatol.* 2012;2:358-61.
4. Pittelkow MR, Daoud MS. Lichen planus. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, penyunting. *Fitzpatrick's dermatology in medicine.* Edisi ke-8. New York: Mc Graw-Hill; 2012. h. 296-312.
5. Kanwar A, De D. Lichen planus in children. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:366-72.
6. Sharma A, Birula R, Schwatz RA, Janniger CK. Lichen planus: an update and review. *Cutis.* 2012;90:17-23.
7. Horowitz MR, Resende MO, Cavalcanti SM. Linear lichen planus in children. *An Bras Dermatol.* 2013;88:139-42.
8. Pacheco H, Kerdel F. Successful treatment of lichen planus with low-molecular-weight heparin: a case series of seven patients. *J Dermatol Treat.* 2001;12:123-6.
9. Shai, Halevy. Lichen planus and lichen planus like eruption: pathogenesis and associated diseases. *Int J of Dermatol.* 1992;31:379-84.
10. Kirtak, Inaloz, Ozgoztasi, Erbagci. The prevalence of hepatitis C virus infection in patients with lichen planus in Gaziantep region of Turkey. *Eur J Epidemiol.* 2000;16:1159-61.
11. James WD, Berger TG, Elston DM. Lichen planus and related conditions. Dalam: *Andrew's Disease of the Skin: Clinical Dermatology.* Edisi ke-11. Philadelphia: WB. Saunders; 2011. h.213-8.
12. Kurokawa M, Hidaka T, Sasaki H, Nishikata. Analysis of hepatitis C virus (HCV) RNA in the lesions of lichen planus in patients with chronic hepatitis C: detection of anti genomic as well as genomic strand HCV RNAs in lichen planus lesions. *J Dermatol Sci.* 2003;32(1):65-70.
13. Mahboob A, Haroon TS, Iqbal Z, Saleemi MA. Prevalance of hepatitis B surface antigen carrier state in patients with lichen planus report of 200 cases from Lahore, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2007;19:68-70.
14. Basak P, Basak K. Generalized lichen planus in childhood: is dapson an effective treatment modality?. *Turk J Pediatr.* 2002;44:346-8.
15. Nanda A, Al-Ajmi H, Al-Sabah H, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. Childhood lichen planus: A report of 23 cases. *Ped Derm.* 2001;18:1-4.
16. Lauberg G, Geiger JM, Hjorth N. Treatment of lichen planus with acitretin. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:434-7.