



ISSN 0216-0773

MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

Editorial: Pendekatan diagnosis terarah dan penguatan tata laksana dalam dermatologi-venereologi

Implementasi *AI-empowered e-book* panduan keterampilan klinis (PKK) Perdoski: Studi pendahuluan berbasis kuesioner

Tuberkulosis kutis verukosa kronis di lutut: Tantangan diagnosis pada lesi verukosa menahun

Fenomena Lucio: Kasus langka dengan manifestasi vaskulitis kutaneus nekrotikans

Dermatitis kontak alergi yang diduga disebabkan oleh *zinc oxide*

Aspek kedokteran okupasi pada seorang penyandang kusta dengan *claw hands*

Perkembangan terkini teknologi sistem penghantaran terapi topikal pada psoriasis

Manifestasi kulit pada infeksi tuberkulosis diseminata: Sebuah tinjauan sistematis

Kelainan kuku akibat penggunaan cat dan rias kuku

Mukositis oral akibat kemoterapi

Pendekatan diagnosis dan tata laksana porfiria kutan pada anak

MDVI	Vol. 53	No. 2	Hal. 73–144	Jakarta April–Juni 2026	ISSN 0216-0773
------	---------	-------	-------------	----------------------------	----------------

DAFTAR ISI

Editorial: Pendekatan diagnosis terarah dan penguatan tata laksana dalam dermatologi-venerologi	73
<i>Nurdjannah Jane Niode</i>	
ARTIKEL ASLI	
Implementasi <i>AI-empowered e-book</i> panduan keterampilan klinis (PKK) Perdoski: Studi pendahuluan berbasis kuesioner	74–83
<i>Rina Purnamasari, Akbar Fahmi, Abdi Salam, Muhammad Ridho Isdi, Pratiwi Prasetya Primisawitri, Prasetyadi Mawardi*</i>	
LAPORAN KASUS	
Tuberkulosis kutis verukosa kronis di lutut: Tantangan diagnosis pada lesi verukosa menahun	84–89
<i>Chinda Liaska Indah*, Sri Linuwih SW Menaldi, Erdina H. D. Pusponegoro, Sondang P. Sirait</i>	
Fenomena Lucio: Kasus langka dengan manifestasi vaskulitis kutaneus nekrotikans	90–95
<i>Fitria, Wahyu Lestari, Risna Handriani, Sitti Hajar, Fitri Dewi Ismida, Wizurai Wisesa, Muhammad Zayyan Nafis</i>	
Dermatitis kontak alergi yang diduga disebabkan oleh <i>zinc oxide</i>	96–100
<i>Sari Handayani Pusadan, Zakiani Sakka*</i>	
Aspek kedokteran okupasi pada seorang penyandang kusta dengan <i>claw hands</i>	101–106
<i>Yohanes Edwin Jonatan*, Iwan Rivai Alam Siahaan, Sri Linuwih Menaldi, Dewi Sumaryani Soemarko</i>	
TINJAUAN PUSTAKA	
Perkembangan terkini teknologi sistem penghantaran terapi topikal pada psoriasis	107–112
<i>Agung Bima Putera, Gardenia Akhyar*</i>	
Manifestasi kulit pada infeksi tuberkulosis diseminata: Sebuah tinjauan sistematis	113–118
<i>Arum Nova Ratri*, Antonius Wibowo</i>	
Kelainan kuku akibat penggunaan cat dan rias kuku	119–128
<i>Mahda Rizki Liana*, Larisa Paramitha Wibawa, Rinadewi Astriningrum, Windy Keumala Budianti, Shannaz Nadia Yusharyahya</i>	
Mukositis oral akibat kemoterapi	129–135
<i>Raden Roro Rini Andayani*, Niken Indrastuti, Satiti Retno Pudjiati, Sonia Diovani, Marcella Anggatama</i>	
Pendekatan diagnosis dan tata laksana porfiria kutan pada anak	136–144
<i>Sesilia Sutanto*, Githa Rahmayunita, Roro Inge Ade Krisanti, Triana Agustin, Klara Yuliarti, Agassi Suseno Sutarjo</i>	

PENDEKATAN DIAGNOSIS TERARAH DAN PENGUATAN TATA LAKSANA DALAM DERMATOLOGI-VENEREOLOGI

Media Dermato-Venereologica Indonesiana (MDVI) edisi kedua tahun 2026 menghadirkan sepuluh naskah yang terdiri atas empat tinjauan pustaka, satu tinjauan sistematis, empat laporan kasus, dan satu artikel penelitian. Berbagai naskah tersebut mengemukakan pentingnya pendekatan diagnostik yang terarah, tata laksana yang rasional, serta perhatian terhadap kualitas hidup pasien.

Tema diagnosis dan tata laksana menjadi benang merah dalam edisi ini. Penyakit dengan manifestasi tidak khas, menyerupai penyakit lain, atau berlangsung kronis memerlukan anamnesis yang terarah, pemeriksaan klinis yang teliti, serta pemeriksaan penunjang yang tepat. Tata laksana juga perlu mencakup terapi penyakit, pencegahan komplikasi, edukasi pasien, aspek fungsional, dan kualitas hidup.

Empat tinjauan pustaka dan satu tinjauan sistematis dalam edisi ini mengangkat isu klinis yang beragam. Mukositis oral akibat kemoterapi menyoroti pentingnya deteksi dini dan penatalaksanaan komplikasi mukokutan pada pasien kanker. Perkembangan sistem penghantaran terapi topikal pada psoriasis menunjukkan bahwa penguatan tata laksana tidak hanya terletak pada pilihan obat, tetapi juga pada cara pemberian terapi. Porfiria kutan pada anak membahas pentingnya pendekatan sistematis terhadap penyakit langka dengan manifestasi fotosensitivitas, lesi kulit khas, dan risiko komplikasi sistemik. Kelainan kuku akibat penggunaan cat dan rias kuku mengangkat topik yang dekat dengan praktik sehari-hari, terutama terkait diagnosis, edukasi pencegahan, dan tata laksana kelainan kuku terkait kosmetik. Sementara itu, tinjauan sistematis mengenai manifestasi kulit pada tuberkulosis diseminata

menekankan variasi klinis TB kutis serta peran pemeriksaan histopatologi dan molekuler dalam memperkuat diagnosis.

Empat laporan kasus dalam edisi ini memberikan pembelajaran klinis yang relevan. Kasus dermatitis kontak alergi yang diduga disebabkan oleh *zinc oxide* menunjukkan pentingnya uji tempel dalam mengidentifikasi alergen dan mencegah pajanan ulang. Kasus kusta dengan *claw hand* menyoroti dampak penyakit terhadap fungsi dan pekerjaan, sehingga tata laksana perlu mempertimbangkan aspek okupasional. Fenomena Lucio mengingatkan perlunya pengenalan dini terhadap reaksi kusta berat dengan vaskulitis kutaneus nekrotikans. Kasus tuberkulosis kutis verukosa kronis di lutut menunjukkan bahwa lesi verukosa menahun memerlukan korelasi klinis, histopatologi, pemeriksaan molekuler, dan kultur untuk memastikan diagnosis serta menentukan terapi yang tepat.

Artikel penelitian mengenai implementasi *AI-empowered e-book* Panduan Keterampilan Klinis Perdoski menunjukkan bahwa penguatan tata laksana juga dapat didukung oleh sistem pendukung keputusan klinis, dengan memperhatikan keamanan data, potensi bias, validitas informasi, dan tanggung jawab profesional.

Semoga sajian ini dapat memperkaya wawasan klinis serta mendukung layanan dermatologi-venereologi yang aman, rasional, dan memperhatikan kualitas hidup pasien.

Nurdjannah Jane Niode
Tim Editor MDVI

FENOMENA LUCIO: KASUS LANGKA DENGAN MANIFESTASI VASKULITIS KUTANEUS NEKROTIKANS

Fitria¹, Wahyu Lestari¹, Risna Handriani¹, Sitti Hajar², Fitri Dewi Ismida³,
Wizurai Wisesa¹, Muhammad Zayyan Nafis⁴

¹Departemen Dermatologi, Venereologi, dan Estetika,
Rumah Sakit Umum Daerah Dr Zainoel Abidin, Banda Aceh, Indonesia

²Departemen Dermatologi, Venereologi, dan Estetika,
Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

³Departemen Patologi Anatomi, Rumah Sakit Umum Daerah Dr Zainoel Abidin, Banda Aceh, Indonesia

⁴Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Fenomena Lucio (FL) merupakan reaksi berat pada kusta tipe lepromatosa *leprosy* (LL), yang ditandai dengan bercak kemerahan yang nyeri dan secara progresif berkembang menjadi ulserasi hingga nekrosis. Reaksi ini disebabkan oleh invasi endotel yang luas oleh *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), yang menyebabkan vaskulitis kutaneus nekrotikans dan diikuti dengan kerusakan jaringan. **Kasus:** Seorang perempuan berusia 23 tahun datang dengan keluhan bercak merah keunguan yang nyeri pada dahi, tangan, dan telinga. Lesi tersebut berkembang menjadi bula berisi pus yang kemudian pecah membentuk ulkus dan disertai demam. Pemeriksaan slit skin smear dan histopatologis menegakkan diagnosis kusta dengan FL. **Diskusi:** Vaskulitis kutaneus nekrotikans pada FL menjadi penyebab utama munculnya manifestasi kulit berat berupa iskemia, ulserasi, dan gangguan proses penyembuhan luka. Penatalaksanaan yang cepat dan tepat sangat penting untuk mencegah kerusakan jaringan yang luas. Pada kasus ini, pemberian *multi drug therapy* (MDT), kortikosteroid, dan perawatan luka menghasilkan perbaikan klinis yang bermakna. **Simpulan:** Fenomena Lucio merupakan varian reaksi kusta yang jarang dan serius. Pengenalan dini terhadap vaskulitis kutaneus nekrotikans dan manifestasi klinis khususnya sangat penting untuk menegakkan diagnosis yang akurat serta melakukan penatalaksanaan segera guna mencegah kerusakan jaringan yang luas.

Kata kunci: fenomena Lucio, kusta Lucio, *Mycobacterium leprae*, vaskulitis kutan

LUCIO PHENOMENON: A RARE CASE WITH NECROTIZING CUTANEOUS VASCULITIS MANIFESTATION

ABSTRACT

Introduction: Lucio phenomenon (LP) is severe reaction occurring in lepromatous leprosy (LL), characterized by painful erythematous patches that progressively evolve into ulceration and necrosis. This reaction results from extensive endothelial invasion by *Mycobacterium leprae* (*M. lepra*), leading to necrotizing cutaneous vasculitis followed by tissue destruction. **Case:** A 23-year-old woman presented with painful purplish-red patches on the forehead, hands, and ears. The lesions progressed into pus-filled bullae that subsequently ruptured, forming ulcers, and were accompanied by fever. Slit skin smear and histopathological examination confirmed the diagnosis leprosy with Lucio phenomenon. **Discussions:** Necrotizing vasculitis in LP is the principal cause of severe cutaneous manifestations, including ischemia, ulceration, and impaired wound healing. Prompt and appropriate management is essential to prevent extensive tissue damage. In this case, administration of multidrug therapy (MDT), corticosteroid, and wound care resulted in significant clinical improvement. **Conclusions:** Lucio phenomenon is a rare and serious variant of leprosy reaction. Early recognition of necrotizing cutaneous vasculitis and its characteristic clinical manifestations is crucial for establishing an accurate diagnosis and initiating prompt management to prevent extensive tissue damage.

Masuk : 3 November 2025
Revisi : 10 Juni 2026
Publikasi : 30 Juni 2026

*Korespondensi:

Departemen Dermatologi, Venereologi, dan
Estetika Fakultas Kedokteran, Universitas
Syiah Kuala / RSUD DR. Zainoel Abidin
Jl. Tgk. Daud Beureuh No.108, Bandar
Baru, Kec. Kuta Alam, Kota Banda Aceh,
IndonesiaE-mail: fitria.spkk@gmail.com

Keywords: cutaneous vasculitis, Lucio phenomenon, Lucio leprosy, *Mycobacterium leprae*

PENDAHULUAN

Mycobacterium leprae merupakan basil tahan asam (BTA) penyebab kusta, yang dikenal sebagai Morbus Hansen. Penyakit ini merupakan infeksi kronik yang terutama ditularkan melalui inhalasi, menyerang kulit, saraf tepi, mukosa saluran napas bagian atas, serta mata.¹ Reaksi kusta merupakan kumpulan manifestasi klinis kusta dalam bentuk akut maupun subakut yang mengganggu perjalanan penyakit yang biasanya bersifat kronis serta kestabilan klinis pasien.^{1,2}

Kusta Lucio merupakan varian langka dan berat dari tipe kusta lepromatosa. Pasien dengan kusta Lucio yang tidak mendapatkan pengobatan atau tanpa pengobatan tuntas, dapat mengalami reaksi berat yang ditandai dengan manifestasi klinis “eritema nekrotikans” dan dikenal sebagai Fenomena Lucio (FL).³ Fenomena ini pertama kali dilaporkan oleh Lucio dan Alvarado di Meksiko pada tahun 1852, kemudian dijelaskan lebih lanjut oleh Latapi dan Zamora pada tahun 1948, yang mengidentifikasi vaskulitis sebagai penyebab utama reaksi kusta yang tidak biasa ini.^{4,5} Faktor pencetusnya dapat berupa kehamilan, stres, atau infeksi.⁶

Diagnosis klinis FL ditegakkan melalui pemeriksaan

histopatologis, yang umumnya menunjukkan gambaran kolonisasi BTA pada sel endotel, trombosis yang berkaitan dengan antibodi antifosfolipid, disertai vaskulopati dan/atau vaskulitis pembuluh darah kecil nekrotikans. Meskipun jarang, FL tetap menjadi penyebab penting vaskulitis kutaneus nekrotikans di daerah endemis, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah.^{3,7} Fenomena ini biasanya terjadi dalam 1 hingga 3 tahun setelah timbulnya kusta Lucio yang tidak diobati.⁸ Laporan kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai FL, menyoroti manifestasi klinis khas dan vaskulitis kutaneus nekrotikans yang mendasarinya, dengan tujuan untuk meningkatkan pengenalan dini, melakukan tatalaksana yang cepat dan tepat, mencegah kecacatan, serta mengurangi risiko penularan.

KASUS

Seorang perempuan berusia 23 tahun datang dengan keluhan bercak merah keunguan pada dahi, tangan, dan telinga. Bercak tersebut dirasakan muncul 7 hari sebelum masuk rumah sakit. Bercak tersebut awalnya muncul sedikit di dahi, kemudian meluas dan muncul pada tangan serta telinga. Bercak tersebut dikeluhkan

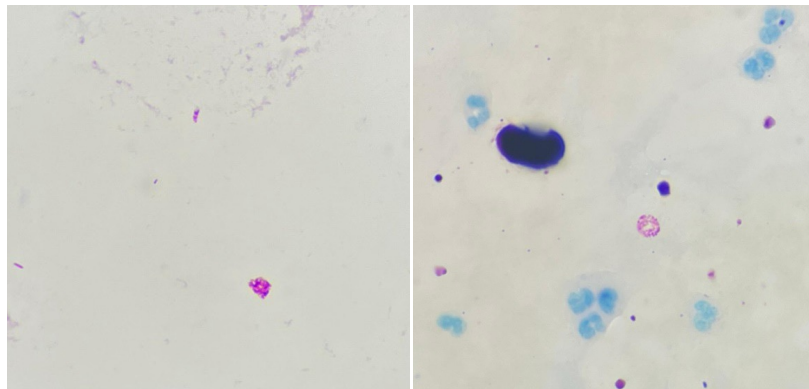


Gambar 1. (A) Plak eritematosa violaceus pada regio fasialis; (B) Makula eritematosa pada regio aurikularis sinistra; (C) Makula eritematosa violaceus disertai edema pada regio digiti 2 manus sinistra; (D) Plak eritematosa violaceus disertai bula pada regio antebrachii sinistra

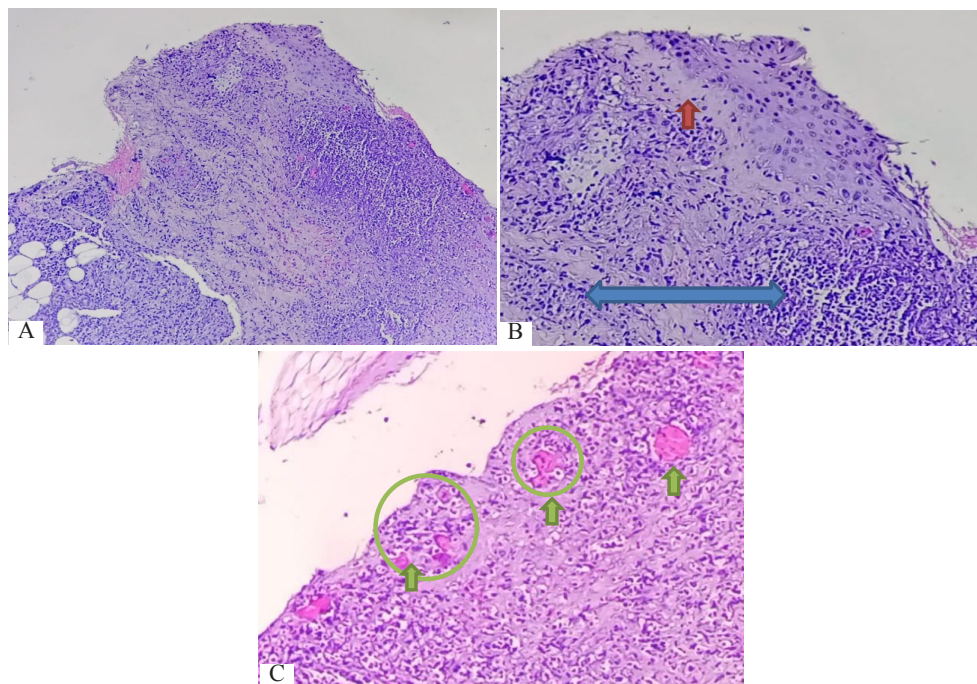
terasa nyeri (VAS 4/10) seperti terbakar dan tidak terasa gatal. Nyeri dirasakan terus menerus dan tidak membaik dengan obat pereda nyeri. Dalam beberapa hari, bercak tersebut berkembang menjadi lepuh berisi nanah yang kemudian pecah menjadi luka. Pasien juga mengeluh demam sejak awal munculnya bercak. Pasien tidak merasakan kebas, mati rasa, atau kesemutan di area bercak maupun bagian tubuh lainnya, lemah pada tangan atau kaki, nyeri sendi, mata kering, atau penurunan berat badan. Pasien menyangkal adanya riwayat penggunaan obat sebelumnya. Keluhan serupa di lingkungan keluarga atau sosial disangkal oleh pasien. Pasien tidak pernah didiagnosis atau diobati untuk penyakit kulit kronis sebelumnya, tidak memiliki riwayat tinggal atau

perjalanan ke daerah endemis kusta, serta tidak bekerja atau beraktivitas di lingkungan dengan risiko tinggi penularan. Riwayat penyakit kronis lain seperti diabetes melitus, penyakit autoimun, atau infeksi kronis juga disangkal.

Status dermatologis pada regio fasialis, *aurikularis sinistra*, *antebrachii sinistra*, dan *digiti 2 manus sinistra* menunjukkan plak eritematosa *violaceus* dengan batas tegas, tepi ireguler, permukaan sebagian terdapat bula, erosi, dan krusta, ukuran bervariasi dari numular hingga plak, jumlah multipel, distribusi regional (Gambar 1). Pada pemeriksaan saraf tepi tidak ditemukan penebalan. Pada pemeriksaan sensorik tidak ditemukan adanya fenomena *glove and stocking anesthesia*. Tidak ada



Gambar 2. Slit-skin smear yang diambil dari cuping telinga kanan dan kiri menunjukkan indeks bakteriologis +1 dari basil tahan asam *M. leprae*



Gambar 3. (A) Gambar histopatologis menunjukkan tampak lapisan epidermis mengalami destruksi, pada bagian tertentu tampak lapisan epidermis yang disusun oleh sel skuamos berlapis dengan inti sel bulat, kromatin halus, dan sitoplasma eosinofilik; (B) Pada lapisan subepidermis tampak gambaran *Grenz zone* (panah merah). Tampak sebaran berat sel radang polimorfonuklear (PMN) dan limfosit (panah biru); (C) Tampak struktur pembuluh darah yang proliferatif (lingkaran hijau) dilatasi, kongesti dengan sebaran sel radang PMN dan limfosit perivaskular (panah hijau)

kelemahan motorik dan hasil evaluasi saraf kranial dalam batas normal.

Pemeriksaan bakteriologis dari *slit-skin smear* pada cuping telinga kanan dan kiri dengan pewarnaan *Ziehl-Neelsen* menunjukkan indeks bakteriologis (BI) 1+ dan indeks morfologi (MI) 40 persen (Gambar 2). Pemeriksaan histopatologis menunjukkan bahwa epidermis mengalami destruksi, pada bagian tertentu tampak lapisan epidermis yang disusun oleh sel skuamous berlapis dengan inti sel bulat, kromatin halus, dan sitoplasma eosinofilik (Gambar 3a). Pada lapisan subepidermis tampak gambaran *Grenz zone*. Stroma terdiri dari jaringan ikat fibromikroid yang disebuki berat sel radang limfosit dan PMN (gambar 3b). Tampak struktur pembuluh darah yang *prolifera*tif ringan, dilatasi, kongesti dengan sebaran sel radang PMN dan limfosit perivaskular (Gambar 3c). Tidak ditemukan tanda-tanda keganasan.

Diagnosis FL ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, dan hasil pemeriksaan histopatologis yang mendukung. Berdasarkan klasifikasi Ridley–Jopling, pasien ini didiagnosis sebagai lepra multibasiler (MB) tipe *Lepromatous Leprosy* (LL), yang sesuai dengan temuan klinis dan perjalanan penyakit pada pasien. Pasien mendapatkan regimen terapi yang terdiri dari rifampisin 600 mg per bulan, klofazimin 300 mg per bulan, dan dapson 100 mg per hari,

dan 100 mg per hari selama 12 bulan, metilprednisolon intravena (IV) 62,5 mg per hari. Dosis tersebut kemudian diturunkan secara bertahap sebesar 5 mg pada setiap 2 minggu. Erosi kulit diobati dengan kompres NaCl 0,9% dan salep antibiotik topikal mupirosin. Pasien menjalani pemeriksaan lanjutan secara teratur, dengan perbaikan lesi yang terjadi bertahap (**Gambar 4**).

DISKUSI

Secara klinis, pasien menunjukkan bercak merah keunguan nyeri yang berlanjut menjadi bula, erosi, dan ulkus dengan krusta, disertai demam namun tanpa gejala neuropatik. Tidak ditemukannya anestesi maupun penebalan saraf pada awal pemeriksaan membuat kecurigaan terhadap kusta menjadi tidak jelas, sehingga menimbulkan tantangan dalam menegakkan diagnosis FL. Aktivasi respons imun mendadak terhadap antigen *M. leprae* dapat terjadi pada pasien kusta yang secara langsung dapat merusak kulit dan saraf perifer. Hal ini dapat terjadi sebelum diagnosis ditegakkan, selama pengobatan, maupun setelah terapi multi obat. Kondisi ini disebut sebagai “reaksi kusta”. Secara umum, reaksi kusta diklasifikasikan sebagai tipe 1 (reaksi reversal) dan tipe 2 (eritema nodosum leprosum), namun FL merupakan varian langka dan berat dari reaksi kusta lepromatosa.^{1,9} Meskipun FL awalnya dilaporkan di Meksiko dan



Gambar 4. Pasien menjalani pemeriksaan lanjutan secara teratur, dengan perbaikan bertahap pada lesi kulit setelah pemberian regimen terapi multiobat.

Amerika Tengah, kasus FL kini telah dilaporkan di berbagai wilayah dunia, termasuk di Amerika Selatan, Amerika Serikat, Kuba, Afrika Selatan, India, Polinesia, dan Asia Tenggara, sehingga penting untuk tetap menjadi perhatian bahkan di daerah nonendemik.¹⁰ FL umumnya diawali dengan munculnya plak eritematosa yang nyeri dan memiliki batas tegas menyerupai pola geografis pada ekstremitas, kemudian berkembang menjadi ulkus nekrotik dengan tepi tidak teratur yang sembuh dalam 2–4 minggu, yang akan meninggalkan jaringan parut atrofi yang dikelilingi oleh halo hiperpigmentasi.^{5,11} Manifestasi klinis berupa bula hemoragik dan edema dapat muncul pada area tangan, kaki, maupun telinga. Tanpa penanganan yang adekuat, kondisi ini berpotensi menyebabkan terbentuknya ulkus kulit ekstensif yang dapat berujung pada kematian.¹¹ Gambaran klinis pada pasien ini menunjukkan kesesuaian dengan temuan khas yang telah dilaporkan sebelumnya.

Pemeriksaan histopatologis pada kasus ini menunjukkan adanya basil tahan asam yang mengolonisasi endotelium, zona Grenz, infiltrat inflamasi, serta perubahan vaskular berupa dilatasi, kongesti, dan infiltrasi limfosit perivaskular. Temuan ini mendukung peran sentral vaskulitis kutan nekrotikans pada pembuluh darah kecil dalam patogenesis FL. Menurut studi terbaru, diagnosis FL ditegakkan berdasarkan tiga kriteria histologis utama: ulkus kutaneus, trombosis vaskular, dan invasi basil ke dinding pembuluh darah kulit oleh *M. leprae*.^{2,12} Lesi umumnya mengenai ekstremitas, meskipun dapat juga melibatkan area tubuh lainnya. Reaksi ini biasanya terjadi pada pasien yang tidak diobati atau mendapatkan pengobatan yang tidak adekuat, dan umumnya muncul 1–3 tahun setelah timbulnya penyakit.^{6,9} Etiologi pasti FL hingga kini belum sepenuhnya dipahami. Hipotesis utama menyebutkan bahwa basil kusta mengalami proliferasi tidak terkendali di dalam mikrosirkulasi kulit, menyebabkan infiltrasi kulit yang luas pada kondisi anergi, serta peningkatan paparan antigen mikobakterial terhadap antibodi sirkulasi yang kemudian dapat memicu terjadinya vaskulitis.¹² Vaskulitis didefinisikan sebagai peradangan dan destruksi dinding pembuluh darah yang mengakibatkan kerusakan jaringan iskemik di bagian distal. Kondisi ini dapat memengaruhi berbagai sistem organ, dengan manifestasi klinis yang bergantung pada ukuran pembuluh darah yang terlibat.^{7,13} Vaskulitis yang melibatkan pembuluh kecil hingga sedang hampir selalu disertai manifestasi pada kulit. Tanda khasnya adalah purpura yang nyeri dan menonjol pada perabaan. Iskemia kulit yang nyeri dapat terjadi pada kasus berat, terutama pada tungkai bawah, dengan progresi lesi dari hemoragik menjadi nekrotik hingga akhirnya terlepas dan menimbulkan erosi atau ulkus.^{9,13} Sangat penting

bagi klinisi untuk dapat membedakan antara kusta dan gejala klinis dari berbagai penyakit jaringan ikat seperti vaskulitis, karena kusta merupakan penyakit yang akan menunjukkan perbaikan bermakna apabila diobati secara efektif dengan antibiotik dan penggunaan agen immunosupresif yang tepat.^{14,15} Diagnosis banding lain yang dapat dipertimbangkan oleh klinisi meliputi eritema nodosum vaskulonekrotik, koagulasi intravaskular diseminata, tuberkulosis kutan, mikosis profunda, dan sifilis tersier.⁴

Penatalaksanaan FL masih menjadi tantangan akibat jaranganya kasus serta kemiripan gambaran klinisnya dengan reaksi nekrotik lainnya, seperti eritema nodosum leprosum. Rekomendasi terkini menekankan pentingnya pemberian regimen terapi multiobat secara dini, yang mencakup klofazimin, dapson, dan rifampisin.^{11,12} Namun, banyak publikasi yang juga mengombinasikan terapi multiobat dengan kortikosteroid oral atau injeksi untuk mengendalikan reaksi. Kortikosteroid dosis tinggi akan diturunkan secara bertahap setiap bulan sesuai perbaikan klinis pasien. Terapi suportif seperti perawatan luka juga penting untuk mencegah infeksi sekunder.⁶ Dalam salah satu laporan kasus, *thalidomide* yang sebelumnya dianggap tidak efektif, ternyata dapat memberikan hasil yang baik. Lesi cenderung menghilang dalam 6–8 minggu setelah terapi dimulai.^{11,12} Pemeriksaan indeks bakteriologis dan morfologis dari *slit-skin smear* juga dilakukan untuk menilai hasil terapi.⁶ Pasien diberikan terapi regimen MDT, injeksi kortikosteroid, serta terapi tambahan untuk mengatasi reaksi, dan menunjukkan perbaikan klinis yang signifikan. Laporan ini menekankan pentingnya kewaspadaan dalam pengenalan dini FL, terutama vaskulitis kutaneus nekrotikans yang menyertainya, guna memungkinkan diagnosis yang cepat dan akurat, karena fenomena ini juga dapat terjadi di daerah non-endemik.

SIMPULAN

Kasus ini menegaskan peran vaskulitis kutaneus nekrotikans dalam patogenesis dan manifestasi klinis FL. Pengenalan terhadap perubahan vaskular yang khas ini sangat penting bagi dokter untuk menghindari kesalahan diagnosis atau keterlambatan pengobatan. Identifikasi dini dan penatalaksanaan yang tepat terhadap kusta yang berhubungan dengan vaskulitis kutaneus nekrotikans sangat penting untuk meningkatkan kondisi klinis pasien, mencegah kerusakan jaringan yang luas, dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang varian kusta yang langka ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Para penulis menyampaikan terima kasih kepada

pasien atas kontribusinya dalam laporan kasus ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Simpson EL, Leung DYM, Eichenfield LF, Boguniewicz M, Silverberg JI, Turrentine JE, et al. Fitzpatrick's Dermatology 9th Edition. Ninth. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Mc-Graw Hill Education; 2019.
2. Frade MAC, Coltro PS, Filho FB, Horácio GS, Neto AA, da Silva VZ, et al. Lucio's phenomenon: A systematic literature review of definition, clinical features, histopathogenesis and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2022;88:464–77.
3. Marissa M, Rihatmadja R, Surya D, Lim HW, Menaldi SL. Lucio ' s phenomenon : A report on six patients in a tertiary referral hospital in Indonesia. *J Gen - Proced Dermatology Venereol Indones.* 2020;5.
4. Sharma P, Kumar A, Tuknayat A, P.Thami G, Kundu R. Lucio phenomenon: a rare presentation of Hansen's disease. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2019;12:35–8.
5. Fiqnasyani SE, Oktavriana T, Rosmarwati E. Lucio phenomenon in pregnancy: a histopathology review. *J Gen - Proced Dermatology Venereol Indones.* 2023;7.
6. Amalia I, Widayati AS, Ametati H, Ferdinand Y, Sugianto R, Windayati S. Lucio ' s phenomenon in lepromatous eprosy patient : a rare case report. *Medica Hosp J Clin Med.* 2023;10:382–6.
7. Bologna JL, Schaffer J V., Cerroni L, editors. *Dermatology.* fifth edit. Elsevier; 2024.
8. Batubara IS, Marissa M, Sujudi Y, Menaldi SL. A fatal case of Lucio phenomenon in untreated Lucio leprosy. *J Pakistan Assoc Dermatologists.* 2023;33:331–4.
9. Lechat MF. *IAL Texbook of Leprosy.* Second Edi. Kumar B, Kar HK, editors. Indian Association of Leprologist. Jaypee Brothers Medical Publishers; 2017.
10. Rocha RH, Diniz LM, Neves A, Cabral F. Lucio ' s phenomenon : exuberant case report and review of Brazilian cases. *Brazilian Annals of Dermatology.* 2016;60–3.
11. Kaur M, Patra S, Asati DP, Sharma T, Prasad S. Lucio phenomenon in a patient of lepromatous leprosy from India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2021;87:67–70.
12. Rusia K, Saoji V, Madke B, Singh A. Lucio phenomenon: an unusual case of skin necrosis. *Case Rep Dermatol.* 2024;47–54.
13. Griffiths CE., Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editors. *Rook's Textbook of Dermatology.* enth edit. Wiley Blackwell; 2024.
14. Misra DP, Parida JR, Chowdhury AC, Pani KC, Kumari N, Krishnani N, et al. Case report lepra reaction with Lucio phenomenon mimicking cutaneous vasculitis. Vol. 2014. Hindawi Publishing Corporation; 2014. p. 0–3.
15. Bodar PD, Patel JK, Pillai DS, Vora RV. Lucio phenomenon ; a case report. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2023;1–3.