

Diagnosis Klinis Morbus Hansen Tipe *Mid Borderline* (BB) dengan Gambaran Histopatologis Morbus Hansen Tipe *Borderline Tuberculoid* (BT)

Reza Mayasari¹, Rusmawardiana¹, Fifa Argentina¹, Ika Kartika², Suly Auline Rusminan²

¹Bagian/ Departemen Dermatologi dan Venereologi
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/ RSUP Dr. Moh Hoesin Palembang

²Bagian/ Departemen Patologi Anatomi
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/ RSUP Dr. Moh Hoesin Palembang
rezamayasari@gmail.com

Abstrak

Morbus Hansen (MH) merupakan salah satu penyakit tropis yang terabaikan dan membutuhkan perhatian khusus. Morbus Hansen memiliki berbagai gambaran klinis, mikrobiologis, dan histopatologis. Ketidaksesuaian antara gambaran klinis dan histopatologis menyebabkan kesulitan diagnosis tipe MH. Hal ini berdampak pada pemilihan obat MH yang mempengaruhi transmisi penyakit, relaps, kecacatan, dan deformitas. Dilaporkan kasusseorang laki-laki, 55 tahun dengan bercak merah meninggi di wajah, badan, kedua lengan dan tungkai yang bertambah banyak sejak 1 pekan lalu. Pada pemeriksaan saraf perifer ditemukan pembesaran nervus aurikularis magnus sinistra, penurunan fungsi sensorik digiti III, IV, V palmar manus sinistra, plantar pedis bilateral, dan penurunan fungsi motoriknervus medianus dekstra et sinistra dan nervus peroneus komunis sinistra. Pemeriksaan BTA mikroskopis ditemukan indeks bakteri (IB) +1 dan indeks morfologi (IM) 82%. Pemeriksaan histopatologis kesan MH tipe BT. Pasien mendapat terapi MDT MB dan mengalami perbaikan klinis. Diagnosis tipe MH yang ideal tidak dapat ditentukan hanya dengan gambaran klinis saja atau histopatologis saja. Korelasi gambaran klinis dan histopatologis disertai indeks bakteriologis lebih berguna untuk menentukan tipe MH secara lebih tepat dibandingkan hanya mempertimbangkan salah satu parameter saja. Jika ditemukan perbedaan antara gambaran klinis dan histopatologis, maka pasien diterapi berdasarkan tipe MH yang lebih berat, yaitu ke arah kutub lepromatosa untuk mencegah pengobatan tidak adekuat.

Kata kunci: diagnosis klinis, histopatologis, *borderline tuberculoid*, *mid borderline*

Abstract

Morbus Hansen (MH) is one of neglected tropical diseases and needs special attention. Morbus Hansen has various clinical, microbiological, and histopathological features. Incompatibility between clinical and histopathological findings causes difficulty in diagnosis of MH type. This has an impact on the selection of therapy and affects the transmission of disease, relapse, disability, and deformity. There is a case of a man, 55 years old, who came with erythematous plaque on the face, trunk, both of upper and lower extremities since a week ago. On peripheral nerve examination found an enlargement of nervus auricularis magnus sinistra, decrease in sensory function on digiti III, IV, V palmar manus sinistra, plantar pedis dextra et sinistra, and decrease in motor function in nervus medianus dextra et sinistra and nervus peroneus communis sinistra. Microscopic Acid Fast Bacilli examination found bacterial index (BI) +1 and morphological index (MI) 82%. Histopathological examination showed borderline tuberculoid MH. The patient received MDT MB regimen and experienced clinical improvement. The ideal diagnosis of MH type cannot be determined only by clinical features or by histopathology. Correlation of clinical features and histopathological with bacterial index are more useful to determine the type of MH than just considering one parameter. If the clinical and histopathological findings are different, the patient will be treated based on the severity type of MH, towards the lepromatous pole to prevent inadequate treatment.

Keywords: clinical diagnosis, histopathologic, *borderline tuberculoid*, *mid borderline*

1. Pendahuluan

Morbus Hansen (MH) adalah penyakit infeksi kronik pada manusia yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Predileksi utama MH adalah saraf perifer, namun dapat juga timbul pada kulit dan jaringan lain yaitu mata, mukosa saluran nafas bagian atas, otot, tulang, dan testis.¹ Menurut *World Health Organization*(WHO), MH merupakan salah satu dari tujuh belas penyakit tropis yang terabaikan dan membutuhkan perhatian khusus.²

Prevalensi MH di dunia masih tinggi. Berdasarkan data WHO tahun 2014 ditemukan 213.899 kasus baru MH dengan jumlah kasus tertinggi di Asia Tenggara yaitu sebesar 154.834 kasus. Indonesia menduduki peringkat ketiga negara dengan endemik MH terbanyak setelah India dan Brazil.³ Berdasarkan data kunjungan pasien di Poliklinik Dermatologi dan Venereologi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Moh. Hoesin (RSUPMH) Palembang periode Januari 2015-Desember 2018 ditemukan 154 kasus baru MH, yaitu 11 MH tipe *Tuberculoid* (TT), 25 MH tipe *Borderline Tuberculoid* (BT), 16 MH tipe *Midborderline* (BB), 80 MH tipe *Borderline Lepromatous* (BL), dan 22 MH tipe *Lepromatous* (LL).⁴

Morbus Hansen (MH) memiliki berbagai gambaran klinis, mikrobiologis, dan histopatologis. Diagnosis MH ditegakkan bila ditemukan minimal satu tanda kardinal, antara lain: bercak kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi, dapat/tanpa disertai rasa nyeri dan gangguan fungsi saraf yang terkena, dan ditemukan bakteri tahan asam pada pemeriksaan apusan cuping telinga dan lesi kulit di bagian yang aktif.^{1,5}

Beberapa penelitian menemukan ketidaksesuaian antara gambaran klinis dan histopatologis MH sehingga sulit menetapkan diagnosis tipe MH yang benar. Hal ini berdampak pada pemilihan obat MH yang mempengaruhi transmisi penyakit, relaps, kecacatan, dan deformitas.⁶

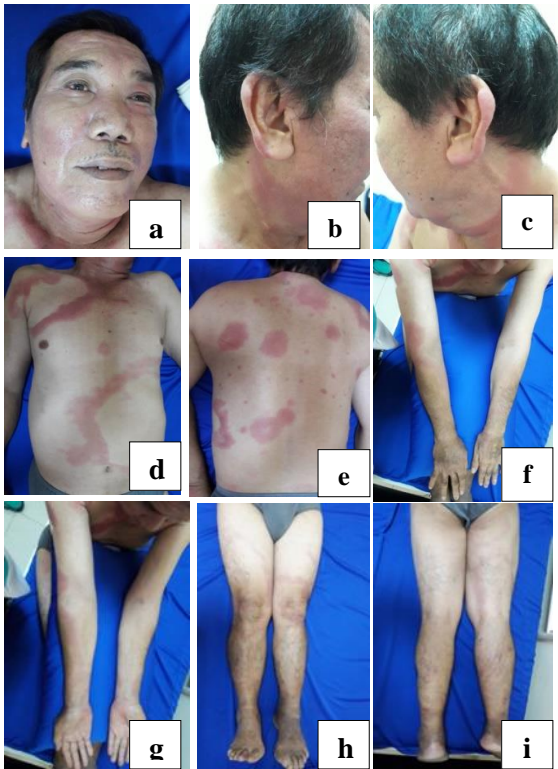
Berikut dilaporkan satu kasus baru MH dengan gambaran klinis berupa MH tipe BB dan histopatologis berupa MH tipe BT. Pasien diterapi dengan rejimen MDT MB dan mengalami perbaikan klinis.

2. Kasus

Seorang laki-laki, 56 tahun, datang ke poliklinik Dermatologi dan Venereologi RSMH dengan keluhan bercak merah meninggi di wajah, badan, kedua lengan dan tungkai yang bertambah banyak sejak 1 pekan lalu. Kisaran 2 tahun lalu timbul lesi hipestesi pertama berupa plak eritem, soliter, numuler pada regio femoralis sinistra.

Kisaran 1,5 tahun yang lalu timbul lesi baru berupa plak eritem, multipel, lentikuler-plakat, diskret di regio trunkus anterior. Kisaran 1 tahun yang lalu, timbul lesi *punched out* dan plak eritem, multipel, lentikuler-plakat, diskret bertambah banyak dan menyebar ke regio fasialis, ekstremitas superior *et* inferior bilateral. Pasien mengeluh sandal sering terlepas sendiri saat berjalan dan barang yang dipegang sering terjatuh. Pasien menginjak air panas dan diberi salep, tersisa ulkus, soliter, ireguler, isi jaringan nekrotik, tepi tidak meninggi, tidak ada *discharge*, dinding menggaung, daerah sekitar ulkus kulit normal, tidak nyeri tekan pada regio plantar pedis sinistra.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan tanda vital dan status generalis dalam batas normal, keadaan spesifik ditemukan *drop foot* sinistra. Pada status dermatologikus regio fasialis, trunkus, ekstremitas superior *et* inferior ditemukan lesi *punched out*, plak eritem, multipel, lentikuler sampai plakat, diskret (**Gambar 1**). Pada regio plantar pedis sinistra tampak ulkus, soliter, ireguler, ukuran 3x2x0,4cm, isi jaringan nekrotik, tepi tidak meninggi, tidak ada *discharge*, dinding menggaung, daerah sekitar ulkus kulit normal, tidak nyeri tekan (**Gambar 2**).



Gambar 1. a,b,c. Pada regio fasialis tampak plak eritem, multipel, lentikuler-plakat, diskret; **d,e.** Pada regio trunkus anterior et posterior tampak lesi *punched out* (↑), plak eritem, multipel, numuler-plakat, diskret; **f,g,h,i.** Pada ekstremitas superior et inferior tampak plak eritem, multipel, lentikuler-plakat, diskret.



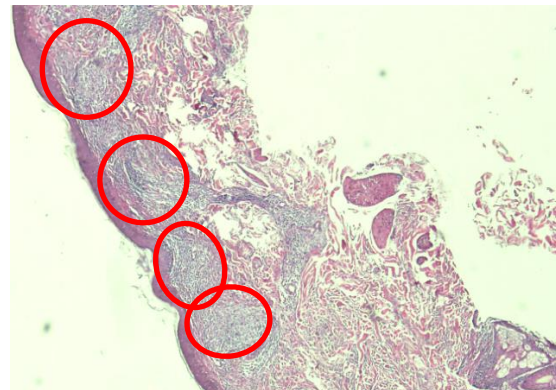
Gambar 2. Pada regio plantar pedis sinistra tampak ulkus neuropatik

Pada status neurologikus ditemukan pembesaran nervus aurikularis magnus sinistra (**Gambar 3**), penurunan fungsi sensorik pada digiti III, IV, V plantar manus sinistra, seluruh plantar pedis dekstra et sinistra, dan penurunan fungsi motorik pada nervus medianus dekstra et sinistra berupa penurunan kekuatan otot ibu jari kiri dan kanan, serta nervus peroneus komunis sinistra berupa *drop foot*.

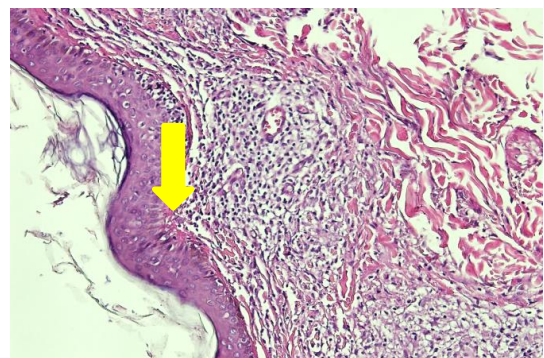


Gambar 3. Pembesaran nervus aurikularis magnus sinistra (↑)

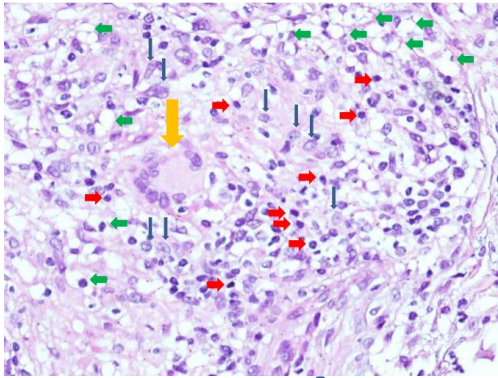
Pada pemeriksaan BTA yang diambil dari enam daerah yaitu kedua cuping telinga, kedua tangan, dan kedua lesi di punggung didapatkan indeks bakteri (IB) +1 dan indeks morfologi (IM) 82%. Pemeriksaan histopatologis menunjukkan MH tipe BT berupa granuloma epiteloid sebagian menyentuh membran basal epidermis, ditemukan *foamy macrophage*, sel datia langhans, dan sel-sel radang limfosit (**Gambar 4,5,6**)



Gambar 4. Gambaran mikroskopik granuloma-granuloma epiteloid (○) (HE, 40X)



Gambar 5. Granuloma epiteloid sebagian menyentuh lapisan membran basal epidermis (↓)(HE, 100 x)



Gambar 6. Sel-sel epiteloid (↓), sel-sel radang limfosit (♦), *nucleated giant cell* (sel datia langhans) (↓), sel-sel *foamymacrophage* (◀) (HE, 400x)

Pada pasien diberikan rejimen MDT MB, terdiri atas rifampisin 600 mg, klofazimin 300 mg, tiap 1 bulan di hadapan petugas; klofazimin 50 mg tiap 24 jam, dapson 100 mg setiap 24 jam) selama 12-18 bulan, tablet vitamin B kompleks (Vitamin B1 2 mg, B2, 2 mg, B6 2 mg, *nicotinamide* 20 mg, *Ca pantothenate* 10 mg) setiap 24 jam, dan tablet *ferrous sulphate* 300 mg setiap 24 jam.

3. Pembahasan

Morbus Hansen (MH) dapat terjadi pada semua usia, namun terbanyak pada usia 20-30 tahun, diikuti usia 60-70 tahun. Penelitian Moorthy BN dkk (2001) menemukan bahwa mayoritas pasien MH berusia antara 20-29 tahun, yaitu sebesar 20,70%. Anak di bawah 9 tahun paling sedikit terkena MH, yaitu 6,45%.⁷ Sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menemukan bahwa laki-laki lebih banyak terkena MH dibanding perempuan. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan sosial budaya. Pada kebudayaan tertentu akses perempuan ke layanan kesehatan sangat terbatas, sehingga tidak terdeteksi.³ Pada kasus ini, MH terjadi pada laki-laki usia 56 tahun dengan keluhan bercak merah mati rasa yang timbul sejak dua tahun lalu.

Diagnosis MH pada kasus ini dapat ditegakkan karena memiliki semua tanda kardinal MH berupa bercak merah meninggi disertai mati rasa pada wajah, leher, badan,

kedua lengan, dan tungkai; ditemukan pembesaran nervus aurikularis magnus sinistra, penurunan fungsi sensorik pada digit III, IV, V palmar manus sinistra, seluruh plantar pedis dekstra *et* sinistra, dan penurunan fungsi motorik pada nervus medianus dekstra *et* sinistra berupa penurunan kekuatan otot ibu jari kiri dan kanan, serta nervus peroneus komunis sinistra berupa *drop foot* sinistra; pada pemeriksaan BTA mikroskopis ditemukan indeks bakteri (IB) +1 dan indeks morfologi (IM) 82%.

Klasifikasi tipe MH menurut Rabello pada Kongres MH Internasional di Madrid tahun 1953, berdasarkan klinis dan lesi kulit dibagi menjadi beberapa tipe, antara lain *intermediate* (I), *tuberculoid* (T), *borderline-dimorfik* (B), dan *lepromatous* (L). Pada tahun 1966, Ridley dan Jopling memperkenalkan sistem klasifikasi berdasarkan temuan histopatologi dan tingkat imunitas seluler. Dari kriteria ini, MH dibagi menjadi lima tipe, antara lain; *tuberculoid* (TT), *borderline tuberculoid* (BT), *mid borderline* (BB), *borderline lepromatous* (BL), dan *lepromatous* (LL). Tipe *intermediate* (I) tidak termasuk dalam klasifikasi Ridley dan Jopling.^{1,8} Untuk tujuan pengobatan, WHO merekomendasikan klasifikasi operasional, berdasarkan jumlah lesi kulit dan atau saraf yang terkena, yaitu tipe pausibasiler (PB), dan multibasiler (MB).^{3,5}

Pada kasus ini diagnosis klinis pasien adalah MH tipe *mid borderline* (BB). Hal ini dibangun berdasarkan temuan klinis khas lesi *punched out* pada wajah, badan, lengan dan tungkai berupa lesi bagian tengah yang tampak normal dengan pinggir dalam infiltrat lebih jelas dibandingkan dengan pinggir luarnya. Selain itu ditemukan hipestesi pada palmar manus sinistra dan plantar pedis bilateral, penebalan nervus aurikularis magnus sinistra, penurunan fungsi motorik nervus medianus dekstra *et* sinistra serta nervus peroneus komunis sinistra.

Namun, pada pemeriksaan histopatologis, pasien didiagnosis sebagai MH tipe *borderline*

tuberculoid (BT). Hal ini berdasarkan gambaran histopatologis khas BT berupa granuloma epiteloid pada dermis yang sebagian menyentuh lapisan basal epidermis, ditemukan *foamy macrophage*, sel datia langhans dan sel radang limfosit, serta tidak ditemukan gambaran *grenz zone*.⁹

Pada kasus ini didapatkan perbedaan antara diagnosis klinis dan diagnosis histopatologis. Hal ini sesuai dengan penelitian Jerath dkk. (1982) menemukan perbedaan diagnosis klinis dan histopatologis pada 68,5% kasus,¹⁰ Kar dkk. (1994) pada 70% kasus,¹¹ Moorthy dkk. (2001) pada 62,63% kasus,⁷ dan Mathur dkk. (2011) pada 80,4% kasus.¹²

Klasifikasi Ridley-Jopling didasarkan pada gambaran klinis, histopatologi dan imunologi, yang diterima secara luas oleh ahli histopatologi dan ahli leprologi. Perbedaan antara diagnosis klinis dan histopatologis dapat timbul karena gambaran klinis menunjukkan morfologi lesi keseluruhan yang disebabkan oleh patologi yang mendasarinya, sedangkan gambaran histopatologis menunjukkan respon jaringan secara mikroskopik dan lebih akurat.^{7,13} Berbagai faktor dapat mempengaruhi diagnosis histopatologi, antara lain perbedaan ukuran sampel, lokasi lesi yang dibiopsi, usia lesi, status imunologi dan pengobatan pasien pada saat biopsi.¹³

Tipe MH yang ideal tidak dapat ditentukan hanya dengan gambaran klinis saja atau parameter histopatologis saja. Korelasi gambaran klinis dan histopatologis bersama dengan indeks bakteriologis lebih berguna untuk menentukan tipe MH secara tepat dibandingkan hanya mempertimbangkan salah satu parameter saja.¹³

Jika ditemukan perbedaan antara diagnosis klinis dan histopatologis, maka pasien didiagnosis dan diterapi berdasarkan tipe MH yang lebih berat, yaitu ke arah kutub lepromatosa untuk mencegah pengobatan yang tidak adekuat.¹³ Pada kasus ini pasien mendapat rejimen terapi MDT MB selama 12-18 bulan dan mengalami perbaikan klinis.

4. Kesimpulan

Dilaporkan satu kasus baru MH yang secara klinis didiagnosis MH tipe BB dengan gambaran histopatologis berupa MH tipe BT pada seorang laki-laki usia 56 tahun yang berobat di poliklinik Dermatologi dan Venereologi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Tipe MH yang ideal tidak dapat ditentukan hanya dengan gambaran klinis saja atau parameter histopatologis saja. Korelasi gambaran klinis dan histopatologis bersama dengan indeks bakteriologis diperlukan untuk menentukan tipe MH secara tepat dibandingkan hanya mempertimbangkan salah satu parameter saja. Jika ditemukan perbedaan antara diagnosis klinis dan histopatologis, maka pasien didiagnosis dan diterapi berdasarkan tipe MH yang lebih berat, yaitu ke arah kutub lepromatosa untuk mencegah pengobatan yang tidak adekuat. Pada kasus ini pasien mendapat rejimen terapi MDT MB selama 12-18 bulan dan mengalami perbaikan klinis.

Daftar Pustaka

1. Bryceson A, Pfaltzgraff RE. Leprosy. 3rd ed. New York: Churchill livingstone; 1990. p 1-77
2. Philipsborn BV, Steinbeis F, Bender ME. Poverty-related and neglected diseases an economic and epidemiological analysis of poverty relatedness and neglect in research and development. Glob Health Action 2015; 25 (8): 1-15
3. Widianingrum C, Uktolseja J. Pedoman nasional program pengendalian penyakit kusta. Kementerian kesehatan RI direktorat jenderal pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan 2014. p 1-21
4. Data kunjungan pasien Dermatologi dan Venereologi RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang Januari 2015- Desember 2018
5. Widaty S, Soebono H, Nilasari H. Kusta. Dalam: Widaty S, Soebono H, Nilasari H, penyunting. Panduan Layanan Klinis

- Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi. Jakarta: PERDOSKI; 2017. p 80-7
6. Santos VA, Neto PT, Raposo OF. Evaluation of agreement between clinical and histopathological data for classifying leprosy. *IJID*. 2013; 3 (17): e189-92
 7. Moorthy BN, Kumar P, Chatura KR, Chandrasekhar HR, Basavaraja PK. Histopathological correlation of skin biopsies in leprosy. *Ind J Dermatol Venereol Leprol* 2001; 67 (6): 299-301.
 8. Kumar B, Dogra S. Case definition and clinical types of leprosy. In: Kumar B, Kar HK, editors. *IAL Textbook of leprosy*. 2nd ed. Bangladesh: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2017. p 236-53
 9. Weedon D. Leprosy. Dalam: Weedon D, penyunting. *Weedon skin pathology*. 3rd ed. Brisbane: Elsevier; 2010. p 562-6
 10. Jerath VP, Desai SR: Diversities in clinical and histopathological classification of Leprosy. *Lepr India*. 1982; 54 (1): 30.
 11. Kar PK, Arora PN: Clinicopathological study of macular lesions in leprosy. *Indian J Lepr*. 1994; 66 (4): 435-41.
 12. Mathur MC, Ghimire RBK, Shrestha P, Kedia SK. Clinicohistopathological correlation in leprosy. *Kathmandu Univ Med J*. 2011; 36 (9): 248-51
 13. Munandhar U, Adhikari SC, Sayami C. Clinico-histopathological correlation of skin biopsies in leprosy. *Journal of Pathology of Nepal*. 2013; 6 (3): 452-58.