LAPORAN KASUS

“CUTANEUS LARVA MIGRANS”

Disusun Oleh:

dr. Aisyah Muthia Rasyida

Pembimbing: **dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti**

PESERTA PROGRAM INTERNSHIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023
PUSKESMAS AMBAL II, KEBUMEN, JAWA TENGAH
JUNI 2023

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS
CUTANEUS LARVA MIGRANS

Disusun oleh:
dr. Aisyah Muthia Rasyida

Diajukan sebagai syarat untuk memenuhi tugas
Program Internsip Dokter Indonesia Periode III

Telah dipresentasikan, diperiksa, disetujui, dan disahkan :
Hari :
Tanggal :

Pembimbing

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS
CUTANEUS LARVA MIGRANS

Disusun oleh:
dr. Aisyah Muthia Rasyida

Diajukan sebagai syarat untuk memenuhi tugas
Program Internsip Dokter Indonesia Periode III

Telah dipresentasikan, diperiksa, disetujui, dan disahkan :
Hari :
Tanggal :

Kepala UPTD Puskesmas Ambal 2

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr. wb.

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis ucapkan atas kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan case report yang berjudul Cutaneus Larva Migrans. *Case Report* ini disusun dalam rangka memenuhi syarat dalam mengikuti dan menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia di Puskesmas Ambal II.

Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada dr. Tutut yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dalam menyelesaikan c*ase report* ini. Penulis menyadari kekurangan dalam penulisan *case report* ini, oleh karena itu penulis memohon maaf atas segala kekurangan. Kritik dan saran sangat penulis harapkan. Semoga *case report* ini dapat bermanfaat untuk kita semua.

Wassalamualaikum wr.wb.

Ambal, 24 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN……..…….…….....ii
KATA PENGANTAR…….…….....iii
DAFTAR ISI……..…….……iv

BAB I Laporan Kasus……..……...……..1
BAB II Tinjauan Kasus……..……..….5
BAB III Pembahasan.....13
BAB IV Kesimpulan……...….....15

DAFTAR PUSTAKA……..…….…..16

BAB I
LAPORAN KASUS

I.1 Identitas Pasien

Nama	: An.MZM
Tgl Lahir/ Umur	: 17-09-2017/ 10 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Surobayan, Krajan 01/01
No. RM	: 040705
Tanggal Kasus	: 08 April 2023

I.2 Anamnesis

Anamnesis dilakukan pada tanggal 08 April 2023 secara autoanamnesis kepada pasien, dan aloanamnesis kepada keluarga pasien di Balai Pengobatan Puskesmas Ambal II.

I.2.1 Keluhan Utama

Ruam panjang gatal kemerahan di telapak kaki kanan sejak 1 minggu yang lalu.

I.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dengan keluhan ruam panjang kemerahan dan gatal di punggung kaki kanan. Keluhan sudah dirasakan 1 minggu, diawali bentol kemerahan, yang kemudian bertambah luas dan seperti membentuk benang berkelok-kelok. Selain itu pasien juga mengeluh ruam terasa gatal dan panas terutama di malam hari. Gatal dirasa tidak tertahankan sehingga pasien sering menggaruk ruam tersebut. Pasien mengaku ruam bertambah panjang dari sejak pertama timbul. Pasien sebelumnya belum mengkonsumsi obat untuk mengatasi keluhannya

Pasien mengaku sering bermain di luar rumah tanpa menggunakan alas kaki dan di lingkungan tempat tinggalnya sebagian besar merupakan tanah dan juga terdapat banyak kucing juga anjing liar.

Pasien tidak mengeluhkan demam, tergigit serangga atau hewan kecil lainnya (-). Riwayat berpergian (-).

I.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak pernah mengalami kejadian serupa. Riwayat penyakit kulit, diabetes, asma, dan alergi, disangkal.

I.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit serupa, penyakit kulit, hipertensi, diabetes, alergi, dan asma pada keluarga disangkal.

I.2.5 Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien merupakan pelajar di tingkat sekolah dasar. Setelah pulang sekolah pasien sering bermain di lingkungan sekitar rumahnya. Saat bermain pasien sering tidak menggunakan alas kaki. Orang tua pasien bekerja sebagai petani dan ibu pasien menjaga warung rumah, sehingga terkadang kurang memperhatikan kebersihan pasien. Pasien tinggal bersama ayah, ibu, dan seorang adik.

I.2.6 Riwayat Obat-Obatan

Pasien tidak rutin mengkonsumsi obat apapun dan belum mengkonsumsi obat untuk keluhannya saat ini.

I.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Tampak sakit sedang
GCS : E4 V5 M6 = 15
VAS : 5

Vital Sign

Tekanan Darah : - mmHg
Nadi : 84 x/menit, kuat angkat
Respirasi : 21 x/menit
SpO_2 : 99% room air
Suhu : 36,4ºC
BB : 27,4 kg

I.3.1 Status Generalis

a. Kepala

Mesocephal, simetris, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut.

b. Mata

Edema Palpebra (-/-), konjungtiva anemis (-/-), hiperemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pupil bulat iskokor (3mm/3mm).

c. Telinga

- Daun telinga : Bentuk, ukuran, dan posisi normal

- Lubang telinga : Discharge(-), serumen (-)

d. Hidung

Bentuk normal, sekret (-), pernafasan cuping hidung (-)

e. Mulut

Sianosis (-), bibir kering (-), pucat (-)

f. Leher

Deviasi trakea (-), Massa (-), Pembesaran KGB (-)

g. Thorax

- **Paru :**

  Suara dasar napas vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-)

- **Jantung :**

  Bunyi jantung 1 dan 2 murni regular, murmur (-), gallop (-)

h. Abdomen :

Inspeksi : Datar, distensi abdomen (-), jejas (-)

Auskultasi : Bising usus (+) normal.

Palpasi : supel, hepar dan lien tidak teraba, nyeri tekan (-)

Perkusi : Timpani di seluruh regio abdomen

i. Ekstremitas :

Superior: edem (-/-), sianosis (-/-), akral hangat (+/+), CRT <2 detik

Inferior: edem (-/-), sianosis (-/-), akral hangat (+/+), CRT <2 detik

j. Status Dermatologi:

Lokasi : Regio plantar pedis dextra

Efluoresensi : Multipel papul eritem serpiginosa batas tegas, menimbul, dengan panjang ± 6 cm dan lebar ± 2 mm



Gambar 1. Foto Lesi pada plantar pedis dextra pasien

I.4 Diagnosis Banding

- *Creeping Eruption*
- Skabies
- Insect Bites

I.5 Diagnosis Kerja

Cutaneus Larva Migrans (Creeping Eruption)

I.6 Penatalaksanaan

1.6.1 Non Medikamentosa

- Menjaga kebersihan lingkungan, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih, juga memakai alas kaki saat melakukan kegiatan di luar rumah.
- Edukasi untuk tidak menggaruk lesi karena dapat menyebabkan infeksi sekunder.

1.6.2 Medikamentosa

- Albendazol 400mg dosis tunggal
- Cetirizine 3 x 5 mg (1/2 tab)

I.7 Prognosis

Quo Ad Vitam : bonam
Quo Ad Sanationam : dubia
Quo Ad Functionam : bonam
Quo Ad Cosmeticam : dubia

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Definisi

Creeping eruption adalah suatu erupsi kulit khas, yang disebabkan oleh aneka macam penyebab, dengan gambaran klinis berupa lesi yang menjalar/bermigrasi karena adanya parasit yang bergerak didalam kulit.[1]

Creeping eruption, istilah ini digunakan pada kelainan kulit yang merupakan peradangan berbentuk linear atau berkelok-kelok, menimbul dan progresif, disebabkan oleh invansi larva cacing tambang yang berasal dari anjing dan kucing. Cutaneous larva migrans dapat juga disebut creeping eruption, dermatosis linearis migrans, sandworm disease (di Amerika Selatan larva sering ditemukan ditanah pasir atau di pantai), atau strongyloidiasis.[5]

II.2 Epidemiologi

Creeping eruption lebih sering terjadi pada negara yang beriklim hangat. Faktor risiko penyakit tersebut adalah kontak langsung individu dengan tanah berpasir yang terkontaminasi dengan tinja anjing atau kucing. Anak lebih sering terinfeksi dibandingkan dengan dewasa. Di Indonesia, penyakit infeksi oleh (larva) cacing tersebut kurang diperhatikan karena dianggap tidak berbahaya, gejalanya sering ringan sehingga cenderung diabaikan. Penyakit ini termasuk penyakit swasirna. Pengobatan yang diberikan bertujuan untuk mempercepat kesembuhan dan meringankan gejala penyakitnya. [2-4]

II.3 Etiologi

Penyebabnya adalah cacing tambang yang biasa hidup di dalam tubuh kucing atau anjing, yaitu ancylostoma braziliensis dan ancylostoma caninum. Telur cacing masuk ke tubuh manusia melalui kontak kulit dengan telur yang berada di kotoran anjing atau kucing.[7]

Etiologi umum dan di mana parasit dari kulit larva migrans (CLM) yang paling sering ditemukan adalah sebagai berikut:[6]

a. *Braziliense ancylostoma* (cacing tambang dan domestik anjing liar dan kucing) adalah penyebab paling umum. Hal ini dapat ditemukan di amerika serikat tengah dan selatan, amerika tengah, amerika selatan, dan karibia.
b. *Ancylostoma caninum* (cacing tambang anjing) ditemukan di australia.

c. *Uncinaria stenocephala* (cacing tambang anjing) ditemukan di eropa.
d. *Bunostomum phlebotomum* (ternak cacing tambang)

II.4 Faktor Resiko

Faktor perilaku yang mempengaruhi kejadian CLM antara lain:[12]

a. Kebiasaan tidak menggunakan alas kaki

Adanya bagian tubuh yang berkontak langsung dengan tanah yang terkontaminasi akan mengakibatkan larva dapat melakukan penetrasi ke kulit sehingga menyebabkan CLM

b. Pengobatan teratur terhadap anjing dan kucing

Penyebab utama CLM adalah larva cacing tambang yang berasal dari anjing dan kucing. Perawatan rutin anjing dan kucing, termasuk de-worming secara teratur dapat mengurangi pencemaran lingkungan oleh telur dan larva cacing tambang.

c. Berlibur ke daerah tropis atau pesisir pantai

Kondisi biogeografis yang hangat dan lembab menyebabkan banyak terdapat larva penyebab penyakit ini di daerah tropis. Selain itu, kebiasaan wisatawan untuk berjalan di pesisir pantai tanpa menggunakan sandal dan berjemur di pasir tanpa menggunakan alas menyebabkan banyaknya laporan kejadian CLM dari wisatawan yang baru berlibur ke pantai. Sebuah penelitian pada wisatawan international yang baru meninggalkan Brazil bagian Timur Laut di bandara menunjukkan bahwa semua wisatawan yang menderita CLM telah mengunjungi pantai selama liburannya.

Adapun faktor lingkungan yang mempengaruhi kejadian CLM antara lain:[12]

a. Keberadaan anjing dan kucing

Anjing dan kucing merupakan hospes definitif dari cacing *Ancylostoma braziliense, Ancylostoma ceylanicum,* dan *Ancylostoma caninum.* Tinja anjing dan kucing yang terinfeksi dapat mengandung telur cacing *Ancylostoma braziliense, Ancylostoma ceylanicum* dan *Ancylostoma caninum*. Telur tersebut dapat berkembang menjadi stadium larva yang infektif (filariform) pada tanah dan pasir yang terkontaminasi. Larva filariform dari cacing tersebut apabila kontak dengan kulit manusia, dapat menembus kulit dan menyebabkan CLM.

b. Cuaca atau iklim lingkungan

Ada variasi musiman yang berbeda pada kejadian CLM, dengan puncak kejadian selama musim hujan. Telur dan larva bertahan lebih lama di tanah yang basah

dibandingkan di tanah yang kering dan dapat tersebar secara luas oleh hujan yang deras. Selain itu, iklim yang lembab juga mengakibatkan peningkatan infeksi cacing tambang di anjing dan kucing sehingga pada akhirnya meningkatkan jumlah tinja yang terkontaminasi dan risiko infeksi pada manusia.

c. Tinggal di daerah dengan keadaan pasir atau tanah yang lembab

Telur *Ancylostoma braziliense, Ancylostoma ceylanicum,* dan *Ancylostoma caninum* dikeluarkan bersama tinja anjing dan kucing. Pada keadaan lingkungan yang lembab dan hangat, telur akan menetas menjadi larva rabditiform dan kemudian menjadi larva filariform yang infektif. Larva filariform inilah yang akan melakukan penetrasi ke kulit dan menyebabkan CLM.

Adapun faktor demografis yang mempengaruhi kejadian CLM antara lain:[12]

a. Usia

Usia CLM paling sering terkena pada anak berusia ≤4 tahun. Hal ini disebabkan karena anak pada usia tersebut masih jarang menggunakan alas kaki saat keluar rumah. Pada penelitian tersebut juga didapatkan bahwa usia merupakan faktor demografis yang hubungannya paling signifikan dengan kejadian CLM ($p<0.0001$).

b. Pekerjaan

Larva infektif penyebab CLM terdapat pada tanah atau pasir yang lembab. Orang yang pekerjaannya sering kontak dengan tanah atau pasir tersebut dapat meningkatkan risiko terinfeksi larva CLM. Pekerjaan yang memiliki risiko teinfeksi larva penyebab CLM diantaranya petani, nelayan, tukang kebun, pemburu, penambang pasir dan pekerjaan lain yang sering kontak dengan tanah atau pasir.

c. Tingkat Pendidikan

Suatu penelitian tentang prevalensi dan faktor risiko CLM di Brazil menunjukkan, dari 1114 penduduk pedesaan, didapati 23 dari 354 (6,5%) penduduk dengan tingkat pendidikan rendah menderita CLM, sedangkan pada penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi, didapati 34 dari 760 (4,5%) orang menderita CLM.[5]

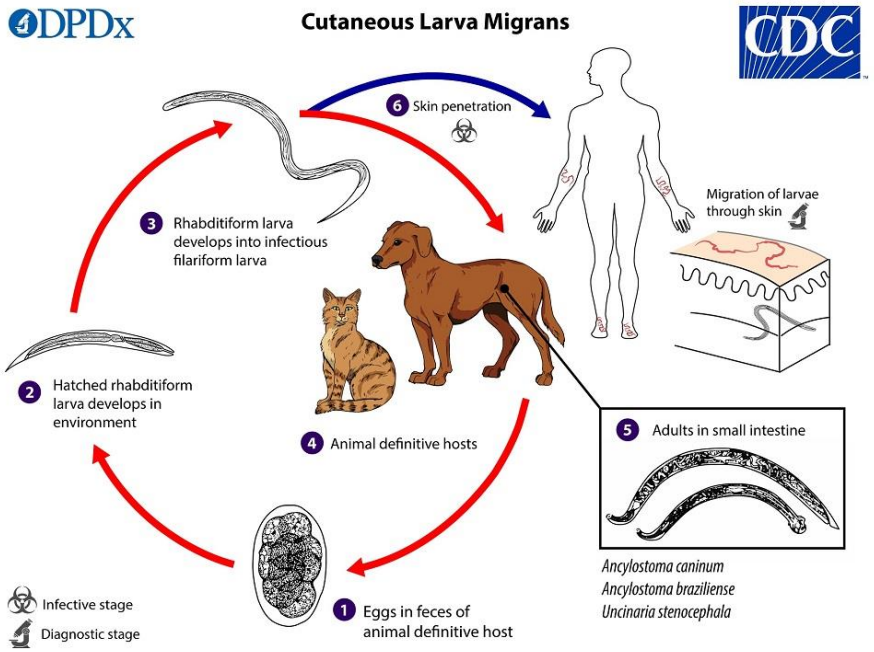
II.5 Patofisiologi

Telur parasit dalam kotoran binatang yang terinfeksi cacing tambang (anjing dan kucing) dilepaskan ke tanah, lumpur dan pasir hingga menjadi larva. Manusia mendapatkan infeksi apabila larva infektif dari tanah menembus kulit. Biasanya larva ini merupakan stadium

tiga siklus hidupnya. Pada manusia, bila tanah, lumpur dan pasir yang terkontaminasi kotoran tadi kontak dengan kulit, larva akan berpenetrasi ke kulit manusia dan memulai migrasinya pada epidermis bagian bawah melalui folikel rambut atau kulit yang terluka. Larva ini tidak dapat mengadakan penetrasi ke dermis manusia, maka tidak dapat terjadi siklus hidup yang normal. Manusia merupakan hospes yang tidak tepat bagi larva tersebut, sehingga larva akhirnya akan mati. Masa inkubasi dapat terjadi beberapa hari dan penyakit ini dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan bila tidak diobati.[6]

Pada binatang, larva dapat berpenetrasi lebih dalam sampai lapisan dermis serta menginfeksi darah dan jaringan limpha. Cacing tambang yang sampai lumen usus akan bereproduksi menghasilkan lebih banyak telur lalu dieksresikan melalui feces dan mulailah siklus baru.[6]

Larva ini tinggal di kulit berjalan-jalan tanpa tujuan sepanjang dermoepidermal, setelah beberapa jam atau hari, akan timbul gejala di kulit. Reaksi yang timbul pada kulit, bukan diakibatkan oleh parasit, tetapi disebabkan oleh reaksi inflammasi dan alergi oleh sistem imun terhadap larva dan produknya. Pada hewan, Larva ini mampu menembus dermis dan melengkapi siklus hidupnya dengan berkembang biak di organ dalam.[6]



Gambar 2. Siklus hidup parasit penyebab cutaneous larva migrans

II.6 Diagnosis

Diagnosis *creeping eruption* (cutaneous larva migrans) dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas dari lesi kulit dan dari anamnesis. Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan ditemukannya larva pada gambaran histopatologi biopsi kulit dari bagian tepi lesi yang masih baru.[8]

II.7 Manifestasi Klinis

Masuknya telur ke dalam kulit biasanya disertai dengan rasa gatal dan panas. Mula-mula akan terbentuk papul, kemudian diikuti bentuk yang khas, yakni lesi berbentuk linear atau berkelok-kelok, menimbul dengan diameter 2-3 mm, dan berwarna kemerahan. Selanjutnya papul merah ini akan menjalar seperti benang berkelok-kelok, menimbul dan membentuk terowongan, mencapai panjang beberapa sentimeter. Rasa gatal biasanya lebih hebat pada malam hari. Infeksi biasanya menyerang kaki, tangan, anus, bokong dan paha.[1,5]

Adanya lesi papul yang eritematosa ini menunjukkan larva tersebut telah berada dikulit selama beberapa jam atau hari. Rasa gatal dapat timbul paling cepat 30 menit setelah infeksi, meskipun pernah dilaporkan late onset dari CLM. Perkembangan selanjutnya papul merah ini menjalar seperti benang berkelok- kelok, polisiklik, serpiginosa, menimbul dan membentuk terowongan (burrow), mencapai panjang beberapa sentimeter dan bertambah panjang beberapa milimeter atau beberapa sentimeter setiap harinya. Umumnya pasien hanya memiliki satu atau tiga lintasan dengan panjang 2-5 cm. Rasa gatal biasanya lebih hebat pada malam hari, sehingga pasien sulit tidur.

Lesi tidak hanya berada di tempat penetrasi. Hal ini disebabkan larva dapat bergerak secara bebas sepanjang waktu. Umumnya, lesi berpindah ataupun bertambah beberapa milimeter perhari dengan lebar sekitar 3 milimeter. Pada CLM, dapat dijumpai lesi tunggal atau lesi multipel, tergantung pada tingkat keparahan infeksi. Pada infeksi percobaan dengan 50 larva, didapati gejala mulai muncul beberapa menit setelah tusukan, diikuti dengan munculnya papul-papul setelah 10 menit. Beberapa jam kemudian, bercak awal mulai digantikan oleh papul kemerahan. Papul-papul kemudian bergabung membentuk erupsi eritematopapular, yang kemudian akan menjadi vesikel yang sangat gatal setelah 24 jam. Lesi berbentuk linear atau berkelok-kelok mulai muncul 5 hari setelah infeksi.

Rasa gatal ini juga dapat berlanjut, meskipun larva telah mati. Terowongan yang sudah lama, akan mengering dan menjadi krusta, dan bila pasien sering menggaruk, dapat menimbulkan iritasi yang rentan terhadap infeksi sekunder. Larva nematoda dapat ditemukan terperangkap dalam kanal folikular, stratum korneum atau dermis.[6]

CLM biasanya ditemukan pada bagian tubuh yang berkontak langsung dengan tanah atau pasir. Tempat predileksi antara lain di tungkai, plantar, tangan, anus, bokong, dan paha. Pada kondisi sistemik, gejala yang muncul antara lain eosinofilia perifer (sindroma Loeffler), infiltrat pulmonar migratori, dan peningkatan kadar imunoglobulin E, namun kondisi ini jarang ditemui.

II.8 Diagnosis Banding

Jika ditinjau dari terowongan yang ada, CLM harus dibedakan dengan skabies. Pada skabies, terowongan yang terbentuk tidak sepanjang pada CLM. Namun, apabila dilihat dari bentuknya yang polisiklik, penyakit ini sering disalahartikan sebagai dermatofitosis. Pada stadium awal, lesi pada CLM berupa papul, karena itu sering diduga dengan insects bite. Bila invasi larva yang multipel timbul serentak, lesi berupa papul-papul sering menyerupai herpes zoster stadium awal.[8,9]

Diagnosis banding yang lain antara lain dermatitis kontak alergi, dermatitis fotoalergi, loiasis, myasis, schistosomiasis, tinea korporis, dan ganglion kista serpiginius. Kondisi lain yang bukan berasal dari parasit yang menyerupai CLM adalah tumbuhnya rambut secara horizontal di kulit.[8,9]

II.9 Tatalaksana

Creeping eruption merupakan penyakit swasirna. Jika tidak diterapi, larva akan mati dengan sendirinya dan kelainan kulit akan membaik secara bertahap. Waktu yang diperlukan untuk resolusi adalah sekitar 4 hingga 8 minggu, namun dapat lebih lama hingga 6 bulan.[3] Selama lesi belum menyembuh masih terasa gatal dan nyeri. Terapi penyakit ini ditujukan untuk mempercepat penyembuhan.[2,4] Pilihan terapi berdasarkan derajat keparahan gambaran klinis dan keluhan yang dirasakan. Terdapat beberapa macam terapi yang dapat diberikan, yaitu bedah beku (etil klorida), atau dengan antihelmentik, misalnya thiabendazole topikal.[8] Terapi dengan bedah beku seringkali memberikan hasil yang kurang memuaskan. Hal tersebut disebabkan karena proses freeze and thaw yang terjadi tidak cukup adekuat untuk membunuh larva. Selain itu, efek samping tindakan bedah beku berupa pembentukan bula dapat meninggalkan bekas luka yang mengganggu secara kosmetik.[10]

Adapun terapi yang dapat digunakan adalah sebagai berikut :

a. Medikamentosa
    1) Pengobatan Oral (sistemik)

Obat oral tiabendazol digunakan dengan dosis 25-50 mg/kgBB dua kali sehari selama 2-4 hari dengan dosis maksimal 2-4 gram sehari. Terapi ini diberikan jika lesi luas dan terapi topikal tidak berhasil. Efek samping berupa pusing, kram, mual dan muntah.

Juga dapat digunakan albendazol 400 mg per oral, dosis tunggal selama hari berturut-turut. Gatal dapat hilang dalam 24-48 jam setelah terapi dimulai dan dalam seminggu sebagian lesi atau terowongan dapat diresolusi.

Pengobatan dengan anthelminthic saat ini, yaitu tiabendazol kadang sukar didapat di apotek. Jenis obat cacing lain, adalah mebendazol (akhir-akhir ini kurang populer), albendazol dan ivermectin. Pemberian albendazol dosis tunggal 400 mg per oral (PO) memberikan kesembuhan 46-100%. Di luar negeri, terapi dengan ivermectin per oral i12 mg dosis tunggal PO diperoleh kesembuhan 81-100%.10 Pemberian albendazol 400-800 mg/hari PO selama 3-5 hari merupakan terapi yang cukup efektif, dan pemberian ivermectin 200 µg/kg BB PO dosis tunggal selama 1-2 hari merupakan terapi pilihan.[8]

2) Pengobatan Topikal

Obat pilihan berupa tiobendazol topikal 10%, diaplikasi 4 kali sehari selama satu minggu. Thiabendazole topikal adalah pilihan terapi pada lesi yang awal, untuk melokalisir lesi, mengurangi lesi multiple dan infeksi folikel oleh cacing tambang. Obat ini perlu diaplikasikan di sepanjang lesi dan pada kulit normal di sekitar lesi. Dapat juga digunakan solutio tiobendazol 2% dalam DMSO (dimetil sulfoksida) atau tiobendazol topikal ditambah kortikosteroid topikal yang digunakan secara oklusi dalam 24-48 jam.

3) Cryotheraphy

Terapi lama, yaitu pembekuan lesi, menggunakan etil klorida atau dry ice. Terapi ini efektif bila epidermis terkelupas bersama parasit. Seluruh terowongan harus dibekukan karena parasit diperkirakan berada dalam terowongan. Cara ini bersifat traumatik dan hasilnya kurang dapat dipercaya. Selain itu, efek samping tindakan bedah beku yang berupa pembentukan bula dapat meninggalkan bekas luka yang mengganggu secara kosmetik. Pada kasus anak, penggunaan bedah beku bukan merupakan pilihan utama karena tindakan tersebut merupakan tindakan yang cukup invasif dan cukup sulit untuk pasien anak yang kurang kooperatif.

b. Non Medikamentosa[10]

1) Dapat dicegah dengan meningkatkan sistem sanitasi yang baik terutama yang terkait dengan feses.
2) Pemakaian sepatu pada area dimana banyak terdapat penyakit cacing tambang.
3) Memperhatikan kebersihan dan menghindari kontak yang terlalu banyak dengan hewan-hewanyang merupakan karier cacing tambang.

II.10 Prognosis

CLM termasuk ke dalam golongan penyakit self-limiting. Pada akhirnya, larva akan mati di epidermis stela beberapa minggu atau bulan. Hal ini disebabkan karena larva tidak dapat menyelesaikan siklus hidupnya pada manusia. Lesi tanpa komplikasi yang tidak diobati akan sembuh dalam 4-8 minggu, tetapi pengobatan farmakologi dapat memperpendek perjalanan penyakit.[10]

BAB III
PEMBAHASAN

Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Berdasarkan hasil anamnesis, pasien An.MZM mengalami keluhan sebagai berikut:

- Ruam panjang gatal kemerahan di telapak kaki kanan sejak 1 minggu yang lalu
- diawali bentol kemerahan, yang kemudian bertambah panjang dan seperti membentuk benang
- ruam terasa gatal dan panas, terutama di malam hari.
- Pasien sering bermain di luar rumah tanpa menggunakan alas kaki
- Lingkungan tempat tinggal sebagian besar adalah tanah dan terdapat banyak kucing dan anjing liar.

Diagnosis creeping eruption (cutaneous larva migrans) dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas dari lesi kulit dan dari anamnesis. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien ini ditemukan lesi yang khas, yaitu awalnya terdapat papul eritematosa soliter yang kemudian menjalar dalam bentuk linier atau berkelok-kelok (serpiginosa), menimbul dan berwarna merah. Lesi memanjang setiap harinya. Pasien juga mengeluhkan gatal yang lebih berat pada malam hari. Pasien juga memiliki faktor predisposisi untuk terinfeksi cacing karena beraktivitas di luar rumah tanpa alas kaki. Lingkungan tempat tinggal pasien juga sebagian besar masih merupakan tanah dan juga terdapat banyak anjing dan kucing, sehingga ada kemungkinan tinggi tanah di kebunnya tercemar dengan tinja berisi telur Ancylostoma branziliense atau caninum. Pemeriksaan penunjang tes darah tidak diperlukan untuk diagnosis dan tidak dianjurkan; belum ditemukan pemeriksaan serologi dan metode kultur spesifik. Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan ditemukannya larva pada gambaran histopatologi biopsi kulit, namun fasilitas tidak tersedia di puskesmas dan pada tingkat keparahan kasus pasien belum perlu dilakukan pemeriksaan biopsi kulit.

Insect bite (dermatitis venenata) dan skabies merupakan diagnosis banding pada kasus ini. Pada dermatitis venenata terdapat juga papul atau vesikel linier eritematosa yang gatal. Lesi secara khas berbentuk linier karena penderita tidak sengaja menggaruk racun dari serangga maupun tanaman yang menempel pada kulit sehinga racun tersebut menyebar seperti bentuk garukan. Namun, lesi pada dermatitis venenata tidak akan menjalar lebih panjang dari lesi awalnya. Selain itu pada kasus ini pasien juga mengatakan tidak merasa digigit oleh serangga.

Sedangkan pada skabies juga ditemukan adanya terowongan, namun terowongan tidak sepanjang seperti pada cutaneous larva migrans. Lesi yang ditemukan pada pasien ini juga bukan di tempat predileksi skabies umumnya, yaitu pada stratum korneum yang tipis, seperti sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipat ketiak, areola mammae (perempuan), umbilicus, bokong, genitalia eksterna (laki-laki) dan punggung bawah. Keluarga pasien juga tidak mengalami keluhan yang sama.

Cutaneus larva migrans merupakan dermatosis yang self-limited. Lesi biasanya menghilang dalam 2-8 minggu, namun pernah dilaporkan lesi aktif bertahan hingga 2 tahun. Walau begitu, terapi antelmintik diperlukan untuk mengurangi gejala, risiko rekurensi, dan komplikasi infeksi bakterial sekunder. Selain itu terapi juga ditujukan untuk mempercepat penyembuhan, karena selama lesi belum menyembuh pasien akan tetap merasa gatal dan nyeri. Tatalaksana pasien ini sudah sesuai dengan terapi lini pertama yaitu albendazole 400mg sekali sehari selama 3 hari. Pasien juga diberi edukasi tentang penyakit, cara pengobatannya dan edukasi cara pencegahan infeksi berulang. Pencegahan cutaneous larva migrans dapat dilakukan dengan mengindari kontak langsung kulit dengan tanah yang terkontaminasi feses kucing maupun anjing, seperti dengan menggunakan alas kaki saat sedang bermain di luar rumah, dan juga menggunakan penghalang seperti handuk saat duduk di tanah atau pasir. Pasien juga diedukasi untuk tidak menggaruk lesinya agar tidak terjadi infeksi sekunder. Setelah seminggu, terlihat bahwa lesi pasien sudah membaik dan tidak lagi eritematosa. Pasien mengaku gatal yang dirasakan sudah sangat berkurang.

Prognosis cutaneous larva migrans umumnya baik. Pada pasien ini prognosis ad vitam dan functionamnya bonam, namun prognosis ad sanationamnya dubia karena pasien memiliki resiko tinggi untuk terpapar tanah terkontaminasi lagi. Prognosis ad cosmeticamnya pun dubia karena terdapat sisa lesi berhiperpigmentasi.

BAB IV
KESIMPULAN

Cutaneous larva migrans (CLM) merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh larva cacing tambang hewan yang berasal dari anjing dan kucing, yaitu Ancylostoma braziliense dan Ancylostoma caninum. Penularan terjadi ketika kulit terbuka berkontak dengan tanah yang terkontaminasi. Gejala klinis berupa papula kecil berwarna kemerahan yang diikuti dengan jalur kemerahan, berbentuk garis, sedikit menonjol menjalar pada kulit.

Obat pilihan pada penyakit ini yaitu invermektin dalam dosis tunggal atau albendazol dalam dosis berulang. CLM sebenarnya termasuk ke dalam golongan penyakit self-limiting. Lesi tanpa komplikasi yang tidak diobati akan sembuh dalam 4-8 minggu, tetapi pengobatan farmakologi dapat memperpendek perjalanan penyakit.

Telah dilaporkan satu kasus CLM berdasarkan temuan klinis berupa lesi sangat gatal di permukaan plantar kaki kanan dengan gambaran berbentuk terowongan berupa papul serpiginosa berwarna kemerahan. Pasien diberikan terapi albendazole 400 mg dosis tunggal selama 3 hari dan antihistamin oral. Sekitar 1 minggu setelah terapi, lesi mengalami resolusi spontan dan gejala menghilang

CLM bukan merupakan penyakit yang mengancam jiwa, namun jika faktor risikonya tidak dihindari maka angka kekambuhan akan cukup tinggi. CLM dapat menyerang semua usia dengan prevalensi tersering pada anak namun tidak menutup kemungkinan terjadi pada dewasa. Terdapat beberapa upaya untuk mencegah kejadian penyakit ini, utamanya adalah menghindari kontak dengan tanah yang terkontaminasi cacing tambang dengan menggunakan alas kaki.

DAFTAR PUSTAKA

1. Harahap, M. 2002. Ilmu Penyakit Kulit. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
2. Diemert DJ. Intestinal nematode infections. Dalam: Goldman L, Schafer AI, penyunting. Goldman's Cecil Medicine. Edisi ke-24. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. h. 365.
3. Wilson ME. Helminthic infection. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Glichrest BA, Paller AS, Leffell DJ, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-7. New York: Mc Graw-Hill; 2008.h. 2023
4. Bennett JE, Dolan R, penyunting. Principles and practice of infectious diseases. Edisi ke-7. Philadelphia: PA Elsevier Churchill-Livingstone; 2009. h. 291.
5. Siregar, R. S. 2005. Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
6. Gerd P, Thomas J. Cutaneous Larva Migrans. Terdapat Dalam: Fitzpatrick’s
7. Dermatology In General Medicine 8th edition Volume 2.New York : McGraw-Hill;2012.
8. Djuanda A, Hamzah M., Aisah S. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi keenam, cetakan ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, 2013; 125-126
9. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H, Di Stefani A, Ferrara G, Hofmann-Wellenhof R, dkk. Entodermoscopy: A new tool for diagnosing skin infections and infestations. Dermatology. 2008; 216: 14-23
10. Nash TE. Visceral larva migrans and other unusual helmint infection; Dalam: Mendell, Douglas, Bennet, penyunting. Principle and practice of infectious diseases. Edisi ke-7. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. h. 3619.
11. Padmavathy L, Rao LL. Cutaneous larva migrans - A case report. Indian J Microbiol. 2005; 23: 135-6
12. Palgunadi BU. Cutaneous larva migrans. Jurnal Ilmiah Kedokteran. 2010; 2(1):31-3.