

Tinea Cruris

Aisyah Nita Yasmin Lubis

Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh utara

Mohammad Mimbar Topik

Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh utara

Korespondensi Penulis: aissjasminelubis@gmail.com

Abstract. *Tinea cruris is a dermatophytosis caused by Tricophyton rubrum and Epidermophyton floccosum found on the skin of the thighs, genitals, buttocks, around the anus and perineum. The typical clinical symptoms of tinea cruris are itching that increases when sweating, with polycyclic/round lesions with firm boundaries, polymorphic efflorescence, and more active edges. The diagnosis is based on history taking and dermatologic physical examination. In this case the patient is an 18-year-old female, presenting with a chief complaint of reddish and scaly patches on the buttocks and thigh folds that are increasingly widespread accompanied by intense itching, especially when sweating. The patient's complaint has been experienced since 3 months ago. The patient's reddish lesions appeared central healing with firm boundaries and active lesion edges arranged in a polycyclic manner. The patient underwent KOH examination and the results were spores (+) and hyphae (-). The prognosis of tinea cruris will be good if treated properly, unless re-exposure to the causative fungus.*

Keywords: Central healing, KOH, Tinea cruris

Abstrak. Tinea cruris merupakan dermatofitosis yang disebabkan oleh *Tricophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum* yang terdapat pada daerah kulit lipat paha, genital, bokong, sekitar anus dan daerah perineum. Gejala klinis tinea cruris yang khas yaitu gatal yang meningkat saat berkeringat, dengan bentuk lesi polisiklik/ bulat berbatas tegas, efloresensi polimorfik, dan tepi lebih aktif. Penegakan diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dermatologis. Pada kasus ini pasien merupakan seorang perempuan berusia 18 tahun, datang dengan keluhan utama berupa bercak-bercak kemerahan dan bersisik di bokong dan lipat paha yang semakin meluas disertai rasa gatal yang memberat terutama saat berkeringat. Keluhan yang dirasakan pasien sudah dialami sejak 3 bulan yang lalu. Bercak lesi kemerahan pada pasien tampak *central healing* berbatas tegas dengan tepi lesi yang aktif dan tersusun secara polisiklik. Pada pasien dilakukan pemeriksaan KOH dan didapatkan hasil yaitu spora (+) dan hifa (-). Prognosis pada tinea cruris akan baik apabila diobati dengan benar, kecuali jika terpajan ulang dengan jamur penyebab.

Kata Kunci: Central healing, KOH, Tinea cruris

PENDAHULUAN

Dermatofitosis adalah penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum pada epidermis, rambut, dan kuku, yang disebabkan golongan jamur dermatofita. Jamur ini dapat menginvasi seluruh lapisan stratum korneum dan menghasilkan gejala melalui aktivasi respon imun penjamu (1,2). Terminologi yang umum digunakan untuk menggambarkan dermatofitosis adalah “tinea” atau “ringworm” yang dapat dibedakan berdasarkan dari lokasi anatomi yang terkena (Pippin et al., 2022). Berdasarkan lokasi anatomi infeksi dermatofita superfisial pada kulit, dapat mengenai tangan (tinea manuum), kaki (tinea pedis), kulit kepala (tinea capitis), area berjenggot (tinea barbae), wajah (tinea facialis), genitokrural, lipat paha (tinea cruris), kuku (onikomikosis atau tinea unguium), badan dan ekstremitas (tinea corporis) (Singh et al., 2019).

Tinea cruris yang sering disebut “*jock itch*” merupakan infeksi jamur superfisial yang mengenai kulit pada daerah lipatan paha, genital, bokong, sekitar anus dan daerah perineum (Pippin et al., 2022). Tinea cruris sebagai salah satu dermatofitosis yang disebabkan oleh jamur golongan dermatofita, terutama suatu kelas *Fungi imperfecti*, yaitu Genus *Microsporum*, *Trichophyton*, dan *Epidermophyton*. Tinea cruris paling sering disebabkan oleh spesies *Trichophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum* (Yossela, 2015).

Kondisi geografis Indonesia sebagai negara tropis dengan suhu dan kelembaban yang tinggi memudahkan tumbuhnya jamur. Hal tersebut menyebabkan prevalensi penyakit infeksi jamur yaitu dermatofitosis di Indonesia cukup tinggi (Mujur et al., 2019). Selain itu, penggunaan pakaian atau celana yang ketat, kelembaban yang tinggi, dan panas yang berlebihan juga berhubungan dengan kejadian tinea corporis dan/atau tinea cruris (Yee & Al Aboud, 2022). Studi menyebutkan 20% - 25% orang dewasa di seluruh dunia terinfeksi oleh dermatofitosis (Mujur et al., 2019).

Gambaran klinis dari dermatofitosis bermacam-macam, tergantung dari spesies penyebabnya, lokasi infeksi dan status imun penderita. Secara umum, gambaran klinis dari tinea cruris adalah lesi anular, bersisik, dengan *central healing* dan terdapat tepi eritema yang aktif disertai rasa gatal. Lesi yang berdekatan dapat bergabung membentuk pola *gyrata* atau polisiklik (Yossela, 2015). Tinea cruris dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup. Lesi akut dapat terbatas pada daerah genital-krural saja, atau meluas ke daerah sekitar anus, daerah gluteus dan perut bagian bawah, atau bagian tubuh yang lain (Menaldi et al., 2019).

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis adalah pemeriksaan mikroskopik langsung dengan KOH 10% dan kultur. Penatalaksanaan tinea cruris adalah dengan menghindari faktor predisposisi sekaligus pemberian obat antijamur topikal maupun sistemik. Pengobatan sistemik diberikan bila lesi luas dan gagal dengan pengobatan topikal (Sardana et al., 2018). Prognosis pada tinea cruris akan baik apabila diobati dengan benar, kecuali jika terpajan ulang dengan jamur penyebab (Mujur et al., 2019).

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan, Nn.NA, berusia 18 tahun, suku Aceh, alamat Simpang Kramat Aceh Utara dengan nomor RM 018834, datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia pada hari Senin, 25 Juli 2022 dengan keluhan utama berupa bercak kemerahan dan bersisik disertai dengan rasa gatal di bokong sejak 3 bulan yang lalu. Awalnya pasien hanya mengeluhkan sedikit bercak kemerahan yang disertai rasa gatal di bokong kanan, namun lama

kelamaan keluhan semakin bertambah lebar dan meluas ke seluruh permukaan bokong dan lipat paha. Bercak kemerahan dirasakan sangat gatal saat pasien berkeringat, dan menggunakan celana yang ketat. Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri.

Pasien menyangkal adanya anggota keluarga lain yang mengalami keluhan yang sama seperti pasien, dan pasien menyangkal adanya riwayat alergi. Pasien tidak mengonsumsi obat-obatan jangka panjang. Pasien mengaku sebelumnya berobat ke Mantri dan diberikan obat ketokonazol tablet 200mg dan krim aloe vera, akan tetapi keluhan tidak berkurang sehingga pasien berobat ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia. Pasien merupakan seorang pelajar di Pesantren, pasien mengatakan kebersihan sehari-hari pasien terjaga dan pasien mandi 2 kali sehari.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 19x/menit, tinggi badan 154 cm dan berat badan 43kg. Status dermatologis pada regio inguinal dan gluteal didapatkan efloresensi berupa makula eritema berbatas tegas disertai skuama halus di atasnya, tampak *central healing* dengan susunan polisiklik, bagian tepi lesi tampak aktif dengan penyebaran lesi regional.

Diagnosis banding pada pasien ini adalah kandidosis intertriginosa, eritrasma, dan psoriasis. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu dengan mikroskopis kerokan kulit dengan KOH 10-20%, untuk melihat hifa dan spora jamur. Pada pemeriksaan penunjang KOH 10% didapatkan hasil spora (+) dan hifa (-).



Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dermatologis maka diagnosis kerja pada pasien ini adalah tinea cruris. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien yaitu terapi farmakologi obat topikal berupa termisil cream 2x1, dan obat oral berupa loratadine 10mg 1x1, itraconazole 100mg 1x1. Pada pasien ini juga diberikan penjelasan mengenai penyakitnya, penyebab, dan pilihan pengobatan, serta pencegahannya berupa edukasi terhadap penyakitnya yaitu menjaga kebersihan tubuh dengan mandi teratur dua kali sehari, menghindari pakaian yang basah, lembab ataupun pakaian yang terlalu ketat. Selain itu, disarankan juga kepada pasien untuk tidak menggunakan handuk bersama dan bertukar pakaian dengan orang lain.

Pasien juga disarankan untuk kontrol ulang di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia 1 minggu kemudian untuk evaluasi pengobatannya.

Dokumentasi Kunjungan pertama



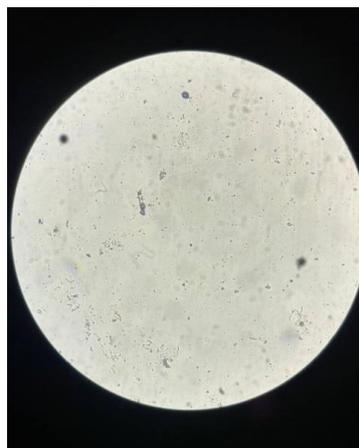
Gambaran Klinis Pasien Kunjungan Pertama

Dokumentasi Kunjungan Kedua



Gambaran Klinis Pasien Kunjungan Kedua

Dokumentasi Pemeriksaan Penunjang



Gambaran Pemeriksaan KOH 10% dibawah mikroskop

PEMBAHASAN

Pada kasus diatas pasien merupakan seorang perempuan berusia 18 tahun, tinggal bersama keluarga dan sebagai seorang pelajar. Berdasarkan beberapa penelitian, infeksi dermatofita dapat mengenai semua usia baik laki-laki maupun perempuan. Namun, lebih sering terjadi pada usia remaja dan kelompok usia produktif karena pada usia tersebut lebih banyak mengalami faktor predisposisi atau pencetus misalnya pekerjaan, trauma, dan banyak berkeringat, sehingga resiko untuk menderita dermatofitosis superfisialis lebih besar bila dibandingkan dengan kelompok umur lainnya (S, 2017). Dermatofitosis umumnya lebih banyak ditemukan di negara tropis dan subtropis. Dermatofitosis dapat pula diperberat oleh penggunaan pakaian yang tertutup rapat, kelembapan tinggi, keadaan sosioekonomi yang rendah, lingkungan tempat tinggal yang padat, dan higiene yang rendah (Sanggarwati et al., 2021).

Pasien datang dengan keluhan utama berupa bercak- bercak kemerahan dan bersisik di bokong dan lipat paha yang semakin meluas disertai rasa gatal yang memberat terutama saat berkeringat. Keluhan yang dirasakan pasien sudah dialami sejak 3 bulan yang lalu. Bercak lesi kemerahan pada pasien tampak *central healing* berbatas tegas dengan tepi lesi yang aktif dan tersusun secara polisiklik. Gambaran klinis tersebut sesuai dengan literatur yaitu secara umum gambaran klasik lesi tinea cruris berupa lesi anular dengan *central healing* dan tepi eritema yang aktif. Lesi yang berdekatan dapat bergabung membentuk pola *gyrata* atau polisiklik (Yossela, 2015).

Tinea cruris merupakan dermatofitosis yang disebabkan oleh *Tricophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum* yang terdapat pada lipat paha, daerah perineum, dan sekitar anus serta juga dapat mencapai perut bagian bawah dan daerah gluteus. Lesi kulit pada tinea cruris tampak berbatas tegas. Peradangan pada tepi lebih nyata daripada daerah tengahnya. Efloresensi terdiri atas macam-macam bentuk yang primer dan sekunder (polimorf). Bila penyakit ini menjadi menahun, dapat berupa bercak hitam disertai sedikit sisik. Erosi dan keluarnya cairan biasanya akibat garukan (Menaldi et al., 2019).

Sebelum mengalami keluhan, pasien mengaku sering menggunakan pakaian ketat dan legging saat beraktivitas dirumah maupun diluar rumah. Dermatofita dapat berkembang pada suhu permukaan 25-28°C dan infeksi pada kulit manusia dipengaruhi oleh kondisi yang hangat dan lembab. Penggunaan pakaian atau celana dalam yang ketat merupakan kondisi yang baik bagi pertumbuhan jamur. Selain itu frekuensi dermatofitosis lebih besar pada masyarakat dengan status sosial ekonomi yang rendah dan lingkungan yang padat (Pippin et al., 2022).

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosis banding yaitu kandidiasis intertriginosa, eritasma, dan psoriasis. Kandidiasis intertriginosa memiliki

predileksi yang sama-sama terjadi didaerah lipatan paha dan memiliki bentuk klinis yang mirip yaitu bercak yang berbatas tegas, bersisik, basah, dan eritematosus. Namun, yang membedakannya dengan tinea cruris yaitu dari status dermatologisnya didapatkan adanya lesi satelit. lesi satelit tersebut dikelilingi oleh satelit berupa vesikel-vesikel dan pustul-pustul kecil atau bula yang bila pecah meninggalkan daerah yang erosif, dengan pinggir yang kasar dan berkembang seperti lesi primer (Wiyono, 2016). Untuk menyingkirkan diagnosis eritrasma maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan lampu Wood. Diagnosis psoriasis dapat disangkal karena pada lesi tidak terdapat skuama perak mengkilat yang menutupi plak eritema, fenomena tetesan lilin ataupun *auspitz sign* (KANG et al., 2019).

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis tinea cruris yaitu dengan pemeriksaan mikroskopis KOH 10%-20% pada kerokan kulit. Pemeriksaan KOH berfungsi untuk melarutkan keratin dan mengidentifikasi struktur jamur. Metode lain untuk menegakkan diagnosis dapat dilakukan kultur jamur. Pada pemeriksaan kultur jamur dibutuhkan waktu yang lama sekitar lima hari hingga empat minggu pada spesies tertentu. Media isolasi yang paling umum digunakan untuk kultur jamur adalah agar Sabourad dekstrosa. Identifikasi dilakukan dengan pemeriksaan morfologi, pigmentasi, dan topografi permukaan kultur (Yee & Al Aboud, 2022). Pada pasien dilakukan pemeriksaan KOH dan didapatkan hasil yaitu spora (+) dan hifa (-).

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien ini berupa obat topikal termisil cream 2x1 disertai obat oral berupa itrakonazole 100 mg 1x1, dan loratadine 10 mg 1x1. Obat termisil mengandung terbinafine yaitu golongan alilamin yang bersifat fungisidal yang bekerja dengan menghambat enzim *squalene epoxidase*, yang bertanggung jawab untuk sintesis ergosterol yaitu zat esensial komponen dinding sel jamur (Yossela, 2015). Itraconazole merupakan obat golongan azole yang bekerja dengan cara menghambat biosintesis ergosterol jamur. Penghambatan ergosterol ini menimbulkan gangguan pada struktur dan fungsi selaput jamur (Sahoo & Mahajan, 2016). Loratadine merupakan antihistamin H1 generasi kedua yang bekerja dengan mengurangi produksi sitokin proinflamasi, ekspresi molekul adhesi sel, dan kemotaksis sel eosinofil dan sel lainnya. Kerja obat ini yaitu dengan menekan reseptor histamin yang akan mengurangi rasa gatal dan kemerahan pada kulit akibat reaksi alergi (Laddha et al., 2021).

Treatment of Dermatophytes		
DISEASE	TOPICAL TREATMENT	SYSTEMIC TREATMENT
Tinea corporis/cruris	<ul style="list-style-type: none"> Allylamines Imidazoles Tolnaftate Butenafine Ciclopirox Gentian violet 	<p>Adults</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Terbinafine 250 mg/day × 2 to 4 weeks ■ Itraconazole 100 mg/day × 1 week ■ Fluconazole 150 to 300 mg/day × 4 to 6 weeks ■ Griseofulvin 500 mg/day × 2 to 4 weeks <p>Children</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Terbinafine 3 to 6 mg/kg/day × 2 weeks ■ Itraconazole 5 mg/kg/day × 1 week ■ Griseofulvin 10 to 20 mg/kg/day × 2 to 4 weeks

Gambar .1 Tatalaksana Tinea Cruris

Pencegahan yang dapat diberikan kepada pasien berupa edukasi terhadap penyakitnya yaitu menjaga kebersihan diri dengan cara tidak menggunakan pakaian yang ketat dan menggunakan pakaian yang menyerap keringat, mengeringkan tubuh setelah mandi atau berkeringat, hindari penggunaan handuk atau pakaian bergantian dengan orang lain. Selain itu juga diberikan edukasi berupa konsumsi obat yang rutin sesuai dengan anjuran dokter untuk mencegah resistensi obat dan skrining anggota keluarga untuk mencegah dan mengobati penularan (Yossela, 2015). Prognosis pada tinea cruris akan baik apabila diobati dengan benar, kecuali jika terpajan ulang dengan jamur penyebab (Mujur et al., 2019).

KESIMPULAN

Tinea cruris merupakan dermatofitosis yang sering ditemukan pada daerah kulit lipit paha, genital, bokong, sekitar anus dan daerah perineum. Penegakan diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dermatologis. Gejala klinis tinea cruris yang khas yaitu gatal yang meningkat saat berkeringat, dengan bentuk lesi polisiklik/ bulat berbatas tegas, efloresensi polimorfik, dan tepi lebih aktif. Pemeriksaan penunjang tinea cruris dapat dilakukan dengan pemeriksaan KOH dan kultur jamur. Penatalaksanaan infeksi dermatofita dapat diobati dengan medikamentosa agen antifungal topikal ataupun sistemik, dan non medikamentosa seperti menggunakan pakaian yang menyerap keringat, tidak menggunakan pakaian yang ketat, mengeringkan tubuh setelah mandi atau berkeringat, dan membersihkan pakaian secara teratur. Prognosis pada tinea cruris akan baik apabila diobati dengan benar, jika terpajan ulang dengan jamur penyebab.

DAFTAR PUSTAKA

- KANG, S., AMAGAI, M., BRUCKNER, A. L., ENK, A. H., MARGOLIS, D. J., McMICHAEL, A. J., & ORRINGER, J. S. (2019). Fitzpatrick's Dermatology volume 1 ninth edition. In *McGraw-Hill*.
- Laddha, S. J., Sureka, V., & Swan, P. S. (2021). Management of Dadru Kushta (Tinea Cruris) through Ayurveda– A Case Study. *World Journal Of Pharmaceutical Research*, 10(5), 1578–1585. <https://doi.org/10.47552/ijam.v11i1.1349>
- Menaldi, S. L. S., Bramono, K., & Indriatmi, W. (2019). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Ketujuh (Cetakan Keenam). In *Serials Librarian*.
- Mujur, A. M., Ismail, S., & Sabir, M. (2019). Tinea Cruris. *Jurnal Medical Profession - Acta Obstetrica et Gynaecologica Japonica*, 45(Supplement), S-102.
- Pippin, M. M., Madden, M. L., & Das, M. (2022). *Tinea Cruris*.
- S, B. (2017). Prevalence of Tinea Corporis and Tinea Cruris in Outpatient Department of Dermatology Unit of a Tertiary Care Hospital. *Journal of Pharmacology & Clinical Research*, 3(1), 3–5. <https://doi.org/10.19080/jpcr.2017.03.555602>
- Sahoo, A., & Mahajan, R. (2016). Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatology Online Journal*, 7(2), 77. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.178099>
- Sanggarwati, S. Y. D. R., Wahyunitisari, M. R., Astari, L., & Ervianti, E. (2021). Profile of Tinea Corporis and Tinea Cruris in Dermatovenereology Clinic of Tertiary Hospital: A Retrospective Study. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 33(1), 34. <https://doi.org/10.20473/bikk.v33.1.2021.34-39>
- Sardana, K., Kaur, R., Arora, P., Goyal, R., & Ghunawat, S. (2018). Is Antifungal Resistance a Cause for Treatment Failure in Dermatophytosis: A Study Focused on Tinea Corporis and Cruris from a Tertiary Centre. *Indian Dermatology Online Journal*, 9(2), 90–95. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_137_17
- Singh, S., Verma, P., Chandra, U., & Tiwary, N. K. (2019). Risk factors for chronic and chronic-relapsing tinea corporis, tinea cruris and tinea faciei: Results of a case-control study. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 85(2), 197–200. https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_807_17
- Wiyono, R. P. (2016). *Kandidiasis Intertriginosa*. FK UHT.
- Yee, G., & Al Aboud, A. M. (2022). *Tinea Corporis*.
- Yossela, T. (2015). Diagnosis and Treatment of tinea Cruris. *Journal Majority*, 4(2), 122–128.