

Laporan Kasus: Terapi Kombinasi kuretase dan *Cimetidine* Oral pada Pasien Moluscum Kontagiosum

Annisa Fildza Hashfi, Nurrachmat Muliando, Winda Wijayanti, Niluh Wijayanti

Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/ RSUD dr. Moewardi Surakarta

Abstrak

Latar belakang: Moluscum contagiosum merupakan penyakit pada kulit yang disebabkan oleh infeksi *poxvirus*. Penularan penyakit ini dapat terjadi melalui kontak kulit dan membran mukosa secara langsung, termasuk melalui hubungan seksual, maupun melalui benda yang terkontaminasi. Prevalensi moluscum contagiosum yang ditransmisikan secara seksual meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Penyakit ini menimbulkan kecemasan dan rasa tidak nyaman bagi penderita. Diagnosis moluscum contagiosum didasarkan pada hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dermoskopi, dan pemeriksaan histopatologi. Penegakan diagnosis dan tata laksana yang tepat dapat membantu menurunkan risiko kekambuhan pada masa yang akan datang.

Kasus: Seorang perempuan 26 tahun dengan keluhan utama timbul bintil-bintil berwarna putih mengkilat pada paha dan bokong yang tidak terasa gatal ataupun nyeri sejak 3 bulan yang lalu. Awalnya muncul 4 buah bintil di bagian bokong saja, namun sejak 1 bulan terakhir bintil bertambah banyak dan muncul juga di bagian paha. Pasien pernah berusaha memencet bintil tersebut dan keluar padatan berwarna putih seperti nasi. Pasien memiliki riwayat berhubungan seksual tanpa kondom sebelumnya. Dari hasil pemeriksaan dermatologis didapatkan pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus tampak papul multipel berwarna putih mengkilat seperti mutiara, berukuran 0,1-0,5 cm, permukaan halus, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah dengan cekungan di tengahnya (*delle*), dengan sebaran diskret. Pada pemeriksaan dermoskopi tampak gambaran poli lobular berwarna putih hingga kuning disertai *crown vessel*. Pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran badan inklusi eosinofil intrasitoplasma (*molluscum bodies*).

Diskusi: Adanya temuan klinis berupa papul multipel dengan sebaran diskret, berwarna seperti mutiara berbentuk kubah dengan lekukan di tengahnya (*delle*) merupakan tanda khas pada kasus moluscum contagiosum. Hasil pemeriksaan dermoskopi serta gambaran histopatologi mendukung diagnosis ini. Tata laksana dilakukan dengan tindakan kuretase pada lesi serta pemberian terapi *cimetidine* oral 2x800 mg selama 2 bulan. Tidak terjadi kekambuhan dalam periode *follow-up* selama 5 bulan.

Kata kunci: imunokompeten, moluscum contagiosum, kuretase, *cimetidine*

Abstract

Background: Molluscum contagiosum is an infectious disease of the skin caused by poxvirus. The virus may be transmitted through direct skin and mucous membrane contact, including sexual contact, and through contaminated fomites. The prevalence of sexually transmitted molluscum contagiosum has increased in recent years. This disease causes anxiety and discomfort for the patients. Diagnosis of molluscum contagiosum is made based on history taking, physical examination, dermoscopic examination, and histopathological examination. Proper diagnosis and management can help to reduce risk of recurrence.

Case: A 26-year-old woman with main complaint of developing shiny white rashes on her thighs and buttocks since 3 months ago. The nodules felt itchy yet painless. At first, only 4 papules appeared on the buttocks. In the last month, the nodules multiplied and spread to the thighs. The patient had tried to squeeze the nodule and rice-like white mass came out. The patient had history of unprotected sexual intercourse. Dermatological examination on the right and left femoral regions and the gluteus, found that there were discrete, multiple shiny white pearl-like papules of 0.1-0.5 cm in size, smooth surface, well-defined, dome-shaped, umbilicated with caseous plug. Dermoscopic examination showed a white to yellow polylobular appearance with crown vessel. Histopathological examination showed an appearance of intracytoplasmic eosinophil inclusion bodies (molluscum bodies).

Discussion: Clinical findings such as discrete multiple, pearl-colored, umbilicated dome-shaped papules, are characteristic features of molluscum contagiosum. Dermoscopic examination results and histopathological images also support the diagnosis of molluscum contagiosum. Treatment was carried out using curettage on the lesions and prescription of oral cimetidine 2x800 mg for 2 months. No recurrence was found after 5 months of follow-up.

Keywords: immunocompetent, molluscum contagiosum, curettage, cimetidine

PENDAHULUAN

Molusum contagiosum adalah infeksi kulit yang disebabkan oleh *poxvirus* yang bersifat lokal dan dapat sembuh dengan sendirinya (*self-limited*). Transmisi *poxvirus* dapat terjadi melalui autoinokulasi atau kontak langsung. Infeksi virus ini juga dapat menular melalui penggunaan kolam renang umum, kamar mandi umum, handuk yang digunakan bergantian, maupun kontak pada saat olahraga.¹ Masa inkubasi virus berkisar antara 2 minggu sampai 6 bulan. Penyakit ini umumnya muncul pada anak-anak, namun dapat terjadi pada dewasa melalui hubungan seksual.² Infeksi sering ditemukan juga pada atlet olahraga yang memerlukan kontak fisik, serta pada individu dengan gangguan imunitas seluler.^{1,3}

Prevalensi infeksi molusum contagiosum yang ditransmisikan secara seksual pada orang dewasa meningkat dalam beberapa dekade terakhir. Studi di Spanyol melaporkan peningkatan insidensi molusum contagiosum sebagai penyakit menular seksual sebanyak 3 kali lipat (dari 1,3 menjadi 4%) antara tahun 1988-2007.³ Perbandingan insidensi molusum contagiosum pada individu imunokompeten dan individu dengan imunodefisiensi hingga saat ini belum dilaporkan, namun Laxmisha dkk. (2003) melaporkan bahwa dari 144 kasus molusum contagiosum di India terdapat 9 kasus yang disertai infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV), sedangkan 135 kasus lainnya terjadi pada individu dewasa dan anak-anak imunokompeten.⁴ Penegakan diagnosis molusum contagiosum didasarkan pada hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, namun pada beberapa kasus seperti pada pasien imunodefisiensi seringkali diperlukan biopsi kulit karena gambaran lesi yang tidak khas dan untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain seperti infeksi *cryptococcus* dan histoplasmosis yang sekilas menyerupai molusum contagiosum.¹ Lesi pada molusum contagiosum terkadang sulit dikenali karena umbilikasi yang samar, lesi yang atipikal berupa abses, granuloma maupun kista, lesi awal yang baru saja muncul, lesi yang terlalu kecil atau hanya muncul secara tunggal.^{5,6,7} Pemeriksaan dermoskopi merupakan pemeriksaan yang mudah untuk membantu diagnosis pada kondisi tersebut.^{5,6}

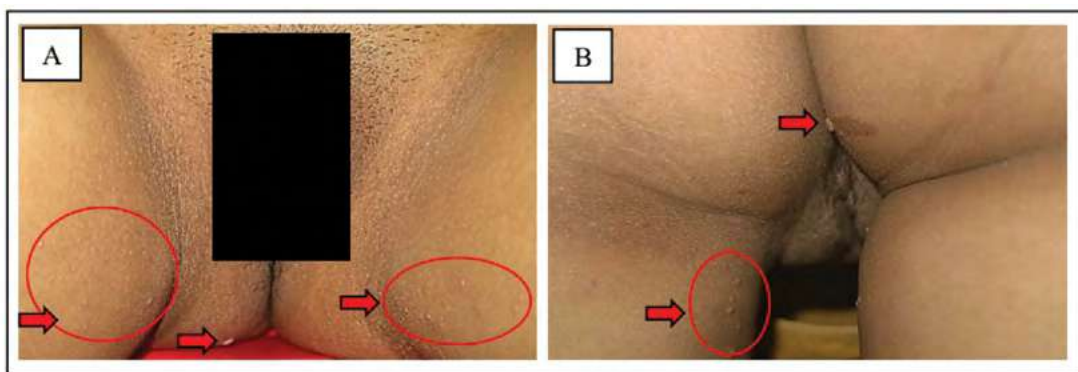
Tata laksana molusum contagiosum terdiri dari terapi medikamentosa sistemik maupun topikal serta destruksi fisik dan kimia.^{12,8} Terapi sistemik pada molusum contagiosum dapat dilakukan dengan pemberian *cidofovir* intravena, namun terapi *cidofovir* topikal dengan bentuk gel atau krim 1-3% lebih banyak digunakan dengan mempertimbangkan efek nefrotoksik yang dapat ditimbulkan oleh sediaan intravena. Kedua sediaan *cidofovir* ini dilaporkan efektif sebagai terapi pada lesi molusum contagiosum yang berat dan berulang pada individu imunodefisiensi.⁹ Metode destruktif fisik dapat dilakukan dengan memencet lesi secara manual menggunakan tangan yang memakai sarung tangan, *forcep* yang tidak bergerigi, menusuk lesi dengan stik yang dicelupkan pada *iodine* 1%, elektrosesikasi, serta kuretase. Modalitas melalui destruksi kimiawi seperti penggunaan plester *salicylic acid* secara oklusif disertai krim *tretinoin*, *potassium hydroxide* 5% topikal, krim *imiquimod* 5%, larutan *cantharidin* 0,7% disertai oklusi, atau *cryotherapy* juga dilaporkan cukup efektif dalam menangani penyakit ini.^{1,2} Ablasi fisik pada jaringan yang terinfeksi dengan teknik kuretase, *electrocautery*, atau *cryotherapy* merupakan

terapi lini pertama pada individu dewasa imunokompeten dengan moluskum contagiosum.⁸ Pengulangan terapi dibutuhkan jika muncul lesi baru atau terjadi kekambuhan.¹²

Cimetidine, suatu antagonis reseptor H₂, diketahui memiliki aktivitas sebagai imunomodulator dengan cara meningkatkan pelepasan *cytokine* lokal yang akan memicu destruksi dan regresi infeksi virus.⁹ *Cimetidine* oral dapat meningkatkan imunitas seluler melawan virus penyebab moluskum contagiosum.¹⁰ Obat ini merupakan obat yang relatif aman digunakan dan dapat ditoleransi dengan dosis rekomendasi 25-40 mg/kg/hari sampai dengan lesi menghilang. Penelitian menunjukkan bahwa pengobatan ini lebih efektif diberikan pada lesi selain di wajah.¹¹ Tujuan penulisan makalah ini adalah untuk mengetahui modalitas terapi kombinasi yang efektif untuk menangani dan mencegah kekambuhan pada kasus moluskum contagiosum pada individu dewasa imunokompeten.

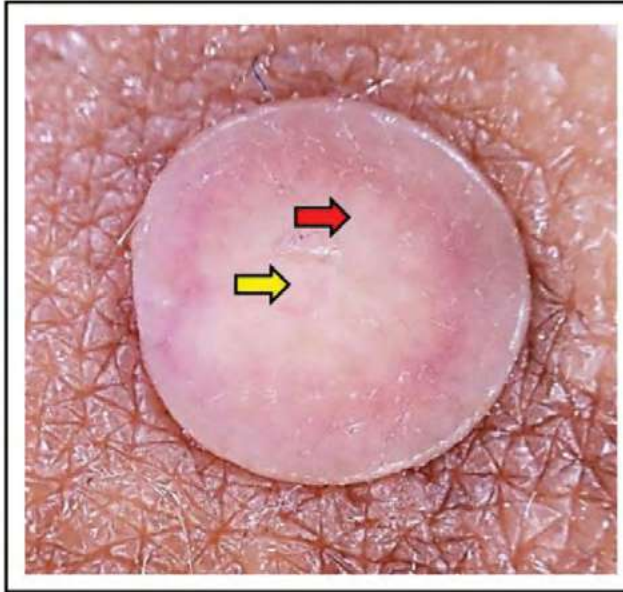
KASUS

Seorang perempuan berusia 26 tahun datang ke poliklinik rawat jalan RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan keluhan timbul bintil-bintil berwarna putih mengkilat pada paha dan bokong sejak 3 bulan yang lalu. Pada awalnya bintil muncul di bagian bokong saja sejumlah 4 buah yang tidak disertai rasa nyeri maupun gatal, namun jumlah bintil bertambah banyak dan meluas ke bagian paha sejak 1 bulan terakhir. Pasien pernah berusaha memencet bintil tersebut dan keluar massa berwarna putih seperti nasi atau keju. Pasien tidak pernah mengoleskan ataupun mengonsumsi obat apapun sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat berenang, memakai alat mandi atau pakaian bergantian dengan orang lain, atau berolahraga yang memerlukan kontak fisik.

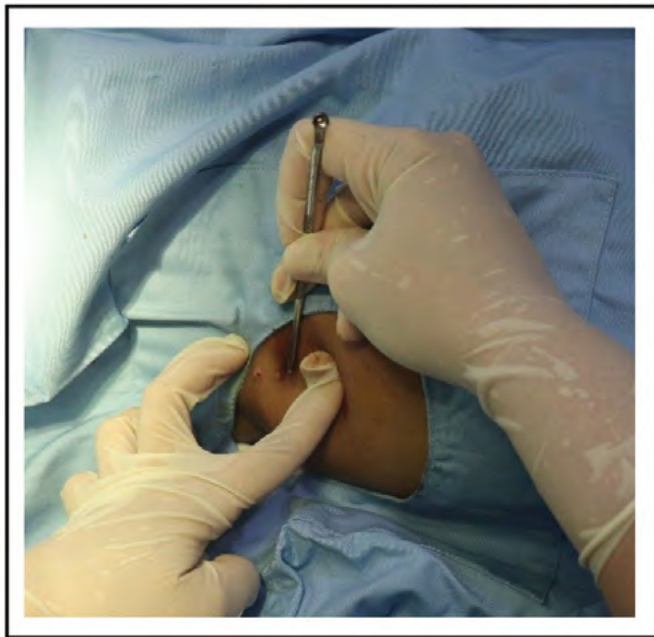


Gambar 1. (A-B). Pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus tampak papul multipel berwarna putih mengkilat dengan sebaran diskret, berbentuk seperti mutiara, berukuran 0,1-0,5 cm, permukaan halus, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah dengan lekukan (*delle*) di tengahnya (panah dan lingkaran merah)

Pada pemeriksaan riwayat penyakit dahulu tidak didapatkan riwayat keluhan serupa. Riwayat alergi, atopi, serta riwayat penurunan berat badan secara drastis dalam beberapa bulan terakhir disangkal oleh pasien. Pasien mengaku berhubungan seksual pertama kali pada usia 24 tahun. Pasangan hubungan seksual adalah kekasih pasien, jumlah hubungan seksual yang dilakukan adalah lebih dari 5 kali tanpa menggunakan kondom dengan cara pervaginam. Pasien mengaku berhubungan seksual terakhir kali 4 bulan yang lalu. Riwayat penyakit seksual menular pasangan tidak diketahui. Riwayat keluhan serupa dalam keluarga disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, kesadaran *compos mentis*, skor nyeri 0 (no). Pemeriksaan tanda vital didapatkan dalam batas normal. Tinggi badan pasien 160 cm dengan berat badan 64 kg. Pemeriksaan status dermatologis menunjukkan pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus tampak papul multipel dengan sebaran diskret, berwarna putih mengkilat seperti mutiara, berukuran 0,1-0,5 cm, permukaan rata, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah yang di tengahnya terdapat lekukan (*delle*). Pemeriksaan dermoskopi menunjukkan gambaran struktur polilobular berwarna putih hingga kuning disertai *crown vessel*.

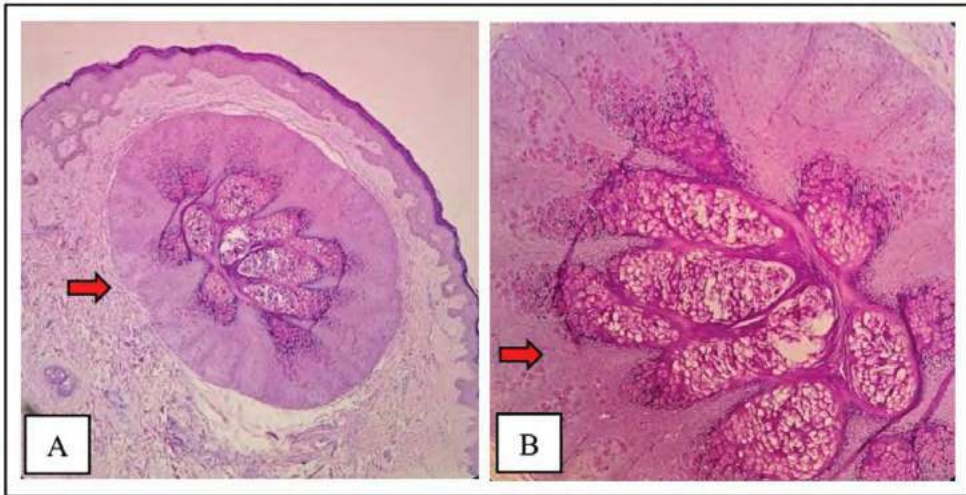


Gambar 2. Gambaran hasil pemeriksaan dermoskopi. Gambaran polilobular berwarna putih hingga kuning (panah merah). Tampak adanya *crown vessel* (panah kuning)



Gambar 3. Tindakan kuretase pada regio gluteus pada area yang terdapat papul berwarna putih mengkilat seperti mutiara, berukuran 0,5 cm, permukaan rata, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah yang di tengahnya terdapat lekukan (*delle*)

Pasien ini kami diagnosis banding dengan moluskum contagiosum dan veruka plana. Hasil biopsi kulit bokong dengan pewarnaan *hematoxylin & eosin* (H&E) didapatkan hasil pada epidermis tampak gambaran badan inklusi eosinofil intrasitoplasma (*molluscum bodies* atau badan Henderson-Paterson). Tidak didapatkan kelainan pada dermis dan tidak didapatkan tanda-tanda keganasan. Gambaran histopatologi tersebut mendukung diagnosis moluskum contagiosum. Pasien kami dilakukan pemeriksaan serologis anti-HIV dan didapatkan hasil negatif.



Gambar 4. (A) Hasil pewarnaan H&E. Pada epidermis tampak gambaran badan inklusi eosinofil intrasitoplasma (*molluscum bodies* atau badan Henderson-Paterson) (panah merah), pada dermis tak tampak kelainan (40X). (B) Tampak gambaran *molluscum bodies* dengan pola lobuler (panah merah) (400X)

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, kami mendiagnosis pasien dengan moluskum contagiosum. Pada pasien dilakukan tindakan kuretase lesi dan diberikan terapi dengan *cimetidine* per oral 2x800 mg per hari selama 2 bulan. Pasien juga disarankan untuk tidak melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang berisiko serta kontrol kembali ke RS setiap bulan sampai dengan 5 bulan untuk evaluasi adanya lesi baru yang mungkin timbul.

PEMBAHASAN

Moluskum contagiosum merupakan infeksi virus yang bersifat jinak (*poxvirus*), dan ditandai dengan munculnya lesi pada kulit. Penyakit ini umumnya timbul di usia anak-anak namun dapat timbul juga pada usia dewasa melalui jalur transmisi seksual. Lesi ini dapat muncul pada berbagai macam area kulit namun umumnya berkelompok pada satu atau dua area.^{2,3,12} Masa inkubasi dari infeksi virus penyebab moluskum contagiosum adalah 2 minggu hingga 6 bulan.¹³ Penyakit ini cenderung sembuh secara spontan dalam waktu 6 bulan hingga 1 tahun, namun dapat juga bertahan lebih lama.^{2,3,12} Transmisi dapat terjadi melalui kontak kulit dan membran mukosa secara langsung. Penggunaan handuk secara bergantian, kolam renang, atau kamar mandi umum merupakan sumber transmisi. Autoinkulasi dan koebnerisasi juga berperan penting dalam penyebaran lesi.³

Moluskum contagiosum memiliki 4 subtipe yakni MCV-1, MCV-2, MCV-3, dan MCV-4.¹¹ Subtipe MCV-2 merupakan penyebab moluskum contagiosum yang paling banyak ditemukan pada orang dewasa dan ditularkan melalui hubungan seksual.^{9,11,14} Virus ini hanya menginfeksi keratinosit sehingga lesi kulit yang timbul hanya terbatas pada epidermis dan tidak menjadi infeksi sistemik diseminata.¹³ Infeksi moluskum contagiosum pada individu imunokompeten akan sembuh secara spontan karena adanya respons imun yang baik berupa proses inflamasi lokal yang melibatkan sel dendritik plasmasitoid, sel dendritik yang diinduksi interferon, sel *natural killer*, dan sitotoksik limfosit T untuk mengatasi infeksi.^{3,15} Lesi yang sembuh secara spontan ditandai dengan pulau epitelium hiperplastik berisi keratinosit yang terinfeksi disertai infiltrat inflamasi yang padat di sekitarnya. Infiltrat inflamasi yang padat ini dihubungkan dengan apoptosis keratinosit yang telah

terinfeksi.¹⁵ Lesi moluskum dapat bertahan dalam jangka waktu yang lama dan menjadi persisten, misalnya pada individu imunodefisiensi, yang ditandai dengan tidak adanya infiltrasi sel inflamatori yang signifikan karena virus ini memiliki banyak gen yang menghalangi respons imun penderita.^{3,15} Gen tersebut meliputi gen yang mengkodekan homolog *major histocompatibility class 1* (MHC1), homolog *chemokine* yang menghambat kemotaksis, protein yang menghambat apoptosis dengan mencegah aktivasi dari *caspase 8*, dan homolog *glutathione peroxidase* yang mencegah apoptosis dalam sel yang rusak oleh radiasi ultraviolet dan *hydrogen peroxide*.³

Berbagai faktor risiko dapat menyebabkan penularan moluskum contagiosum seperti penggunaan kolam renang umum, penggunaan alat pribadi bergantian, kontak fisik dengan penderita moluskum contagiosum melalui aktivitas olahraga maupun hubungan seksual.¹² Berdasarkan anamnesis diketahui bahwa pasien pada kasus ini tidak memiliki riwayat berenang, penggunaan alat mandi atau pakaian bergantian dengan orang lain, maupun aktivitas olahraga yang membutuhkan kontak fisik, namun pasien mengaku memiliki riwayat berhubungan seksual 4 bulan sebelum muncul keluhan bintil pada daerah paha dan bokong. Hal ini menunjukkan kemungkinan transmisi moluskum contagiosum pada kasus ini adalah melalui hubungan seksual dengan masa inkubasi yang cukup panjang hingga timbul lesi.

Karakteristik lesi moluskum contagiosum dapat berupa papul berwarna pink atau seperti mutiara atau sewarna kulit dengan ukuran bervariasi antara 2-5 mm.^{2,3,12} Papul tersebut umumnya tidak disertai rasa gatal ataupun nyeri.¹ Papul akan menjadi datar dengan depresi pada bagian tengahnya (*umbilicated*) dan bila dikeluarkan isi papulnya akan mengeluarkan eksudat serupa keju.² Lesi moluskum contagiosum pada individu imunokompeten dapat terjadi pada beberapa area tubuh seperti wajah, badan, dan ekstremitas. Lesi juga dapat timbul pada individu dewasa yang aktif secara seksual pada daerah genital, pubis, paha bagian dalam, dan terkadang wajah serta kulit kepala.^{10,14,16} Pada kasus ini pasien mengeluhkan hal serupa yakni timbulnya papul pada daerah paha dan bokong yang tidak terasa nyeri ataupun gatal. Massa seperti nasi atau keju keluar saat papul tersebut dipencet. Manifestasi lesi pada regio femoralis dan gluteus pada kasus ini berupa papul multipel berwarna putih dengan sebaran diskret, mengkilat seperti mutiara, berukuran 0,1-0,5 cm, permukaan rata, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah yang di tengahnya terdapat lekukan (*delle*). Temuan ini mendukung diagnosis moluskum contagiosum.

Pemeriksaan penunjang noninvasif dan mudah dilakukan yakni pemeriksaan dermoskopi yang dapat mendukung diagnosis infeksi moluskum contagiosum terutama bila lesi yang timbul atipikal.^{5,6,17} Pemeriksaan dermoskopi moluskum contagiosum menunjukkan gambaran khas berupa pori-pori pada bagian sentral lesi atau umbilikasi, struktur polilobular *amorphous* berwarna putih hingga kuning, dan *crowd vessel* perifer.¹¹ Pada pasien ini didapatkan gambaran serupa yakni struktur polilobular berwarna putih hingga kuning disertai *crowd vessel* yang mendukung diagnosis moluskum contagiosum.

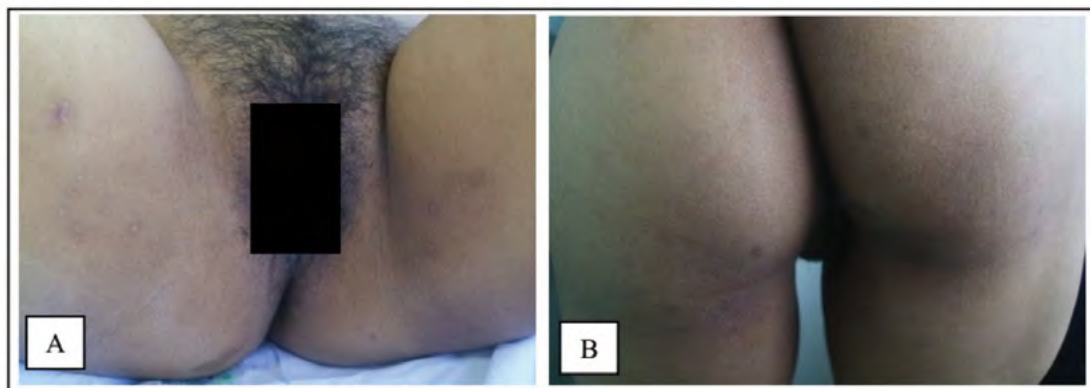
Pemeriksaan histopatologi dengan pewarnaan *hematoxylin & eosin* (H&E) dapat membantu diagnosis infeksi moluskum contagiosum. Gambaran histopatologi yang dapat ditemukan pada moluskum contagiosum meliputi lobulus yang dibentuk oleh epitel skuamosus akantotik yang hiperplastik sehingga membentuk pola lobuler. Pusat struktur ini diisi oleh inklusi virus eosinofilik yang disebut dengan badan inklusi Henderson-Paterson.^{3,11,18} Badan inklusi virus ini muncul pada stratum basalis epidermis dan dapat membesar di sepanjang epidermis.³ Badan inklusi yang terbentuk merupakan hasil dari proses transformasi yang diinduksi oleh virus dan berisi banyak virion yang diselubungi secara intraseluler oleh kolagen dan struktur seperti kantong yang kaya lipid. Partikel virion kecil awalnya terbentuk pada sitoplasma sel epitel di atas stratum basalis atau pada stratum spinosum.^{9,16} Virus moluskum contagiosum bereplikasi di sitoplasma sel epitel.³ Partikel eosinofilik ini tumbuh hingga stratum granulosum dan menyebabkan penekanan pada sel epitel yang terinfeksi.¹⁶ Gambaran histopatologis pada pasien berupa badan inklusi eosinofil intrasitoplasma (*molluscum bodies* atau badan Henderson-Paterson) disertai pola berbentuk lobuler didapatkan pada kasus ini sehingga mendukung diagnosis moluskum contagiosum.

Diagnosis banding pada pasien ini adalah veruka plana, karena berdasarkan gejala klinis tampak papul datar dengan ukuran 1-5 mm yang muncul pada wajah, punggung tangan dan kaki, dan dapat menyerupai moluskum contagiosum. Veruka plana merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi HPV tipe 3, 10, 27, dan 41. Hal yang membedakan veruka plana dengan moluskum contagiosum adalah perbedaan warna pada papul. Veruka plana memiliki warna yang sama atau lebih gelap dari kulit, sedangkan moluskum contagiosum memiliki warna putih mengkilat seperti mutiara atau dapat sama seperti warna kulit.¹⁹ Papul pada veruka plana juga tidak mengeluarkan massa seperti keju apabila dikeluarkan isinya.¹⁹ Gambaran histopatologis pada veruka plana menunjukkan gambaran akantosis, hiperkeratosis tipe *basket-weave* dan sel koilositik tanpa disertai parakeratosis dan papilomatosis. Gambaran hipergranulasi tampak jelas dan tampak sel apoptosis pada lesi disertai eksositosis pada epidermis serta infiltrat limfositik dengan ekstrasvasi eritrosit pada dermis bagian atas.²⁰ Gejala klinis dan gambaran histopatologis tersebut tidak ditemukan pada kasus ini sehingga diagnosis banding veruka plana dapat disingkirkan.

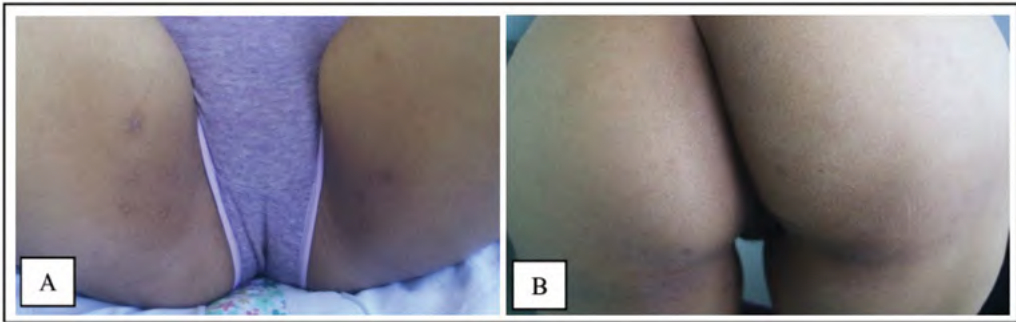
Terapi mekanik atau fisik seperti kuretase, *electrocautery*, atau *cryotherapy* merupakan pilihan tindakan lini pertama pada kasus moluskum

kontagiosum yang ditransmisikan secara seksual.⁸ Kuretase merupakan tindakan yang paling efektif pada infeksi molusum yang ditransmisikan secara seksual dibandingkan dengan terapi kimiawi.²¹ Penelitian oleh Hanna dkk. (2006) di Kanada menunjukkan bahwa kuretase memiliki angka keberhasilan sebesar 80% hanya dengan satu kali tindakan, tanpa catatan kekambuhan dalam *follow-up* selama 6 bulan.²²⁻²⁴ Studi oleh Harel dkk. (2006) pada 1.878 pasien molusum kontagiosum melaporkan bahwa resolusi sempurna dapat tercapai dengan satu kali tindakan kuretase pada 70% pasien, 2 kali tindakan pada 26% pasien, dan 3 kali tindakan pada 4% pasien. Kepuasan yang dirasakan pasien yang menjalani kuretase mencapai 95%.²⁵ Kuretase efektif digunakan pada lesi dengan jumlah yang sedikit.²⁶ Tindakan kuretase dapat menggunakan kuret untuk mengeluarkan badan inklusi. Anestesi lokal seperti *lidocaine* dapat diberikan sebelum tindakan untuk mengurangi rasa nyeri yang ditimbulkan dalam prosedur kuretase. *Povidone iodine* topikal dapat diaplikasikan sebagai antiseptik.¹¹ Pada kasus ini, kuretase hanya dilakukan sebanyak satu kali dengan hasil yang baik.

Cimetidine merupakan antagonis reseptor H₂ yang dapat digunakan sebagai terapi *adjuvant* pada molusum kontagiosum. *Cimetidine* dapat meningkatkan imunitas seluler melalui blokade reseptor H₂ yang ada pada sel T supresor. *Cimetidine* bekerja sebagai imunomodulator yang memicu respons imun individu dengan molusum kontagiosum. Pemberian *cimetidine* dapat memicu respons lokal yang melibatkan sel dendritik plasmatoid, sel dendritik yang diinduksi interferon, sel *natural killer*, dan limfosit T sitotoksik untuk mengatasi infeksi virus penyebab molusum kontagiosum pada individu imunokompeten. Terapi *cimetidine* dengan dosis 40 mg/kg/hari dalam dosis terbagi (2-3 kali sehari) selama 2 bulan terbukti efektif dalam mengobati infeksi ini.¹⁰ Hal tersebut dibuktikan oleh Dohil dkk. (1996) yang menunjukkan adanya resolusi sempurna pada 9 dari 13 pasien molusum kontagiosum imunokompeten setelah pemberian 40 mg/kg/hari selama 2 bulan.²⁷ Penelitian lain oleh Antony dkk. (2001) melaporkan bahwa pemberian *cimetidine* oral dengan dosis 35 mg/kgBB per hari selama 12 minggu pada individu imunokompeten dapat menghasilkan resolusi sempurna.²⁸ Berbagai efek samping yang dapat muncul pada penggunaan *cimetidine* antara lain mual, diare, timbul ruam kemerahan, dan pusing.¹⁰ Pasien pada kasus ini mendapatkan terapi *cimetidine* oral 2x800 mg/hari selama 2 bulan dan tidak terdapat laporan efek samping pada penggunaan obat tersebut. Dalam periode *follow-up* selama 5 bulan setelah menjalani kombinasi kuretase dan terapi *cimetidine* oral tidak didapatkan kekambuhan pada pasien. Pasien juga dianjurkan untuk menghindari kontak kulit dengan individu yang berisiko dan tidak diperkenankan mencukur area di sekitar lesi untuk menghindari transmisi dan autoinokulasi.



Gambar 5. (A-B) Hasil *follow-up* pasien 1 bulan pascatindakan kuretase. Pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus tampak makula hiperpigmentasi dan tidak didapatkan lesi baru yang timbul



Gambar 6. (A-B) Hasil *follow-up* pasien 5 bulan pascatindakan kuretase. Pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus tampak makula hiperpigmentasi (perbaikan) dan tidak didapatkan lesi baru yang timbul

Prognosis pada moluscum contagiosum umumnya baik. Resolusi spontan dapat terjadi dalam 18 bulan pada individu imunokompeten meskipun pada beberapa kasus penyakit ini dapat bersifat persisten hingga 5 tahun. Terapi yang tersedia umumnya efektif, namun lesi yang muncul seringkali menimbulkan kecemasan pada pasien. Tingkat kekambuhan penyakit ini sebesar 35% setelah lesi menghilang. Kekambuhan menunjukkan adanya reinfeksi, eksaserbasi, atau lesi baru yang muncul setelah periode laten yang memanjang.¹⁶ Terapi imunomodulator dapat diberikan pada pasien moluscum contagiosum untuk memperoleh resolusi yang sempurna dan mencegah kekambuhan pada pasien imunokompeten.

KESIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus moluscum contagiosum pada perempuan usia 26 tahun dengan gejala tampak papul multipel dengan sebaran diskret, berwarna putih mengkilat seperti mutiara, berukuran 0,1-0,5 cm, permukaan rata, berbatas tegas, berbentuk seperti kubah yang di tengahnya terdapat lekukan (*delle*) pada regio femoralis *dextra et sinistra* serta gluteus. Pemeriksaan penunjang dermoskopi dan pemeriksaan histopatologi mendukung diagnosis moluscum contagiosum. Kasus ini ditangani dengan kombinasi kuretase lesi dan pemberian terapi *cimetidine* oral 2x800 mg selama 2 bulan. Edukasi untuk menghindari kontak dan hubungan seksual dengan pasangan yang berisiko juga diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Lozano A, Arora A, Mendoza N, Madkan V, Trying K. Viral infections. In: Therapy of skin disease. Krieg T, Bickers DR, Miyachi Y, editors. 1st Ed. Berlin: Springer; 2010:p.157-63.
- Zaidi Z, Hussain K, Sudhakaran S. Molluscum contagiosum. In: Treatment of skin disease: A practical guide. Zaidi Z, Hussain K, Sudhakaran S, editors. 1st Ed. Cham: Springer International Publishing; 2019:p.109-10.
- Haddock ES, Friedlander SF. Poxvirus infections. In: Fitzpatrick's Dermatology. Kang S, Amagai M, Bruckner AN, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al, editors. 9th Ed. New York: McGraw-Hill; 2019:pp.3065-94.
- Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of molluscum contagiosum in children versus adults. Dermatol Online J. 2003;9(5):1-3.
- Ianhez M, Cestari Sda C, Enokihara MY, Seize MB. Dermoscopic patterns of molluscum contagiosum: A study of 211 lesions confirmed by histopathology. An Bras Dermatol. 2011;86(1):74-9.
- Zaballos P, Ara M, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of molluscum contagiosum: A useful tool for clinical diagnosis in adulthood. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(4):482-3.
- Yassin M. Atypical clinical presentation of molluscum contagiosum. Al-Kindy Col Med J. 2012;8(2):18-27.
- Nguyen HP, Franz E, Stiegel KR, Hsu S, Tyring SK. Treatment of molluscum contagiosum in adult, pediatric, and immunodeficient populations. J Cutan Med Surg. 2014;18(5):299-306.
- Leung AKC, Barankin B, Hon KLE. Molluscum contagiosum: An update. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2017;11(1):22-31.

DAFTAR PUSTAKA

10. Robinson G, Townsend S, Jahnke MN. Molluscum contagiosum: Review and update on clinical presentation, diagnosis, risk, prevention, and treatment. *Curr Derm Rep.* 2020;9:83-92.
11. Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: An update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2019;12:373-81.
12. Sharquie K, Hameed A, Abdulwahhab W. Pathogenesis of molluscum contagiosum: A new concept for the spontaneous involution of the disease. *Our Dermatol Online.* 2015;6(3):265-9.
13. Badri T, Gandhi GR. Molluscum contagiosum. Dalam: *StatPearls Treasure Island. Florida: StatPearls Publishing;2021:p.1-11.*
14. Trčko K, Hošnjak L, Kušar B, Zorec TM, Kocjan BJ, Križmarić M, dkk. Clinical, histopathological, and virological evaluation of 203 patients with a clinical diagnosis of molluscum contagiosum. *Open Forum Infect. Dis.* 2018;5(11):1-5.
15. Vermi W, Fisogni S, Salogni L, Schärer L, Kutzner H, Sozzani S, dkk. Spontaneous regression of highly immunogenic molluscum contagiosum virus (MCV)-induced skin lesions is associated with plasmacytoid dendritic cells and IFN-DC infiltration. *J Invest Dermatol.* 2011;131(2):426-34.
16. Srikanth S, Anandam G, Kumari BS, Sreelatha K, Suhela. Molluscum contagiosum: Study of four cases. *Med J DY Patil Vidyapeeth.* 2014;7(3):366-8.
17. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, dkk. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology.* 2006;212(1):7–18.
18. Jang HS, Kim MR, Oh SH. Unusual manifestation of molluscum contagiosum: Eruptive papules on the face and neck of immunocompetent patient. *Ann Dermatol.* 2013;25(3):398-99.
19. Pavithra S, Mallya H, Pai GS. Extensive presentation of verruca plana in a healthy individual. *Indian J Dermatol.* 2011;56(3):324-5.
20. Prieto-Granada CN, Lobo AZC, Mihm MC. Skin infection. Dalam: *Diagnostic pathology of infectious disease. Edisi ke-2. Kradin RL, penyunting. Amsterdam: Elviesier Publisher. 2018: p.542-647.*
21. Mohan RP, Verma S, Singh AK, Singh U. Molluscum contagiosum: Report of one case with overview. *BMJ Case Rep.* 2013;6:1-3.
22. Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P, dkk. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol.* 2006;23(6):574-9.
23. Gerlero P, Hernández-Martín Á. Update on the treatment of molluscum contagiosum in children. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(5):408-15.
24. Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: A follow-up survey study. *Br J Dermatol.* 2008;159(5):1144-7.
25. Harel A, Kutz AM, Hadj-Rabia S, Mashiah J. To treat molluscum contagiosum or not-curettage: An effective, well-accepted treatment modality. *Pediatr Dermatol.* 2016;33(6):640–5.
26. Coyner T. Molluscum contagiosum: A review for healthcare providers. *Dermatol nurs.* 2020;12(3):115-20.
27. Dohil M, Prendiville JS. Treatment of molluscum contagiosum with oral cimetidine: Clinical experience in 13 patients. *Pediatr Dermatol.* 1996;13(4):310-2.
28. Antony F, Cliff S, Ahmad A, Holden C. Double-blind placebo-controlled study of oral cimetidine treatment for molluscum contagiosum. *Br J Dermatol.* 2001;145(59):122-9.