

## Rangkuman Hasil IAEM 2015:

## Manajemen Akne Terkini di Indonesia



Sjarif M. Wasitaatmadja MD,

DermatoVenereologist, FINS DV, FAADV

Akne (jerawat) adalah penyakit kulit yang banyak terdapat di Indonesia. Dalam salah satu survei yang dilakukan pada awal tahun 2003 di beberapa RSU dan Institusi Pusat Pendidikan Dokter di Indonesia didapatkan, kasus akne merupakan salah satu dari 3 penyakit kulit terbanyak yang berobat sesudah penyakit infeksi kulit, dan eksim (dermatitis). Dengan demikian kasus akne diperkirakan diderita oleh lebih banyak lagi populasi penduduk sebab bagai gunung es, penderita akne sebagian kecil saja berobat ke RS atau dokter sedangkan sebagian besar lainnya diobati sendiri, beli obat dari warung/ toko obat atau ke salon kecantikan.

Atas dasar pemikiran itulah, Kelompok Studi Dermatologi Kosmetik Indonesia (KSDKI) sebagai *think tank* dari PERDOSKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia) telah mengadakan pertemuan dengan para pakar dari semua Institusi Pendidikan Dokter Kulit dan Kelamin di Indonesia untuk merumuskan Petunjuk Prosedur Manajemen pada penyakit akne yaitu membuat semacam SOP (Standar Operasi Prosedur) bagi penatalaksanaan akne. Pertemuan pertama telah dilakukan pada tahun 2012, dan pertemuan terakhir yang kedua telah dilakukan pada bulan Mei 2015 yang lalu di Jakarta. Pertemuan

tersebut dihadiri oleh 25 pakar dokter spesialis kulit dan kelamin dari seluruh Institusi Pendidikan Dokter Kulit dan Kelamin di Indonesia ditambah dengan perwakilan P.P.PERDOSKI dan disponsori oleh PT. Transfarma Medika Indah, a Menarini company.

**Apakah Akne/Jerawat Itu?**

Jerawat adalah penyakit peradangan menahun dari saluran keluar kelenjar minyak kulit (kelenjar sebacea) yang ditandai dengan ruam kulit berupa komedohitam, komedo putih, papul yaitu tonjolan kulit < 0.5cm, pustule yaitu tonjolan berisi nanah, nodus yaitu tonjolan > 0.5cm dan kista yaitu tonjolan nodus dengan isi cairan di dalamnya. Tempat kulit tersering yang terkena jerawat adalah muka, leher, bahu, lengan atas, dada bagian atas dan punggung bagian atas. Namun kadang kadang akne timbul di paha atau pantat. Jerawat dapat terjadi pada semua usia dari bayi sampai orang tua, tetapi yang terbanyak adalah remaja, usia 16-19 tahun pada laki-laki dan 14-17 tahun pada wanita. Kasus akne terdapat di seluruh dunia baik di negara tropis, sub tropis maupun negara dengan iklim dingin.

**Faktor Penyebab Jerawat**

Berbagai faktor diduga sebagai penyebab atau pencetus jerawat yaitu

genetik, ras, makanan, kosmetik, hormon dan obat-obatan. Faktor lain seperti merokok, stres, tekanan mekanik, sinar matahari juga dapat memicu terjadinya jerawat. Dari hasil penelitian para pakar di dunia sejak akhir abad 20 telah disepakati adanya keterkaitan antara 4 faktor klasik penyebab jerawat, yaitu hiperkeratinisasi folikel kelenjar sebacea, peningkatan produksi sebum, dan hiperaktivitas kuman *P. acnes*, serta inflamasi dan reaksi imunologi.

Namun menurut penelitian sejak awal abad ini terdapat lebih banyak lagi peran mendasari faktor klasik tersebut, diantaranya adanya peranan sitokin TNF alfa dalam inflamasi sebelum terjadinya hiperkeratinisasi; masih harus ditelaah terus peran hormon (androgen DHT dan T, adrenal prekursor DHEAS, estrogen, Growth H) dalam aktivitas kelenjar sebacea dan hiperkeratinisasi; ada peran reseptor androgen FoxO1 di kelenjar sebacea sebagai supresor lipogenesis; dan pembentukan biofilm pada *P. acnes* sehingga dapat menahan terapi antibiotik. Semua hal tersebut membuktikan bahwa masih diperlukan banyak penelitian lanjutan untuk mengetahui lebih jelas penyakit ini.

**Manajemen Terapi**

Meskipun manajemen terapi telah disusun dengan lengkap pada IAEM 2012 lalu, namun setelah 3 tahun dirasakan untuk merevisi ulang isi dari Buku Petunjuk sebab banyak hasil penelitian baru tentang akne di dalam dan terutama di luar negeri.

Diagnosis, klasifikasi dan gradasi

beratnya penyakit masih diberlakukan ketentuan yang lama yaitu klasifikasi Plewig dan Kligmandan *grading* dari Lehmann. Manajemen terapi pada akne ringan ada sedikit perubahan, yaitu pada *first line* terapi bila lesinya pustular dianjurkan memakai BPO (benzoylperoksida). Pada *second line* terapi masih asam azelaat dan *third line* masih asam retinoat + BPO atau *antibiotic topical* dengan pertimbangan meningkatkan konsentrasi dan frekuensi aplikasi. Antibiotik sistemik tidak diperlukan.

Manajemen terapi pada akne sedang adalah *first line* tetap asam retinoat, BPO atau antibiotik dan *second line* dan *third line* adalah asam azelaat, asam salisilat dan kortikosteroid intralesi. Antibiotik sistemik yang diperlukan pada *first line* adalah doksisisiklin, *second line* dan *third line* antibiotik lainnya. Khusus wanita hamil atau menyusui digunakan eritromisin.

Manajemen terapi akne berat adalah *first line* dengan asam retinoat topikal + BPO atau antibiotik topikal. *second line* dan *third line* adalah asam azelaat, asam salisilat dan triamsinolon intra lesi. Untuk wanita hamil dan menyusui obat topikal *first line*, *second line* dan *third line* adalah BPO. Untuk sistemik *first line* adalah antibiotik (doksisisiklin, azitromisin, quinolon) dosis tinggi. *second line* bagi pria adalah isotretinoin oral, bagi wanita oral hormon. *third line* wanita isotretinoin oral. Untuk wanita hamil dan menyusui eritromisin oral.

**Terapi Ajuvan/Tambahan dan****Maintenance/Rumatan**

Terapi ajuvan adalah terapi tambahan bersamaan dengan terapi utama di atas yang bertujuan untuk mempercepat perbaikan atau memperbaiki kondisi kulit waktu pengobatan berlangsung.

Jenis terapi ajuvan, boleh dipilih sesuai dengan kondisi akne, yaitu perawatan kulit, peeling kimiawi, anti oksidan oral (*evidence* masih rendah), terapi cahaya/laser, kortikosteroid oral jangka pendek pada kasus tertentu, dan kosmeseutikal (NA, ABA, Zinc PCA).

Terapi *maintenance* (rumatan) adalah terapi yang diberikan setelah terapi utama dihentikan setelah penyakit sembuh untuk mencegah kekambuhan. Jenis terapi rumatan adalah komunikasi, informasi, edukasi dengan penderita; perawatan kulit; asam retinoat topikal konsentrasi rendah (0,01% - 0,025%) yang dinilai setiap 6 bulan, dan kosmeseutikal (NA, ABA, Zinc PCA).

**Manajemen Skar dan Hiperpigmentasi Pasca Akne**

Dalam IAEM 2015 telah pula direvisi manajemen terhadap HPA (*Hyperpigmentation Post Acne*) dan SPA (*Scar Post Acne*) meskipun tidak terlalu banyak berubah dari hasil diskusi dalam IAEM 2012. Manajemen untuk HPA meliputi obat topikal, misalnya retinoid, *hydroquinon*, asam kojik dan lainnya serta prosedur invasif minimal misalnya peeling kimiawi, mikrodermabrasi, terapi laser dan sinar, dermabrasi. Sedangkan manajemen untuk SPA meliputi manajemen untuk skar hipotrofik dan skar hipertrofik atau keloid. Manajemen untuk skar atrofik meliputi tindakan invasif minimal berupa *chemical peeling*, mikrodermabrasi, laser, filler dan tindakan invasif eksisi elips, punch eksisi, *punch elevation*, *dermal graft* dan *subcision*. Manajemen untuk skar hipertrofik atau keloid meliputi tindakan aplikasi kortikosteroid topikal, injeksi intra lesi TA, *cryosurgery*, injeksi intra lesi 5FU, laser pulse dye, dan eksisi+ KIL.

**Harapan Penggunaan Hasil Meeting**

Dengan adanya pertemuan yang diprakasai oleh KSDKI ini maka diharapkan hasilnya dapat menjadi pedoman bagi seluruh dokter di Indonesia dalam melakukan pelayanan kepada penderita akne dengan lebih baik dan bertanggungjawab. Sebab dengan adanya pedoman ini semua kasus *mismanagement* atau *abuse-management* terhadap penderita akne yang selama ini masih terjadi dapat ditekan dan diminimalkan demi kepentingan penderita yang telah memberikan kepercayaan kepada kita para dokter untuk mengobatinya dengan baik. Informasi lebih lengkapnya akan diterbitkan dalam Buku Pedoman Penatalaksanaan Akne yang akan disusun oleh KSDKI. MD

**PAPULEX™**  
Great Skin, Great Confidence.

Seimbang dengan  
The Power of 3  
Kulit Bebas Jerawat!

Love Your Skin

MENARINI TRANSFARMA MEDICA INDAH