



TATA LAKSANA TERKINI DERMATITIS ATOPIK



Penegakan diagnosis dan keterampilan dalam permasalahan kulit pada anak diperlukan untuk memberikan tata laksana yang baik. Hal ini dibahas lengkap dalam simposium bertemakan 'What's New in Wound Healing and Dry Skin Management in Pediatrics' yang diselenggarakan di Jakarta atas kolaborasi 'Indonesian Pediatric Dermatology Study Group' dengan 'Indonesian Society of Dermatology and Venereology' pada 20-21 Oktober 2018 lalu. Dermatitis atopik pun dibahas secara komprehensif dalam salah satu sesinya yaitu 'Preventive and Treatment Modalities in Children' dengan menghadirkan pembicara dr. Triana Agustin Dewi, SpKK dengan moderator dr. Retno Danarti, SpKK (K).



Current Treatment Approach in Dermatitis Atopic

dr. Triana Agustin Dewi, SpKK
Divisi Dermatologi Pediatri RSCM - Jakarta

Dermatitis atopik (DA) merupakan penyakit kulit inflamasi dengan sifat kronik-residif yang disertai dengan pruritus dan dapat mengenai dewasa namun yang tersering adalah anak. Patogenesis DA ini adalah hasil interaksi multifaktorial yaitu genetik, imunologi, defek sawar kulit dan faktor lingkungan.

Penatalaksanaan DA memiliki prinsip dan tujuan tertentu. Tujuannya adalah mengendalikan gejala-gejala akut, stabilisasi jangka panjang, mencegah flare, dan menghindari efek samping. Sedangkan prinsipnya berupa edukasi; mengatasi inflamasi; perbaikan dan mengoptimalkan fungsi sawar kulit; menghindari faktor pencetus; dan mengeliminasi atau mengendalikan siklus gatal-garuk. Edukasi perlu diberikan baik kepada pasien maupun orangtua mengenai patogenesis dan perjalanan penyakit, faktor pemicu, dan tujuan terapi jangka pendek dan jangka panjang, serta adaptasi dengan terapinya.

Ragam Modalitas Terapi

Mandi sebaiknya dengan air dingin atau suam kuku (36-37°C) selama 10-15 menit dengan menggunakan sabun dengan pH netral atau asam (pH 5-6) tanpa pewangi dan pelembap. Pilar utama dalam tata laksana DA baik ringan, sedang dan berat adalah pelembap. Penggunaan pelembap dapat memperbaiki sawar kulit, mengurangi gejala klinis DA dan mencegah relaps serta sebagai maintenance. Pelembap sebaiknya digunakan lima menit setelah mandi dan diulang 2-3 kali atau lebih sering saat kulit terasa kering. Anjuran jumlah pemakaian pelembap 100-200 gram/minggu (anak) dan 200-300 gram/minggu (dewasa).

Jenis pelembap yang digunakan

adalah bersifat humektan, emolien, dan oklusif. Kandungan pelembap sebaiknya mirip dengan stratum korneum, yaitu seramid, asam lemak bebas, dan kolesterol. Selain itu pelembap lain juga memiliki kandungan antiinflamasi dan anti-pruritus, seperti *glycyrrhetic acid*, *telmestein*, dan *vitis vinera* (MAS063DP - Atopiclair™). Terdapat pula pelembap dengan urea. Urea merupakan komponen utama dalam *natural moisturizing factor* (NMF).

Pemberian kortikosteroid topikal dapat dilakukan sebagai terapi pemeliharaan maupun proaktif yang diberikan pada lesi inflamasi. Jika lesi terkontrol, terapi topikal ini dapat dikurangi dan dapat dikombinasikan dengan *topical calcineurin inhibitor* (penghambat kalsineurin topikal/PKT). Pada terapi pemeliharaan atau proaktif, PKT digunakan pada area yang mengalami kekambuhan untuk mencegah kekambuhannya 1-2 kali/minggu.

PKT untuk lesi inflamasi ringan dapat diberikan tacrolimus (0,1% atau 0,03%) dan pimecrolimus 1% untuk inflamasi sedang-berat. Keduanya dapat diberikan baik sebagai terapi pada kondisi akut atau pemeliharaan, dan dapat diberikan bersamaan dengan kortikosteroid topikal guna menurunkan derajat keparahan lesi.

Fototerapi *narrowband* (NB) ultraviolet B (UVB), *broadband* UVB, psoralen-UVA (PUVA), UVA, direkomendasikan sebagai terapi DA lini kedua setelah refrakter terhadap terapi topikal. Selain itu fototerapi adalah pilihan terapi untuk DA kronik dan akut serta pemeliharaan. Namun terapi yang satu ini tidak dianjurkan untuk lesi madidans dan pada pasien dengan riwayat lesi DA yang diperparah oleh paparan sinar matahari. Frekuensi pemberian 2-3 kali seminggu dan dihentikan apabila tidak menunjukkan respons baik setelah 4-8 minggu.

Administrasi terapi sistemik terbatas pada kondisi berat, rekalsitrasi, dan yang tidak merespons pada terapi topikal. Terapi ini menggunakan obat imunosupresan berspektrum luas dan obat biologik sebagai terapi target terhadap elemen spesifik yang berperan dalam patogenesis DA. Imunosupresan yang sering digunakan adalah kortikosteroid, siklosporin, metotrexat (MTX), azatriopin (AZT), mycophenolate

mofetil (MMF), MTX, AZA, dan MMF merupakan pilihan terapi pada DA yang tidak responsif atau terdapat kontraindikasi pemberian siklosporin A.

Eksaserbasi DA akut berat direkomendasikan pemberian metilprednisolon 0,5mg/kgBB/hari selama 1-2 minggu yang secara bertahap diturunkan dalam 1 bulan guna mencegah terjadinya *fenomena rebound* dan mengurangi efek samping supresi korteks adrenal.

Siklosporin A direkomendasikan sebagai terapi lini pertama DA kronik berat baik dewasa maupun

anak, dengan dosis 2,5-3,5 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2 dosis dan tidak melebihi 5mg/kgBB/hari. Sedangkan MTX adalah pilihan terapi DA berat yang tidak responsif terhadap siklosporin A. Setiap siklus terapi MTX dianjurkan disertai dengan suplementasi asam folat guna mengurangi efek samping. Pilihan lainnya adalah azatriopin yang masih *off label* untuk atasi DA berat yang resisten terhadap pengobatan lain. Responsnya juga lambat, sehingga jarang digunakan.

Terapi obat biologik dilaporkan memberikan efektivitas yang baik dan merupakan terapi yang menjanjikan dan beberapa diantaranya masih dalam penelitian untuk terapi DA sedang-berat. Pada awitan lesi akut ditandai dengan meningkatnya respons Th2 (IL-4, IL-5, IL-13, IL-31) dan Th22 (IL-22). Uji yang dilakukan oleh Hamid dkk menunjukkan peningkatan kadar IL-4 dan IL-13 pada DA akut dan kronik. Dupilumab

telah disetujui oleh FDA untuk pasien DA (usia >18 tahun) sedang-berat tidak terkontrol dengan terapi topikal. Dupilumab ini merupakan monoklonal dengan target reseptor IL-4 dan IL-13 efektif menghambat respons imun yang diperantarai oleh Th2 dan merupakan obat biologik pertama yang dianjurkan dalam tata laksana DA.

Terapi lain yang dapat dipertimbangkan dalam tata laksana DA ini adalah pemberian antibiotik (sebaiknya digunakan apabila terdapat infeksi sekunder karena risiko terjadinya resistensi), antihistamin (generasi ke-2 dapat diberikan bila disertai dengan penyakit atopi lainnya), dan probiotik.

Tata laksana dermatitis atopi bertujuan untuk mengatasi inflamasi, memperbaiki/mengoptimalkan fungsi sawar kulit, dan menghindari faktor pencetus sehingga durasi remisi lebih panjang dan mencegah timbulnya kekambuhan. HA

Complete care for Atopic Dermatitis

MSD MENARINI TRANSFARMA MEDICA INDIA