

PENATALAKSANAAN KASUS PURPURA HENOCH-SCHÖNLEIN PADA ANAK

MANAGEMENT OF HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA CASE IN CHILDREN

Yuzza Alfarrar

Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung

Info Artikel

Sejarah Artikel :

Submitted: 22 April 2021

Accepted: 22

November 2021

Publish Online: 22 November 2021

Kata Kunci:

Purpura Henoch-Schönlein, purpura palpabel, nyeri abdomen, metil prednisolon

Keywords:

Henoch-Schönlein Purpura, palpable purpura, abdominal pain, methylprednisolone

Abstrak

Latar Belakang : Purpura Henoch-Schönlein (PHS) merupakan vaskulitis pembuluh darah kecil di kulit yang disebabkan oleh kelainan imunologik, disertai keterlibatan sendi, ginjal, saluran gastrointestinal, dan sistem organ lain. **Tujuan:** penelitian ini bertujuan untuk melaporkan penanganan yang telah dilakukan terhadap kasus PHS pada anak agar dapat dimanfaatkan sebagai rujukan bagi pengambilan keputusan pada kasus yang sama. **Metode:** Penelitian studi kasus ini merupakan kajian mendalam terhadap pasien anak laki-laki 11 tahun, dengan purpura palpabel eritematosa pada kedua lengan, tungkai dan pantat, di tempat adanya purpura tidak hilang dengan penekanan. **Hasil:** Diagnosis PHS ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan histopatologik. Diagnosis ini memenuhi 4 dari 5 kriteria dari *American College of Rheumatology* tahun 1990, yaitu: purpura palpabel, nyeri abdomen dengan atau tanpa hematochezia, hasil biopsi berupa vaskulitis leukositoklastik, dan awitan usia 20 tahun atau kurang. Pengobatan dengan metil prednisolon 20 mg selama 7 hari memberikan perbaikan. Prognosis pada penderita ini *quo ad vitam ad bonam, quo ad sanam dubia ad bonam* dan *quo ad kosmetikam ad bonam*. **Simpulan:** Pengobatan dengan menggunakan metilprednisolon 20mg dapat memberikan perbaikan pada kasus PHS pada anak. Penurunan bertahap dosis metilprednisolon selama dua minggu menunjukkan penyembuhan secara klinis

Abstract

Background: Henoch-Schönlein Purpura (HSP) is an immunologically mediated vasculitis of small blood vessels of the skin, with involvement of problems with joints, kidneys, gastrointestinal tract, and other organ systems. **Objective:** This study aimed to report an effort of management of HSP in children so that the procedure can be benefitted as reference of management for similar cases. **Method:** This case study was an in-depth evaluation of 11-year-old boy, with palpable erythematous purpura on both arms, legs and buttocks, the purpura did not disappear with pressure. **Results:** The diagnosis was established based on history and physical examination, confirmed by histopathologic examination. This diagnosis met 4 from 5 criteria from the 1990 American College of Rheumatology criteria found from physical examination such as: palpable purpura, abdominal pain with or without haematochezia. Leukocytoclastic vasculitis was found in biopsy result of the specimen, and onset at 20 years or below. Treatment with methylprednisolone 20 mg for seven days gave improvement to HSP problem of the child. The prognosis was *quo ad vitam ad bonam, quo ad sanam dubia ad bonam* and *quo ad cosmeticam ad bonam*. **Conclusion:** Administering methylprednisolone 20 mg for children with HSP case can give positive result. A two-week gradual decrease in the consumption of methylprednisolone dose indicates a clinical success.

PENDAHULUAN

Purpura Henoch-Schönlein (PHS) merupakan vaskulitis pembuluh darah kecil di kulit yang disebabkan oleh kelainan imunologik, disertai keterlibatan sendi, ginjal, saluran gastrointestinal, dan sistem organ lain (Chen et al., 2013; Wang et al., 2018; Weller, Hunter, & Mann, 2015). Sinonim PHS adalah purpura anafilaktoid, purpura rematik (Heelan, Sibbald, & Shear, 2019; Ott, 2011; Wetter, Dutz, Shinkai, & Fox, 2018). Purpura Henoch-Schönlein dinamakan sesuai dengan nama dua orang dokter Eropa pada abad ke-19, yaitu Johann Schönlein (tahun 1837) yang menemukan suatu sindrom yang ditandai dengan purpura akut dan artritis dan Eduard Henoch (murid Schönlein) melaporkan sindroma yang mirip, juga ditandai dengan nefritis dan nyeri kolik abdominal. Kelainan ini dikenal sebagai Purpura Henoch-Schönlein (Kiliç & Demir, 2018; Level & Mukhtyar, 2016; Weller et al., 2015).

PSH bisa terjadi pada semua umur, tetapi paling sering pada anak usia sekolah, terutama umur 2-11 tahun (Ekinci et al., 2020; Lardhi, 2012; Wetter et al., 2018). Di Amerika Serikat, dari 31.333 pasien baru yang datang ke 54 pusat rheumatologi anak, 1.120 pasien menderita vaskulitis, dan 558 pasien didiagnosa sebagai PHS (Hochberg, Gravalles, & Silman, 2019). Insiden pada anak kira-kira 20 kasus per 100.000 per tahun (Ball, Fessler, & Bridges, 2014). Insiden keseluruhan diperkirakan sekitar 9/100.000 populasi (Hochberg et al., 2019). Purpura Henoch-Schönlein sedikit lebih sering pada laki-laki dibanding wanita, dengan rasio 1,5-2 : 1. Insiden PHS paling banyak pada musim semi dan dingin (Hetland, Sisrud, Lindahl, & Bygum, 2017; Hochberg et al., 2019; Weller et al., 2015).

Etiologi pasti PSH belum diketahui, berbagai organisme diduga sebagai agen penyebab. Infeksi bakteri (terutama *Streptokokus* β hemolitikus grup A) merupakan faktor pencetus yang paling sering. Virus, infeksi *Helicobacter pylori*, obat-obatan, makanan yang mengandung pengawet, gigitan serangga, imunisasi, paparan dingin dan bahan kimia toksik juga diperkirakan bisa menjadi faktor penyebab. Kehamilan juga dapat menjadi pemicu atau faktor eksaserbasi untuk kekambuhan pada individu yang rentan (Kiliç & Demir, 2018; Level & Mukhtyar, 2016; Ott, 2011; Tabel, Inanc, Dogan, & Elmas, 2012; Yang, Yu, & Chiang, 2014).

Patofisiologi PHS adalah adanya endapan vaskuler kompleks imun IgA pada dinding pembuluh darah kecil dan mengaktifkan komplemen, melepaskan fragmen-fragmen kemotaktik. Lekosit polimorfonuklear akan ditarik oleh fragmen kemotaktik menyebabkan inflamasi dan nekrosis dinding pembuluh darah disertai trombosis. Hal ini akan mengakibatkan ekstrasvasi eritrosit pada organ yang terkena. Dalam proses degranulasi, lekosit polimorfonuklear dapat mengalami disintegrasi menjadi '*nuclear dust*' yang tipikal untuk vaskulitis lekositoklastik (Hochberg et al., 2019; Li, Zhang, & Ji, 2013).

Gambaran klinis PHS seringkali didahului infeksi saluran nafas atas 1-3 minggu sebelum awitan penyakit (75%), (Ekinci et al., 2020; Karadağ et al., 2019) disertai gejala konstitusional. Lesi pada kulit awalnya dapat berupa urtika yang dalam waktu singkat menjadi lesi yang khas yaitu purpura palpabel, predileksi pada pantat dan ekstremitas bawah bagian ekstensor dan distal, tetapi dapat juga muncul pada ekstremitas atas, badan dan wajah (Allanore, Obeid, & Revuz, 2018; Hetland et al., 2017). Keterlibatan sistemik yang sering terjadi berupa gangguan gastrointestinal dan ginjal disertai nyeri pada persendian. Keterlibatan organ lain seperti susunan saraf pusat (SSP), saluran nafas, sistem genitourinarius eksterna relatif jarang terjadi (Hetland et al., 2017; Level & Mukhtyar, 2016; Yang et al., 2014).

Tidak ada pengobatan spesifik untuk PHS (Ball et al., 2014). Penatalaksanaannya berupa terapi suportif dan simptomatis seperti penghilang nyeri, hidrasi, istirahat dan pengaturan diet. Obat-obatan yang dapat diberikan berupa antibiotik sistemik, anti inflamasi non steroid, anti spasmodik dan kortikosteroid sistemik (Ott, 2011; Weller et al., 2015). Kasus-kasus idiopatik umumnya membaik spontan sesudah beberapa bulan. Tujuan penelitian ini adalah untuk melaporkan gambaran kasus dan penanganan yang telah dilakukan terhadap kasus PHS pada anak. Laporan penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai rujukan bagi pengambilan keputusan pada kasus yang sama.

METODE PENELITIAN

Penelitian studi kasus ini menganalisis secara mendalam kasus dan penanganan PHS pada anak. Data penegakan diagnosis dan perbaikan PHS dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan biopsy specimen pada pasien anak penderita PHS. Data dipresentasikan secara naratif.

Kasus

Seorang anak laki - laki berusia 11 tahun, suku Jawa, bertempat tinggal di Semarang, datang ke UGD RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan keluhan nyeri perut disertai bintik – bintik merah di kedua lengan, tungkai bawah dan pantat. Pasien selanjutnya dikonsulkan ke bagian kulit kelamin RSUP Dr. Kariadi.

Tiga minggu sebelum penderita dirawat di RSUP Dr. Kariadi badan penderita meriang disertai timbulnya bintik – bintik merah pada kedua tungkai. Bintik tidak terasa gatal maupun nyeri. Penderita dibawa ke puskesmas, diberi salep dan obat yang diminum (orang tua pasien lupa nama obat dan jumlah obatnya), namun belum ada perbaikan. Kurang lebih dua minggu sebelum masuk RSUP Dr. Kariadi pasien mengeluh demam dan pilek. Penderita sudah berobat ke puskesmas kembali, kemudian diberi obat puyer dan sirup (orang tua penderita lupa nama obatnya) namun demam kadang masih timbul. Pada saat itu, bercak mulai timbul di lengan penderita. Satu minggu sebelum masuk RSUP Dr. Kariadi penderita mengeluh nyeri dan mual pada perut. Keluhan ini disertai muntah kurang lebih 3 kali / hari, muntah tidak menyemprot, dan muntah sesuai dengan yang dimakan. BAB cair – lembek, berwarna kuning, tidak ada darah. Selain itu, buang air kecil lancar, tidak terasa nyeri, dan kencing berwarna kuning jernih. Riwayat sakit gigi diakui oleh penderita. Tidak didapati adanya riwayat minum jamu dan obat sebelum sakit, riwayat alergi terhadap makanan, riwayat mimisan dan gusi berdarah. Penderita sering mengonsumsi makanan dengan bahan pengawet dan mie instan. Penderita menjelaskan bahwa baru pertama kali sakit seperti ini. Penderita merupakan anak kedua dari dua bersaudara, sekolah kelas 5 SD, ibu seorang ibu rumah tangga dan ayah seorang wiraswasta. Biaya pengobatan ditanggung sendiri, dan sosial ekonomi keluarga tergolong kurang.

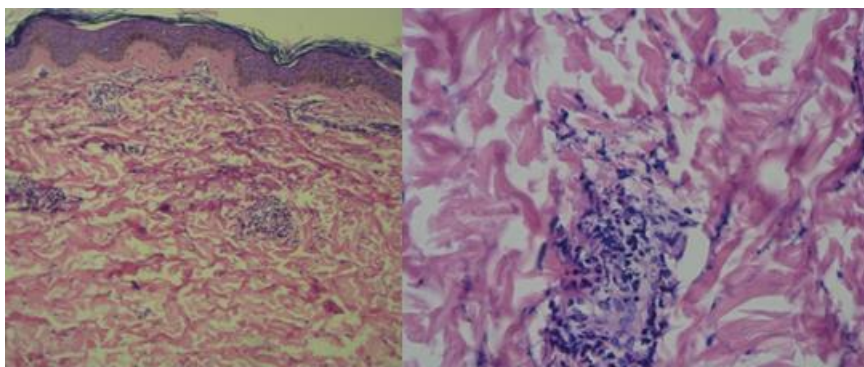
Pada pemeriksaan fisik keadaan umum tampak lemah, kurang aktif, kesadaran komposmentis, Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 100x/menit (isi dan tegangan cukup), RR 16 x/menit, suhu aksilar 37,3 °C, BB 24 kg, TB 124 cm, gizi baik, konjungtiva, tonsil, kelenjar limfe leher, thoraks dan abdomen dalam batas normal. Status dermatologis pada kedua tungkai, lengan, dan pantat terdapat purpura palpabel yang tidak hilang dengan penekanan, diskret, distribusi simetris (Gambar 1)



Gambar1. Hasil pengamatan hari 1: keadaan dermatologis pada kedua tungkai, lengan, dan pantat terdapat purpura palpabel yang tidak hilang dengan penekanan, diskret, distribusi simetris

Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin didapatkan Hb: 13 gr%, lekosit: 10.800 mg/dl, eritrosit: 4.780.000/ μ L, trombosit: 279.000/ μ L, hitung jenis: E0/Ba0/Bt0/Sg68/L32/M0, waktu perdarahan: 1.30 menit, waktu pembekuan 11.00 menit. Pemeriksaan urin rutin didapati warna kuning agak jernih, reduksi (-), urobilinogen (-), bilirubin (-), aseton (-), nitrit (-), sedimen : epitel 1-3/LPK, lekosit 0-1/LPB, eritrosit (-), bakteri (-). Feses berwarna coklat, konsistensi lembek, lendir (-), darah (-), telur cacing (-), amuba (-), sisa makanan (+), bakteri (-), jamur (-), lekosit (-), eritrosit (-), tes benzidin pada feses (-). Tes fungsi hati dalam batas normal, ureum 22 mg/dl, kreatinin 0.23 mg/dl, ASTO negatif.

Hasil konsultasi ke bagian THT tidak didapatkan adanya tanda-tanda fokal infeksi, dan hasil konsultasi bagian gigi dan mulut didapati karies superfisialis dan gangren pulpa yang dapat menjadi fokal infeksi, pasien disarankan untuk ekstraksi gigi. Hasil pemeriksaan histopatologik biopsi kulit tungkai kiri menunjukkan epidermis dan dermis sembab disertai ekstrasvasi eritrosit dan sebulan sel-sel radang limfosit, histiosit perivaskuler, disertai *nuclear dust*. Tidak tampak tanda keganasan sesuai dengan vaskulitis leukositoklastik (Gambar 2)



Gambar 2. Hasil pemeriksaan histopatologik biopsi kulit tungkai kiri

Diagnosis dan penatalaksanaan

Berdasarkan anamnesis, gambaran klinis serta pemeriksaan penunjang histopatologik tersebut, maka peneliti menegakkan diagnosis *Purpura Henoch-Schönlein* pada pasien. Diagnosis banding pada kasus ini adalah purpura trombositopeni idiopatik dan erupsi obat tipe purpura. Penatalaksanaan pada pasien ini berupa infus D5% 8 tetes / menit, (dari bagian anak) injeksi ranitidin 3 x 20 mg iv (dari bagian anak), metilprednisolon 20 mg dibagi dalam 2 dosis (12 mg pagi dan 8 mg sore) selama 7 hari, Parasetamol 3 x 250 mg (bila perlu), vitamin B kompleks 3 x 1 tablet, vitamin C 3 x 1 tablet dan saran posisi tungkai agak ditinggikan sewaktu berbaring. Saran agar penderita mencabut gigi bila keadaan sudah memungkinkan.

HASIL PENELITIAN

Hasil pengamatan menggunakan menggunakan anamnesis dan pemeriksaan fisik kepada pasien pada hari ke 8 ditemukan nyeri perut dan mual berkurang, tidak terjadi muntah, tidak timbul lesi baru. Pada kedua tungkai, lengan, dan pantat purpura palpabel berkurang. Berdasarkan hasil tersebut, infus dan obat injeksi dihentikan. Pengobatan metilprednisolon diturunkan menjadi 16 mg selama 3 hari, ranitidin tablet 2 x 1 tablet, vitamin B kompleks 3 x 1 tablet dan vitamin C 3 x 1 tablet. Dokter selanjutnya menyarankan agar posisi tungkai agak ditinggikan sewaktu berbaring.

Hasil pengamatan pada hari ke 11 ditemukan keluhan nyeri perut dan mual tidak ada, pada kedua tungkai bawah, lengan atas, dan pantat sudah tidak dijumpai purpura palpabel. Pengobatan metilprednisolon pada hari ke 11 diturunkan menjadi 12 mg selama 3 hari, terapi lainnya tetap dilanjutkan. Dilakukan ekstraksi gigi sesuai saran dari bagian gigi dan mulut.

Hasil pengamatan berdasarkan pemeriksaan fisik pada hari ke 14 sudah tidak dijumpai *purpura palpabel* sehingga pengobatan metilprednisolon diturunkan menjadi 8 mg selama 3 hari (Gambar 3).



Gambar 3. Hasil pengamatan hari ke 14 Status dermatologis pada kedua tungkai bawah, lengan atas, dan pantat sudah tidak dijumpai purpura palpabel.

Setelah 3 hari, pengobatan dihentikan. Dokter tetap menyarankan agar posisi tungkai agak ditinggikan sewaktu berbaring. Satu hari kemudian (hari ke 17) pasien diperbolehkan pulang dalam kondisi sembuh dan disarankan untuk kontrol apabila keluhan timbul kembali.

PEMBAHASAN

Diagnosis PHS pada kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis dan pemeriksaan histopatologik. Dari anamnesis didapatkan pasien seorang anak laki-laki berusia 11 tahun dengan keluhan timbul bintik-bintik merah pada kedua tungkai bawah, lengan dan pantat, tidak terasa gatal ataupun nyeri. Pasien juga merasakan sakit perut, BAB cair -lembek dan muntah. Kepustakaan menunjukkan bahwa manifestasi tersering pada PHS berupa purpura yang bersifat sementara (100%), nyeri abdomen (50-70%) (Ekinci et al., 2020; Hetland et al., 2017; Ott, 2011; Weller et al., 2015). Purpura Henoch-Schönlein sebagian besar diderita oleh anak-anak usia 2-11 tahun, dengan rerata onset umur 4-5 tahun, (Kiliç & Demir, 2018; Tabel et al., 2012; Weller et al., 2015) sedikit lebih banyak pada anak laki-laki dibanding perempuan (Duvuru & Stone, 2013; Willard & Montemarano, 2006).

Penyebab yang spesifik atau yang mendasari kelainan ini ditemukan pada kurang dari 40% pasien anak dengan PHS (Kiliç & Demir, 2018; Ott, 2011). Riwayat infeksi saluran nafas atas karena *Streptococcus* 1-3 minggu sebelum onset, seringkali (75%) merupakan faktor pencetus (Habif, 2016; James, Berger, & Elston, 2006). Penyebab lain yaitu obat-obatan, makanan, imunisasi, infeksi *Helicobacter pylori*, gigitan serangga, bahan kimia toksik atau paparan dingin (Habif, 2016; Kiliç & Demir, 2018; Willard & Montemarano, 2006). Pada pasien ini faktor penyebab masih belum diketahui. Pasien juga sering mengkonsumsi mie instan serta makanan yang mengandung pengawet serta bahan pewarna lainnya. Dari hasil konsultasi dengan bagian gigi dan mulut didapati adanya karies superfisial serta gangren pulpa dan gangren radiks, yang dapat menjadi fokus infeksi.

Gambaran klinis PHS bervariasi sesuai usia, biasanya lebih berat bila mengenai dewasa muda dan dewasa dibanding pada anak-anak (Ekinci et al., 2020; Tabel et al., 2012). Pada dewasa gejala persendian lebih sering dan gangguan ginjal lebih parah (Ball et al., 2014; Yang et al., 2014). Keluhan awal yang berhubungan dengan saluran pencernaan atau persendian dijumpai kurang dari seperempat pasien (Habif, 2016). Lesi kulit pada awalnya dapat berupa urtika yang dalam waktu singkat menjadi lesi purpura palpabel, papul dan/atau urtikaria kecil, dengan predileksi pada pantat, tungkai bawah terutama bagian ekstensor dan distal, dan dapat juga ditemui pada ekstremitas atas, badan dan wajah (Allanore et al., 2018; Duvuru & Stone, 2013). Letak lesi selain dikatakan berhubungan dengan gravitasi juga berhubungan dengan lokasi penekanan sehingga disebut *pressure dependent phenomenon* (Weller et al., 2015). Lesi kulit pada PHS biasanya merupakan episode tunggal, yang bisa menetap beberapa hari sampai beberapa minggu. Meskipun demikian, pada beberapa kasus, serangan rekuren bisa terjadi setelah beberapa minggu atau bulan (Wetter et al., 2018). Purpura palpabel ini merupakan gambaran klinis khas pada PHS, yang terlihat jelas pada hampir 100 % pasien (Allanore et al., 2018; Tabel et al., 2012). Pada pasien ditemukan lesi kulit berupa purpura palpabel, yang tersebar bilateral pada kedua tungkai bawah, lengan dan pantat, di tempat adanya purpura tidak hilang dengan penekanan

Kurang lebih 50-70% pasien akan mengalami gejala gastrointestinal (Level & Mukhtyar, 2016; Spickett, 2013). Gejala pada gastrointestinal disebabkan oleh vaskulitis pada submukosa yang menyebabkan terjadinya edema dinding saluran cerna dan perdarahan. Gejala yang paling

sering terjadi berupa nyeri kolik abdomen yang kadang disertai muntah. Progresi gejala ke arah perdarahan saluran cerna jarang terjadi (Weller et al., 2015). Konsultasi bedah diperlukan untuk menyingkirkan masalah gastrointestinal yang mengancam jiwa seperti perdarahan, perforasi usus atau intususepsi yang terjadi pada sampai dengan 2-5% pasien (Hochberg et al., 2019; Willard & Montemarano, 2006). Pada pasien ini didapatkan keluhan nyeri perut melilit disertai muntah, dan BAB cair-lembek.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis lain dan mendeteksi adanya kelainan sistemik. Tidak ada pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis pasti PHS. Pada pasien ini kadar hemoglobin, leukosit, trombosit, dan kadar sedimen eritrosit normal. Pada urinalisis ditemukan epitel dan leukosit, serta eritrosit. Pemeriksaan feses berwarna kuning, konsistensi lembek, tes benzidin pada feses (-). Tes fungsi hati dalam batas normal. Ureum, kreatinin dalam batas normal (Li et al., 2013).

Vaskulitis leukositoklastik merupakan gambaran histopatologik PHS yang menonjol, yaitu nekrosis fibrinoid dari dinding venula dan arteriol pada dermis superfisial, dengan infiltrasi netrofil pada dinding dan perivaskuler. Terlihat fragmen-fragmen yang berkaitan dengan sel-sel inflamasi disertai debris nuklear. Terdapat ekstrasvasi dari eritrosit dan produk hasil pencernaan enzim lisozom. Pemeriksaan imunofluoresensi direk memperlihatkan endapan IgA pada pembuluh darah yang terkena. IgM, C3, fibrin dan properdin juga dapat terlihat (Elder, Elenitasas, Rubin, Lofreda, & Miller, 2013; Hochberg et al., 2019). Pada pemeriksaan histopatologik ditemukan epidermis dan dermis sembab disertai ekstrasvasi eritrosit dan sekumpulan sel radang limfosit, histosit perivaskuler, disertai *nuclear dust*. Ini sesuai dengan vaskulitis leukositoklastik.

Diagnosis PHS ditegakkan berdasarkan kriteria dari *American College of Rheumatology* tahun 1990 yaitu: (a) purpura palpabel; (b) nyeri abdomen dengan atau tanpa hematokezia; (c) biopsi kulit didapatkan gambaran vaskulitis leukositoklastik; (d) awitan pada usia ≤ 20 tahun; (e) biopsi renal didapatkan glomerulonefritis mesangioproliferatif dengan atau tanpa timbunan IgA. Diagnosis pasti ditegakkan dengan terpenuhinya minimal 3 dari 5 kriteria tersebut (Weller et al., 2015; Yang et al., 2014). Pada kasus ini terpenuhi 4 kriteria yaitu (a), (b), (c) dan (d).

Diagnosis banding dengan purpura trombositopeni idiopatik dapat disingkirkan karena pada penyakit ini tidak didapatkan petekie, ekimosis, purpura non palpabel pada ekstremitas bagian distal, dada bagian atas dan leher disertai epistaksis, melena, perdarahan mukosa dan gingiva, gastrointestinal atau hematuria. Keadaan akut sering dijumpai pada anak terutama usia 2-6 tahun yang didahului infeksi virus (Yang et al., 2014). Pada pemeriksaan laboratorium dijumpai trombositopeni, waktu perdarahan memanjang dan tes *Rumpel Leed* positif (Duvuru & Stone, 2013). Gambaran histopatologik dijumpai ekstrasvasi eritrosit tanpa disertai peradangan pada dermis (Elder et al., 2013). Diagnosis banding dengan erupsi obat tipe purpura dapat disingkirkan karena erupsi biasanya timbul sekitar 6-24 jam setelah minum obat berupa petekie dan ekimosis di kulit, sangat gatal, dapat meluas sampai telapak tangan, telapak kaki dan mukosa. Kemudian berlanjut menjadi erupsi purpura non palpabel dan menghilang dalam beberapa hari setelah obat dihentikan (Duvuru & Stone, 2013). Gambaran histopatologik dapat dijumpai infiltrat sel mononuklear terutama eosinofil pada dinding dan sekitar pembuluh darah kecil tanpa adanya endapan fibrinoid (Calonje, Brenn, Lazar, & McKee, 2012). Pengelolaan pasien meliputi terapi suportif dan simptomatis, seperti tirah baring, pemberian cairan, pengaturan diet, penghilang nyeri, penghentian sementara *intake* peroral bila gangguan gastrointestinal berat, dan menghentikan penggunaan obat yang diduga merupakan pencetus (Bluman & Goldman, 2014; Ott, 2011; Weller

et al., 2015). Indikasi rawat inap adalah bila terjadi kolik abdomen yang diduga berhubungan dengan intususepsi, perdarahan gastrointestinal, glomerulonefritis yang berat dan perdarahan paru (Weller et al., 2015). Obat-obat yang bisa diberikan meliputi analgetik berupa parasetamol atau kodein untuk mengurangi nyeri, antibiotik sistemik diberikan bila teridentifikasi adanya infeksi bakteri (Duvuru & Stone, 2013; Ott, 2011; Weller et al., 2015). Kortikosteroid masih merupakan kontroversi (Bluman & Goldman, 2014). Dikatakan bahwa pemberian kortikosteroid dapat mencegah terjadinya nefritis, mencegah invaginasi, mempercepat hilangnya nyeri abdomen. Namun terdapat penelitian lain yang mengatakan bahwa nyeri abdomen pada PHS dapat swasirna, dan kortikosteroid dapat menutupi timbulnya gejala abdomen yang lebih berbahaya (Bluman & Goldman, 2014; Willard & Montemarano, 2006). Di luar kontroversi yang ada, kortikosteroid dapat diberikan dalam jangka pendek, dosis 1-2 mg/kgBB/hari. Methotreksat dan Siklosporin dapat diberikan pada kasus-kasus PHS kronis atau rekuren (Hochberg et al., 2019; Weller et al., 2015; Willard & Montemarano, 2006). Pada pasien ini diberikan infus D5% 8 tetes / menit, metilprednisolon 20 mg selama 7 hari (diturunkan 4 mg setiap 3 hari), ranitidin injeksi 3 x 20 mg iv yang kemudian diganti ranitidin tablet 2 x 1 tablet, vitamin B kompleks 3 x 1 tablet dan vitamin C 3 x 1 tablet Disertai saran posisi tungkai agak ditinggikan sewaktu berbaring.

Hasil pengobatan didapatkan perbaikan pada hari ke-7, dan pada hari ke-14 sudah tidak ada keluhan apapun dan pada kulit tidak didapatkan lesi. Orangtua pasien disarankan untuk membawa anaknya kontrol apabila terjadi kekambuhan. Prognosis sebagian besar pasien PHS baik, dengan remisi sempurna tanpa sisa. Purpura Henoch-Schönlein bersifat swasirna, berlangsung sekitar 4-6 minggu, namun 40% pasien mengalami rekurensi (Hetland et al., 2017; Hochberg et al., 2019; Weller et al., 2015). Pada anak yang lebih muda (kurang dari 3 tahun) perjalanan penyakitnya lebih pendek dan lebih jarang mengalami kekambuhan (Ott, 2011). Adanya lesi gastrointestinal dan komplikasi pada ginjal yang berat akan meningkatkan mortalitas menjadi 1-3% (Duvuru & Stone, 2013). Prognosis pasien ini *quo ad vitam ad bonam, quo ad sanam dubia ad bonam* karena tidak didapatkan kelainan gastrointestinal yang berat, dan juga tidak didapatkan kelainan pada ginjal. *Quo ad kosmetikam ad bonam*, karena lesi di kulit dapat sembuh sempurna.

SIMPULAN

Telah dilaporkan sebuah kasus Purpura Henoch-Schönlein pada seorang anak laki-laki berumur 11 tahun. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis adanya keluhan timbul bintik-bintik merah pada lengan, kedua tungkai bawah dan pantat serta keluhan pada gastrointestinal. Pada pemeriksaan histopatologik pasien sesuai dengan deskripsi vaskulitis lekositoklastik. Pasien ini memenuhi 4 dari 5 kriteria *American College of Rheumatology* 1990.

Pasien diterapi menggunakan metilprednisolon 20 mg selama 7 hari (diturunkan 4 mg setiap 3 hari hingga hari ke 14), ranitidin tablet 2 x 1 tablet, vitamin B kompleks 3 x 1 tablet dan vitamin C 3 x 1 tablet, disertai saran agar posisi tungkai agak ditinggikan sewaktu berbaring Hasil pengobatan didapatkan perbaikan pada hari ke-7, dan penurunan bertahap metilprednisolon selama dua minggu menunjukkan penyembuhan secara klinis. Prognosis pada pasien ini *quo ad vitam ad bonam, quo ad sanam dubia ad bonam, quo ad kosmetikam ad bonam*.

SARAN

Perlu dilakukan penelitian multicenter dengan jumlah kasus yang lebih besar.

REFERENSI

- Allanore, L., Obeid, G., & Revuz, J. (2018). *Drug Reactions* (J. Bologna, J. Schaffer & L. Cerroni Eds. 4th ed.). United States of America: Elsevier.
- Ball, G., Fessler, B., & Bridges, S. (2014). *Oxford Textbook of Vakulitis* (M. Gonzales-Gay & R. Blanco Eds. 3rd ed.). United Kingdom: Oxford University Press; .
- Bluman, J., & Goldman, R. D. (2014). Henoch-Schönlein purpura in children Limited benefit of corticosteroids. *Child Health Update*, 60, 1007-1010.
- Calonje, E., Brenn, T., Lazar, A., & Mckee, P. (2012). *McKee's pathology of the skin* (4th ed ed.). United Kingdom: Saunder Elsevier.
- Chen, O., Zhu, X., Ren, P., Wang, Y., Sun, R., & Wei, D. (2013). Henoch Schonlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases. *African Health Sciences*, 13(1), 94-95.
- Duvuru, G., & Stone, J. (2013). *Henoch-Schonlein Purpura* (J. Imboden, D. Helmann & J. Stone Eds. 3rd ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Ekinci, R. M. K., Balci, S., Melek, E., Karabay Bayazit, A., Dogruel, D., Altintas, D. U., & Yilmaz, M. (2020). Clinical manifestations and outcomes of 420 children with Henoch Schönlein Purpura from a single referral center from Turkey: A three-year experience. *Modern Rheumatology*, 30(6), 1039-1046. doi: 10.1080/14397595.2019.1687074
- Elder, D., Elenitasas, R., Rubin, A., Lofreda, M., & Miller, J. (2013). *Superficial Vasculitis and Vasculopathies* (3rd ed ed.). Philadelphia: JB Lippincott.
- Habif, T. (2016). *Hypersensitivity Syndromes and Vasculitis* (6th ed.). United Kingdom: Elsevier.
- Heelan, K., Sibbald, C., & Shear, N. (2019). *Cutaneous reactions to drug* (9th ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Hetland, L., Sisrud, K., Lindahl, K., & Bygum, A. (2017). Henoch-schonlein purpura: a literature review. *Acta Derm Venereol*, 97, 1160-1166.
- Hochberg, M., Gravallese, E., & Silman, A. (2019). *Rheumatology* (7th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- James, W., Berger, T., & Elston, D. (2006). *Cutaneous vascular disease* (10th ed ed.). Philadelphia: Elsvier Inc.
- Karadağ, Ş. G., Tanatar, A., Sönmez, H. E., Çakmak, F., Kıyak, A., Yavuz, S., . . . Ayaz, N. A. (2019). The clinical spectrum of Henoch-Schönlein purpura in children: a single-center study. *Clinical Rheumatology*, 38(6), 1707-1714. doi: 10.1007/s10067-019-04460-1
- Kiliç, B. D., & Demir, B. K. (2018). Determination of Risk Factors in Children Diagnosed With Henoch-Schönlein Purpura. *Arch Rheumatol*, 33(4), 395-401.
- Lardhi, A. A. (2012). Henoch-Schonlein purpura in children from the eastern province of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 33(9), 973-978.
- Level, N., & Mukhtyar, C. (2016). *Cutaneous Vasculitis* (C. Griffiths, J. Barker, T. Bleiker, R. Chalmers & D. Creamer Eds. 9th ed.). United Kingdom: Wiley Blackwell.

-
- Li, L., Zhang, J., & Ji, H. (2013). Thrombosis Warning in Children Suffering from Henoch-Schonlein Purpura. *Indian Journal of Dermatology*, 58(5), 409.
- Ott, H. (2011). *Schonlein-Henoch Purpura* (D. Irvine, H. Hoeger & C. Yan Eds.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Spickett, G. (2013). *Henoch-Schonlein Purpura (HSP)* (3rd ed ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Tabel, Y., Inanc, F. C., Dogan, D. G., & Elmas, A. T. (2012). Clinical Features of Children With Henoch-Schonlein Purpura: Risk Factors Associated With Renal Involvement. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 6(4), 269-274.
- Wang, K., Sun, X., Cao, Y., Dai, L., Sun, F., Yu, P., & Dong, L. (2018). Risk factors for renal involvement and severe kidney disease in 2731 Chinese children with Henoch-Schönlein purpura. *Medicine*, 97(38), 1-5.
- Weller, R., Hunter, H., & Mann, M. (2015). *Clinical Dermatology* (5th ed ed.). London UK: Oxford: Wiley-Blackwell.
- Wetter, D., Dutz, J., Shinkai, K., & Fox, L. (2018). *Cutaneous Vasculitis* (J. Bolognia, J. Schaffer & L. Cerroni Eds. 4th ed.). United States of America: Elsevier.
- Willard, R., & Montemarano, A. (2006). *Henoch-Schönlein Purpura (anaphylactoid pur-pura)* Retrieved from <http://www.emedicine.com/derm/topic177.htm>
- Yang, Y., Yu, H., & Chiang, B. (2014). The diagnosis and classification of Henoch-Schönlein purpura: an updated review. *Autoimmunity Reviews*, 13, 355-358.