



Psoriasis Eritroderma

Putu Riska Mordiana,¹ Nyoman Yudha Santosa²

¹RSUD dr. Doris Sylvanus, ²KSM Kulit dan Kelamin RSUD dr. Doris Sylvanus, Palangka Raya, Kalimantan Tengah, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Psoriasis eritroderma (PE) adalah salah satu jenis psoriasis langka yang dapat mengancam jiwa. PE memerlukan observasi ketat karena area kulit terkelupas sangat luas, sehingga meningkatkan risiko infeksi sekunder dan sepsis, mengganggu regulasi suhu tubuh, dan menyebabkan hilangnya protein, elektrolit, dan cairan tubuh. **Kasus:** Pria, usia 37 tahun, dengan keluhan kulit kemerahan dan bersisik di seluruh tubuh sejak 1 hari, disertai rasa nyeri dan gatal. Pasien memiliki riwayat psoriasis dengan pengobatan rutin. **Diskusi:** Diagnosis berdasarkan anamnesis dan temuan klinis yang khas. Terapi cairan intravena, antibiotik, *corticosteroid*, antihistamin, serta kombinasi terapi topikal. **Simpulan:** Psoriasis eritroderma (PE) merupakan salah satu jenis psoriasis yang langka dan dapat mengancam jiwa, sehingga memerlukan observasi ketat karena dapat mengarah ke kondisi syok dan kegagalan fungsi organ.

Kata Kunci: Kegagalan fungsi organ, psoriasis, psoriasis eritroderma.

ABSTRACT

Introduction: Erythrodermic psoriasis (EP) is a rare type of psoriasis and can be life-threatening. EP requires intensive observation because the large area of the scaly skin increases the risk of secondary infection and sepsis, disrupts the regulation of body temperature, and causes loss of protein, electrolytes, and fluids. **Case:** Male, 37 years old, with reddish and scaly skin all over the body since 1 day, accompanied by pain and itch. The patient had a history of psoriasis with routine treatment. **Discussion:** Diagnosis is based on history and typical clinical findings. The management is intravenous fluids, antibiotics, corticosteroids, antihistamines, and a combination of topical therapy. **Conclusion:** Erythrodermic psoriasis (EP) is a rare and potentially life-threatening type of psoriasis that requires close observation, as it can lead to shock and organ failure. **Putu Riska Mordiana, Nyoman Yudha Santosa. Erythrodermic Psoriasis.**

Keywords: Organ failure, psoriasis, erythrodermic psoriasis.



Cermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Pendahuluan

Psoriasis adalah penyakit inflamasi kulit kronis dan rekuren yang diperantarai oleh sistem imun. Psoriasis ditandai dengan makula eritema dengan ukuran bervariasi yang ditutupi skuama tebal berwarna transparan atau putih keabuan.^{1,2} Prevalensi psoriasis bervariasi antara 0,09%–11,43% pada orang dewasa dan 0%–1,4% pada anak-anak. Prevalensi hampir sama pada jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan. Dua kelompok usia yang menjadi puncak *onset* psoriasis adalah usia 30–39 tahun dan usia 50–69 tahun. Prevalensi psoriasis di Indonesia diperkirakan 2,5%.^{1,3,4} Namun, data epidemiologi psoriasis di Indonesia masih sangat terbatas.

Psoriasis dibagi menjadi beberapa tipe, di antaranya psoriasis vulgaris, psoriasis pustulosa, psoriasis inversa, psoriasis eritroderma, dan psoriasis gutata.^{5,6} Psoriasis

eritroderma (PE) merupakan salah satu jenis psoriasis langka yang dapat mengancam jiwa. Manifestasi PE ditandai dengan kelainan kulit universal atau menyebar di seluruh tubuh, berupa eritema generalisata, edema, plak psoriasis berbatas tegas, dan dapat disertai kerontokan rambut.^{6,7} Kelainan kulit ini umumnya disertai rasa gatal hebat. Kulit yang eritema ditutupi oleh skuama yang umumnya muncul 2–6 hari dari *onset* eritema. Skuama ini sangat mudah mengelupas dan rontok. Gejala penyerta lain adalah demam, nyeri persendian, peningkatan detak jantung, dan timbul bengkak di beberapa sendi ekstremitas.⁸

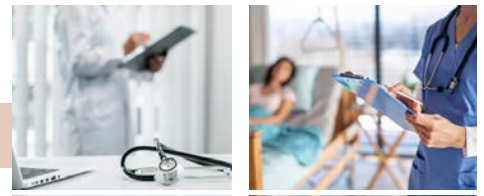
PE memerlukan observasi ketat karena area kulit yang terkelupas sangat luas, sehingga akan meningkatkan risiko infeksi sekunder dan sepsis, mengganggu regulasi suhu tubuh, dan menyebabkan hilangnya protein, elektrolit, serta cairan tubuh.^{9,10} Sepsis dan

dehidrasi dapat mengarah ke kondisi syok dan kegagalan fungsi organ.

Beberapa faktor pemicu PE antara lain infeksi, penyakit sistemik yang melibatkan sistem imun, leukemia, stres emosional, paparan obat (*infiximab*, *lithium*, antimalaria, dan *cotrimoxazole*), penggunaan *corticosteroid* sistemik, dan penghentian mendadak terapi psoriasis atau *rebound phenomenon*.^{4,11}

Patogenesis PE melibatkan respons imun dari sel Th2, sel Th17, faktor predisposisi genetik, dan mekanisme adhesi sel. Rasio sel Th1 dan sel Th2 yang lebih rendah mempunyai peran dalam patogenesis. Pada kasus PE, ditemukan kadar serum imunoglobulin E (IgE) lebih rendah dan kadar serum IL-13, IL-4, serta IL-10 lebih tinggi dibandingkan pada kasus psoriasis vulgaris. Sel Th17 merupakan sel yang dominan dalam kasus PE dan

Alamat Korespondensi email: ichamomo23@gmail.com



menghasilkan sitokin IL-17A yang berperan dalam proses inflamasi. Mutasi gen CARD14 menjadi faktor predisposisi terjadinya PE. Kadar *intercellular adhesion molecule 1* (ICAM-1), *vascular adhesion molecule 1* (VCAM-1), serta *E-selectin* yang meningkat pada kasus PE merupakan dasar mekanisme adhesi sel.^{2,6,9}

PE merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan dermatologi, memerlukan fasilitas rawat inap, terutama kasus PE derajat berat.¹² Tata laksana menyeluruh dengan mencari etiologi, faktor pemicu, dan komorbiditas. Pemeriksaan kultur darah, pemeriksaan apusan kulit, dan pemberian antibiotik dilakukan jika terdapat tanda infeksi sekunder atau sepsis. Tindakan suportif berupa observasi tanda infeksi, risiko sepsis, koreksi cairan dan elektrolit tubuh, serta mengembalikan kondisi normal sawar kulit.^{13,14}

Kondisi PE dengan vasodilatasi akan meningkatkan risiko kehilangan panas tubuh yang dapat menyebabkan hipotermia. Kondisi ini dapat dicegah dengan penggunaan selimut hangat. Kondisi kulit yang tidak sepenuhnya intak meningkatkan penguapan cairan tubuh, sehingga dapat menyebabkan dehidrasi. Oleh karena itu, hidrasi tubuh harus tetap dijaga dengan pemberian cairan intravena ataupun oral.^{12,15} Tanda dan gejala hipotermia, dehidrasi, sepsis, dan edema harus diawasi agar pasien tidak jatuh dalam kondisi syok.

Tata laksana medikamentosa PE meliputi antihistamin sedatif untuk mengurangi rasa gatal dan cemas, *corticosteroid* sistemik dan antibiotik sistemik pada kondisi infeksi atau sepsis. Terapi topikal *corticosteroid* dan pelembap untuk memberikan rasa nyaman.^{6,16}

Kasus

Pria, usia 37 tahun, bekerja sebagai karyawan swasta datang dengan keluhan kulit kemerahan dan bersisik seluruh tubuh sejak 1 hari yang lalu. Keluhan disertai rasa nyeri dan gatal yang mengganggu tidur. Keluhan diawali dengan kulit kemerahan di seluruh tubuh sejak 3 hari yang lalu, 2 hari kemudian muncul sisik yang mudah rontok walaupun tidak digaruk. Pasien memiliki riwayat psoriasis dengan pengobatan rutin, tetapi tidak pernah sampai bersisik di seluruh tubuh seperti saat ini.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum dengan kesadaran *compos mentis*, tampak sakit sedang, tekanan darah 121/71 mmHg, frekuensi nadi 80 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu tubuh 36,2°C, dan saturasi oksigen 99% dengan oksigen nasal kanul 2 liter per menit. Tampak lesi kulit eritema ditutupi skuama yang mudah rontok, tersebar dari kepala, wajah, badan, kedua lengan, tangan hingga kaki (**Gambar 1 dan 2**).



Gambar 1. Lesi di lengan kanan pasien.



Gambar 2. Lesi di area perut.

Pasien diberi infus NaCl 0,9% 20 tetes per menit, *methylprednisolone* intravena 125 mg setiap 12 jam, *omeprazole* intravena 40 mg setiap 24 jam, *ceftriaxone* intravena 1 gram setiap 12 jam, dan *cetirizine* per oral 10 mg satu kali sehari. Terapi topikal krim campuran *salicylic acid* 4%, *clobetasol propionate* 0.05%, *liquor carbonis detergens* (LCD), dan *vaseline*

album yang dioleskan pada lesi kulit setiap pagi dan sore hari. Pasien diberi edukasi agar tidak menggaruk kulit untuk meminimalisir risiko infeksi sekunder.

Follow up hari ke-3: keluhan nyeri dan gatal berkurang, namun akses intravena sulit didapatkan, sehingga terapi diganti oral. Terapi *cefixime* 100 mg setiap 12 jam, *ranitidine* 150 mg setiap 12 jam, dan *methylprednisolone* 8 mg setiap 8 jam. Terapi tambahan *paracetamol* 500 mg jika nyeri. Terapi topikal tetap dilanjutkan.

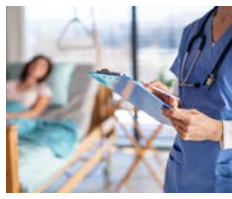
Follow up hari ke-7: keluhan skuama rontok berkurang, gatal terkadang terutama saat akan tidur malam hari. Tekanan darah 119/74 mmHg, frekuensi nadi 84 kali per menit, frekuensi napas 18 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Saturasi oksigen terukur 99% dengan udara kamar. Pasien tetap melanjutkan terapi oral karena jalur intravena tidak terpasang. Terapi antibiotik telah dihentikan setelah 1 minggu. Terapi topikal tetap dilanjutkan.

Follow up hari ke-11: skuama rontok tersisa sedikit, gatal semakin berkurang, dan kulit kemerahan tampak membaik. Tekanan darah 115/78 mmHg, frekuensi nadi 79 kali per menit, frekuensi napas 16 kali per menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Terapi oral dilanjutkan dengan *tapering off* dosis *corticosteroid* oral dan rencana rawat jalan.

Diskusi

Diagnosis psoriasis eritroderma (PE) dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk membedakannya dari lesi kulit lain. Pada pemeriksaan klinis didapatkan plak eritematosa ditutupi oleh skuama putih. Jika skuama tebal dilepas akan tampak titik-titik perdarahan di bawahnya.^{5,8} Ukuran plak bervariasi dan tersebar pada bagian berambut seperti kulit kepala dan alis, sendi-sendi seperti siku dan lutut serta bagian tubuh lain seperti punggung dan perut. Gejala lain yang menyertai lesi kulit ini adalah rasa gatal yang sangat mengganggu, rasa terbakar, dan nyeri.⁸

Pada pasien ini lesi PE generalisata, area lebih kemerahan pada wajah, kedua lengan, dan perut. Pemeriksaan tambahan untuk diagnosis PE di antaranya pemeriksaan histopatologi dan pemeriksaan fenomena psoriasis. Pemeriksaan



histopatologi pada pasien ini tidak dilakukan karena keterbatasan sarana dan prasarana. Pada pemeriksaan didapatkan fenomena Koebner, fenomena tetesan lilin dan tanda Auspitz positif. Fenomena Koebner adalah lesi psoriasis muncul pada area trauma dan area tubuh yang sering tergores atau mengalami gesekan.^{8,10} Fenomena tetesan lilin yaitu dengan menggores skuama dengan pinggir gelas objek didapatkan perubahan warna lebih putih. Tanda Auspitz positif merujuk pada adanya titik-titik perdarahan jika lapisan skuama dikelupas.^{5,10}

Pemeriksaan penunjang lain pasien ini adalah pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan serum elektrolit, fungsi ginjal, dan fungsi hati. Didapatkan peningkatan kadar leukosit, namun serum elektrolit dan fungsi ginjal dalam batas normal. Peningkatan kadar leukosit terjadi karena kulit sebagai barier

mikroorganisme melemah, sehingga meningkatkan risiko infeksi.

Terapi cairan intravena *normal saline* 20 tetes per menit, untuk menghindari risiko dehidrasi karena penguapan cairan berlebih.¹⁶ Terapi lain adalah injeksi antibiotik *cephalosporins* generasi ke-3, yaitu *ceftriaxone* 1 gram setiap 12 jam. *Ceftriaxone* menjadi pilihan karena merupakan antibiotik spektrum luas infeksi bakteri, baik Gram negatif maupun Gram positif. Pemberian antibiotik pada kasus ini merujuk pada hasil laboratorium dengan adanya peningkatan jumlah leukosit. Terapi sistemik lain adalah injeksi *corticosteroid methylprednisolone* 125 mg setiap 12 jam, selanjutnya diturunkan bertahap sesuai kondisi lesi. Untuk mengurangi efek samping antibiotik dan *corticosteroid*, diberikan *omeprazole* 40 mg setiap 24 jam. Diberikan juga *cetirizine* oral yaitu antihistamin sedatif

satu kali dalam 24 jam untuk keluhan gatal terutama malam hari. *Cetirizine* diberikan untuk efek anti pruritus, sedatif, dan mengurangi rasa cemas.^{3,7,15} Terapi lain adalah terapi topikal campuran asam salisilat 4% dan *clobetasol propionate* 0.05%. *Liquor carbonis detergens* (LCD) dan vaselin album dioleskan pada lesi kulit tiap pagi dan sore hari. Campuran ini merupakan gabungan keratolitik, *corticosteroid* topikal, antiseptik, serta pelembap sesuai kondisi PE yang memerlukan *corticosteroid* sebagai terapi adjuvan, dikombinasikan dengan pelembap untuk memberikan rasa nyaman.^{7,12,15}

Simpulan

Psoriasis eritroderma (PE) merupakan salah satu jenis psoriasis yang langka dan dapat mengancam jiwa; memerlukan observasi ketat karena dapat mengarah ke kondisi syok dan kegagalan fungsi organ.

DAFTAR PUSTAKA

1. Michalek IM, Loring B, John SM. Global report on psoriasis. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
2. Singh R, Lee K, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B, et al. Erythrodermic psoriasis: Pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis Targets Ther.* 2016; 6:93–104. DOI: 10.2147/PTTS.101232.
3. Maharani S, Setyaningrum T. Profil pasien eritroderma. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin* 2017;9(1):44–51.
4. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths C, Aschcroft D, et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *BMJ.* 2020;28;369:m1590. DOI: 10.1136/bmj.m1590.
5. Feldman SR. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 01]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>.
6. Susanto PM. Tatalaksana psoriasis eritroderma. *Jurnal Medika Utama* 2022;3(2):2292–302.
7. Suryawati N, Praharsini IGAA. Laporan kasus seri: Pemeriksaan dermoskopi pada kasus eritroderma psoriasis. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin* 2018;30(2):111–6. DOI: 10.20473/bikk.V30.2.2018.111-116.
8. Lui H. Plaque Psoriasis. *Medscape* [Internet]. 2021 [cited on: 2023 Des 01]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1108072-overview>.
9. Lo Y, Tsai T. Updates on treatment of erythrodermic psoriasis. *Psoriasis Targets Ther.* 2021;11:59–73. DOI: 10.2147/PTTS.288345.
10. Djuanda A. Eritroderma. In: Djuanda A, Kosasih A, Wiryadi BE, Natahusada EC, Sjamsoe-Daili E, Effendi EH, editors. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. 7th Ed. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2017 .p. 228–30.
11. Krisnarto E, Novitasari A, Aulirahma DM. Faktor prediktor kualitas hidup pasien psoriasis: Studi cross sectional. *J Kedokt Muhammadiyah.* 2016;5(1):43–52.
12. Mistry N, Gupta A, Alavi A, Sibald RG. A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Adv Skin Wound Care.* 2015;28(5):228-36. DOI: 10.1097/01.ASW.0000463573.40637.73.
13. Shao S, Wang G, Maverakis E, Gudjonsson J. Targeted treatment for erythrodermic psoriasis: Rationale and recent advances. *Drugs* 2020; 80(6):525-34. DOI: 10.1007/s40265-020-01283-2.
14. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk factors for the development of psoriasis. *Internat J Molecular Sci.* 2019;20:43-7. DOI: 10.3390/ijms20184347.
15. Susanto PM. Erythrodermic psoriasis in adult male patient treated with systemic corticosteroid: A case report. *J Kes Tambusai.* 2022;3(1):336–41. DOI: 10.31004/jkt.v3i1.4269.
16. Rosenbach M, Hsu S, Korman N, Lebwohl M, Young M, Bebo B, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: From the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(4):655–62. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.05.048.