



Akreditasi PB IDI-2 SKP

Keratosis Pilaris

Ratih Purnamasari Nukana

Alumna Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali, Indonesia

ABSTRAK

Keratosis pilaris sering dialami saat kanak-kanak dan akan membaik seiring bertambahnya usia. Beberapa faktor risiko antara lain keturunan, riwayat penyakit kulit lain, jenis kelamin, usia, jenis kulit kering, dan cuaca. Pilihan pengobatan meliputi emolien, keratolitik, steroid topikal, dan terapi laser. Hasilnya bervariasi antar individu.

Kata kunci: Hiperkeratosis, keratosis pilaris

ABSTRACT

Keratosis pilaris is a common skin disorder of childhood that often improves with advancing age. Some risk factors include heredity, history of other skin diseases, gender, age, dry skin type, and weather. Treatment options include emollients, keratolytics, topical steroids, and laser therapy. The result varies among individuals. **Ratih Purnamasari Nukana. Keratosis Pilaris**

Keywords: Hyperkeratosis, keratosis pilaris

PENDAHULUAN

Keratosis pilaris merupakan gangguan autosomal dominan berupa kelainan keratinisasi kulit yang ditandai dengan sumbatan keratin di lubang folikel dengan derajat eritema folikular yang bervariasi.¹⁻⁴

Keratosis pilaris ditandai dengan benjolan kecil dalam jumlah banyak di bagian lengan atas, paha bagian anterior, bokong, wajah, leher. Biasanya kulit akan tampak kering dan kasar di sekitar benjolan, pada perabaan akan terasa seperti amplas. Tampilan ini sering juga disebut dengan istilah kulit ayam/angsa.^{2,4}

Meskipun keratosis pilaris tidak berbahaya, kondisi ini bisa mempengaruhi penampilan. Pilihan pengobatan meliputi emolien, keratolitik, steroid topikal, dan terapi laser. Hasilnya pun sangat bervariasi masing-masing individu tergantung kepatuhan terapi dan penyakit ini rentan kambuh kembali.³

EPIDEMIOLOGI

Penyakit ini bisa dijumpai pada berbagai usia;

prevalensi tertinggi pada usia anak, remaja (50-80%), dan dewasa muda (40%).^{1,4} Wanita lebih sering mengidap penyakit ini. Pada orang dengan riwayat *ichthyosis vulgaris*, risiko meningkat hingga 74%. Kondisi lain yang juga menyertai antara lain dermatitis atopi, hipotiroid, sindrom Cushing, obesitas, *insulin dependent diabetes*, sindrom Down, defisiensi vitamin A.⁵

FAKTOR RISIKO

Beberapa faktor risiko antara lain keturunan (50-70%), penyakit kulit lain seperti dermatitis atopi, *ichthyosis vulgaris*, jenis kelamin (wanita lebih sering), usia (dimulai saat usia 10 tahun, memberat pada usia remaja, dan akan hilang saat dewasa), jenis kulit kering, cuaca (kondisi cuaca yang akan memperberat keratosis pilaris adalah saat musim dingin dan kelembapan rendah).⁴

PATOFISIOLOGI

Patofisiologi penyakit ini belum diketahui pasti, beberapa teori menyatakan bahwa penyakit ini disebabkan sumbatan infundibular

keratotik.¹ Keratin akan menebal lalu menumpuk, lama kelamaan akan menyumbat lubang pori folikel rambut. Sumbatan ini membuat pori-pori melebar. Jika sumbatan cukup banyak akan menyebabkan permukaan kulit terasa kasar dan tidak rata atau bersisik. Penelitian menunjukkan jumlah kelenjar sebasa berkurang atau tidak ada, dan terjadi defisiensi filagrin.² Filagrin merupakan protein penyusun epidermis pembentuk 50% faktor pelembap alami stratum korneum; penurunan jumlah filagrin menyebabkan xerosis kutis dan kelainan epitel lainnya.

GEJALA KLINIS

Gejalanya antara lain benjolan kecil berukuran 1–2 mm, dalam jumlah banyak sekitar 10–100 buah. Benjolan berwarna seperti kulit, tetapi beberapa bisa kemerahan yang menunjukkan adanya inflamasi. Kulit tampak kering dan kasar di sekitar benjolan, pada perabaan akan terasa seperti amplas. Tampilan ini sering juga disebut kulit ayam/angsa. Benjolan tidak nyeri, namun bisa disertai rasa gatal. Jika digaruk akan menyebabkan penampakan seperti



Gambar 1. Keratosis folikularis bagian lengan pada pasien *ichthyosis vulgaris*.³

rambut kecil yang melingkar.^{2,4,6} Inflamasi dapat disebabkan karena iritasi mekanik berulang dari sumbatan hiperkeratosis, penurunan peptida antimikroba dengan kolonisasi bakteri yang bertambah, peningkatan pH permukaan kulit karena berkurangnya faktor pelembap alami seperti defisiensi filagrin.²

Predileksi dominan di bagian ekstensor seperti bagian posterolateral lengan atas (92%), paha bagian anterior (59%), dan bokong (30%).¹ Selain itu, bisa ditemukan juga di leher, pipi, dan dada. Lesi pada wajah sering sulit dibedakan dari akne vulgaris, pada keratosis pilaris biasanya lesi uniform pada kulit yang kering dan kasar.⁷

KLASIFIKASI KLINIS

1. *Eritromelanosis Follicular Faciei et Colli* (EFC).
Sering ditemukan pada usia remaja dan dewasa muda. Lebih sering pada laki-laki. Ditandai dengan eritema berbatas tegas, hiperpigmentasi, papul folikuler mengenai area pre-aurikular dan maxilaris. Biasanya distribusi tidak simetris, pada beberapa kasus menyebar sampai dahi, leher samping, dan tubuh. Pada pemeriksaan histopatologi ditemukan gambaran tidak spesifik, berbagai derajat hiperkeratosis folikel, dilatasi pembuluh darah dermis, inflamasi infiltrat perivaskuler, hiperpigmentasi lapisan basal.⁵
2. Keratosis Pilaris Rubra
Ditandai dengan eritema yang lebih nyata daripada EFC. Lesi pada dahi, pipi, dan leher. Yang membedakan dari EFC adalah

pada kondisi ini jarang ditemukan lesi pada tubuh dan terdapat hiperpigmentasi.⁵

3. Keratosis Pilaris Atrophicans
Kondisi yang jarang, ditandai dengan munculnya papul eritema pada bagian alis mata dan pipi disertai jaringan parut sekunder atau alopesia.^{4,5} Jenis ini dibagi lagi menjadi tiga, yaitu *ulerythema ophryogens*, *atrophoderma vermiculata*, dan keratosis folikularis spinulosa decalvans.⁵
4. *Ulerythema Ophryogens* (*Keratosis Pilaris Rubra Atrophicans Faciei*)
UO adalah bentuk keratosis pilaris mengenai area sekitar alis, pada beberapa kasus menyebar pula ke pipi dan dahi. Kulit kepala dan bulu mata masih dalam kondisi normal. *Onset* pada bulan pertama kehidupan, ditandai dengan eritema dan papul kecil mengenai sepertiga lateral alis. Seiring bertambahnya usia, lesi akan meluas mengenai seluruh alis dan lama kelamaan menyebabkan alopesia. Saat pubertas, keluhan ini akan berhenti namun gejala sisanya bersifat permanen.^{4,5}



Gambar 2. Keratosis pilaris dengan papul eritema pada lengan atas.⁴

5. *Atrophoderma Vermiculata* (*Folliculitis Ulerythematosa Reticulata*)

Bentuk keratosis pilaris yang dominan mengenai pipi berbentuk seperti lubang pada folikel dengan dasar eritema. Biasanya tidak terdapat alopesia atau papula, tetapi ditemukan milia, komedo terbuka, dan komedo tertutup. Lubang bergabung satu sama lain, sehingga menyerupai "worm-eaten", "honey-combed", atau retikuler. Kondisi ini tidak mengenai bagian alis dan ekstremitas. *Atrophoderma vermiculata* terjadi pada usia 5 – 12 tahun. Pada pemeriksaan histopatologi ditemukan atrofi unit pilosebacea dengan inflamasi ringan perivaskuler, dilatasi orifisium folikel dengan sumbatan keratin di tengahnya.⁵

6. Keratosis Folikularis Spinulosa Decalvans.
Keratosis ini terjadi akibat pengaruh *x-linked* atau autosomal dominan. Bentuk keratosis yang mempengaruhi folikel rambut ditandai jaringan parut alopesia, fotofobia, dan keratoderma. Biasanya terjadi pada bagian kulit kepala, alis, dan aksila.^{5,8,9}

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak ada pemeriksaan penunjang khusus. Diagnosis didasarkan pada penampilan kulit yang khas di area seperti lengan atas. Riwayat keluarga juga sangat membantu karena keratosis pilaris memiliki komponen genetik yang kuat.⁴

Pada pemeriksaan mikroskopis (histopatologi), lesi keratosis pilaris menunjukkan trias hiperkeratosis epidermal, hipergranulosis, dan penyumbatan folikel rambut. Papula keratosis pilaris diduga berasal dari akumulasi keratin yang berlebihan pada orifisium folikel. Bagian atas epidermis menunjukkan penebalan ringan dan penyumbatan lubang folikel.^{4,5}

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding penyakit ini antara lain *phrynoderma*, eksim folikuler, lichen planus folikuler, *ptiriasis alba juvenile pilaris*, *acne vulgaris*, *acneiform drug eruption*, *trichostasis spinulosa*, *ichthyosis follicularis*, *scurvy*, *eruptive vellus hair cysts*, dan folikulitis perforasi.^{1,4,5}

TATALAKSANA

Tidak ada pengobatan khusus karena umumnya akan membaik dengan sendirinya. Penyakit ini tidak bisa sembuh total, namun



bisa dikontrol agar tidak kambuh. Perbaikan terutama dialami jika rutin melakukan rangkaian perawatan kulit. Tidak ada terapi tunggal yang efektif, dan satu terapi belum tentu berefek sama antar pasien.⁴

Terapi bertujuan untuk melunakkan tumpukan keratin di bawah kulit dan menjaga kelembapan kulit, misalnya dengan:

1. Eksfoliant topikal

Mengoleskan obat berbentuk krim untuk melembapkan kulit kering dan menyingkirkan sel kulit mati.

2. Retinoid topikal

Retinol merupakan turunan vitamin A, yang bekerja pada proses pergantian sel serta mencegah penyumbatan folikel rambut; bertindak dengan menghilangkan lapisan atas sel kulit mati untuk mencegah penyumbatan folikel rambut. Bahan ini dapat menyebabkan kemerahan, pengelupasan, dan pengeringan kulit sebagai bagian dari kerja obat, sehingga mereka tidak ditoleransi dengan baik.^{3,5}

Losio laktat ammonium 12%, krim urea (10% - 40%) atau losio asam salisilat 6% adalah pilihan lain untuk melunakkan sumbatan

keratin dan mengurangi kulit kasar.⁶ Satu penelitian menyatakan tazaroten mampu mengatasi keratosis pilaris.¹⁰ Tazaroten bekerja pada reseptor asam retinoat pada kulit, menghasilkan efek antiproliferatif kuat dan memodulasi diferensiasi keratinosit. Dengan penggunaan tazaroten setiap malam hari selama 4-8 minggu, keratosis pilaris berkurang bertahap.¹⁰

3. Terapi laser

Sinar laser ditembakkan ke bagian kulit yang terkena keratosis pilaris. Dibutuhkan beberapa sesi terapi laser agar bisa memperlihatkan efeknya pada kulit. Terapi yang digunakan antara lain *laser CO₂ fractional*, *laser 532nm potassium titanyl phosphate*, *595 nm pulsed dye laser*, *1064 nm Q-switched Nd:Yag laser*, *long-pulse 1064 nm Nd:YAG laser*, *kombinasi 595 nm pulse dye laser*, *long-pulse 755nm alexandrite laser*, dan mikrodermabrasi.³

4. Beberapa cara untuk mencegah timbul atau kambuhnya penyakit ini antara lain: gunakan sabun ringan saat mandi disertai minyak untuk menjaga kelembapan kulit, menggunakan air hangat dan batasi waktu

mandi untuk menghindari hilangnya minyak dari kulit, setelah mandi keringkan kulit secara merata dengan cara ditepuk lembut, gunakan pelembap kulit setelah mandi, dan atur kelembapan ruangan dengan mesin pengontrol kelembapan (*humidifier*), hindari pakaian terlalu ketat karena dapat menggores kulit.^{3,6}

PROGNOSIS

Biasanya 35% membaik seiring bertambahnya usia, menetap pada 43% kasus, dan memburuk pada 22% kasus.^{2,4}

SIMPULAN

Keratosis pilaris merupakan gangguan autosomal dominan kelainan keratinisasi kulit yang ditandai dengan sumbatan keratin di lubang folikel. Penyakit ini bisa dialami berbagai usia, prevalensi tertinggi pada usia remaja (50-80%) dan dewasa muda (40%). Penyebab pasti belum diketahui. Penyakit ini ditandai dengan papul berukuran 1-2 mm, dalam jumlah banyak dengan warna sama seperti kulit, kulit nampak kering dan kasar di sekitar benjolan, dan bisa terjadi peradangan. Terapi bertujuan mengurangi gejala.

DAFTAR PUSTAKA

1. Thomas M, Uday SK. Keratosis pilaris revisited: Is it more than just a follicular Keratosis? *Int J Trichology*. 2012;4(4):255-8
2. Gruber R, Sugarman JL, Crumrine D, Hupe M, Mauro TM, Mauldin EA, et al. Sebaceous gland, hair shaft, and epidermal barrier abnormalities in keratosis pilaris with and without filaggrin deficiency. *Am J Pathol*. 2015;185(4):1012-21.
3. Vachiramon V, Anusaksathien P, Kanokrungeesee S, Chanprapaph K. Fractional carbon dioxide laser for keratosis pilaris: A single blind, randomized, comparative study. *Hindawi Publ Corp*. 2016;1928540.
4. Alai NA. Keratosis pilaris [Internet]. 2018 Juni 12. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1070651-overview#a4>
5. Mirmirani P, Rogers M. Keratosis pilaris and other inflammatory follicular keratotic syndromes. In: Wol K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Le ell DJ, editors. *Fitzpatrick's dermatology general medicine*. 8th ed. USA: The McGraw-Hill Co; 2012 .p. 973-9.
6. Habif TP. Atopic dermatitis. In: *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy*. 6th ed. Elsevier; 2016 .p. 163-4
7. Gharib K, Khater M, Nasr M, Soliman M, Abdelshafi A. Keratosis follicularis spinulosa decalvans: Diagnosis and therapeutic approach. *J Clin Case Report* 2015;5:5
8. Malvankar D, Sacchidanand. Keratosis follicularis spinulosa decalvans: A report of three cases. *Int J Trichol*. 2015;7(3):125-8
9. Schmitt JV, Lima BZ, Meira MC, Miot HA. Keratosis pilaris and prevalence of acne vulgaris: A cross-sectional Study. *An Bras Dermatol*. 2014;89(1):91-5
10. Gerbig AW. Treating keratosis pilaris [letter]. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47:457