



Erupsi Akneiformis dan *Striae Distensiae* setelah Terapi Kortikosteroid Sistemik untuk Nefritis Purpura Henoch-Schonlein

Dedianto Hidajat,¹ Yudhi Kurniawan²

¹Bagian/SMF Dermatologi dan Venereologi, ²Bagian Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran Universitas Mataram/RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, Mataram, Indonesia

ABSTRAK

Latar belakang: Terapi kortikosteroid sistemik jangka lama dan dosis tinggi pada purpura Henoch-Schonlein (PHS) dengan keterlibatan ginjal dapat menimbulkan berbagai efek samping, salah satunya efek dermatologik. **Kasus:** Anak berusia 14 tahun dengan nefritis PHS mengalami erupsi akneiform/EA dan *striae distensae*/SD akibat pemberian kortikosteroid sistemik jangka panjang terkait pengobatan penyakitnya. Penatalaksanaan dengan *doxycycline* dan vitamin D3. Terapi topikal berupa perawatan wajah, pemberian kombinasi *benzoyl peroxide* 5% dan *clindamycin* 1,2% pada area lesi di wajah dan dada, dan krim pelembap serta krim *tretinoin* 0,1% untuk lesi *striae*. **Simpulan:** Efek samping kortikosteroid sistemik pada kulit seperti EA dan SD merupakan masalah tersendiri; penghentian obat yang dicurigai merupakan pilihan utama.

Kata kunci: Erupsi akneiformis, kortikosteroid sistemik, purpura Henoch-Schonlein

ABSTRACT

Background: Long term and high doses of systemic corticosteroid therapy for Henoch-Schonlein Purpura (HSP) with kidney's involvement can cause various side effects, one of which is dermatologic. **Case:** A 14-year-old boy with HSP nephritis developed acneiform eruption (AE) and striae distensae (SD) due to long-term administration of systemic corticosteroids for treatment of his disease. The management is with systemic doxycycline and vitamin D3. Topical therapy with a combination of facial care and combination of topical 5% benzoyl peroxide and 1.2% clindamycin twice a day for face and chest lesion, and moisturizing cream and 0.1% tretinoin cream for striae lesions. **Conclusion:** Side effects of systemic corticosteroids on the skin such as AE and SD should be managed properly; discontinuation of the suspected drug is the main option. **Dedianto Hidajat, Yudhi Kurniawan. Acneiform Eruption (AE) and Striae Distensae (SD) due to Long-term Systemic Corticosteroids for Henoch-Schonlein Purpura Nephritis**

Keywords: Acneiform eruption, Henoch-Schonlein purpura, systemic corticosteroid

PENDAHULUAN

Purpura Henoch-Schonlein (PHS) merupakan salah satu penyakit autoimun berupa vaskulitis imunoglobulin A (IgA) pada pembuluh darah kecil; sering dijumpai pada anak-anak dan remaja. Keterlibatan ginjal dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien PHS.^{1,2} Walaupun kontroversial, kortikosteroid sistemik merupakan pilihan terapi untuk purpura Henoch-Schonlein (PHS) dengan keterlibatan ginjal.¹

Terapi kortikosteroid sistemik jangka lama dan dosis tinggi dapat menimbulkan berbagai efek samping pada metabolisme endokrin, muskuloskeletal, kardiovaskular, imunologi, hematologi, psikiatri, dan dermatologi.^{3,4} Efek

samping dermatologi akibat kortikosteroid sistemik yang sering dijumpai antara lain erupsi akneiformis (EA), infeksi dermatofita, *striae*, hirsutisme, atrofi epidermal, eritema, teleangiectasis, dan perioral dermatitis.⁵ Kami melaporkan kasus erupsi akneiformis dan *striae distensae* terkait pemberian kortikosteroid sistemik pada nefritis PHS beserta penatalaksananya.

KASUS

Seorang anak laki-laki berusia 14 tahun dikonsultasikan dari poliklinik Anak Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB (RSUDPNTB) dengan keluhan utama jerawat pada wajah dan kerutan di area lipatan ketiak. Tiga bulan sebelumnya, pasien didiagnosis nefritis

purpura Henoch Schonlein. Saat perawatan selama 5 hari, pasien mendapat terapi injeksi *methylprednisolone* 3 x 20 mg, kemudian saat pulang dilanjutkan dengan *prednisone* oral dengan dosis 75 mg/hari selama 2 minggu, diturunkan bertahap selama 1 bulan. Saat dikonsultasikan, pasien masih mengonsumsi *prednisone* 5 mg per oral selang sehari. Pasien mengeluh timbul jerawat yang bertambah banyak disertai nanah di wajah sejak 2 minggu sebelum kontrol. Pasien mengeluh gatal dan nyeri pada area jerawat. Pasien rutin mencuci wajah 2-3 kali sehari dengan sabun wajah yang dijual bebas. Pasien tidak pernah menggunakan krim tabir surya, krim kosmetik, dan obat untuk mengatasi keluhan jerawatnya. Pasien kadang-kadang merasa

Alamat Korespondensi email: dedianto@unram.ac.id



LAPORAN KASUS



nyeri sendi dan otot, namun tidak demam. Pasien tidak pernah mempunyai riwayat jerawat. Pasien tidak pernah mengonsumsi obat, vitamin, ataupun jamu. Selain jerawat, pasien mengeluh timbul kerutan pada kedua lipatan ketiak yang bertambah banyak dan memanjang. Pasien tidak menggunakan losion, krim, ataupun deodoran pada area tersebut. Pasien tidak pernah mempunyai riwayat alergi obat dan makanan sebelumnya. Pasien seorang pelajar dan tinggal bersama orang tuanya.



Gambar 1. Komedo terbuka dan tertutup pada regio wajah



Gambar 2. *Striae* eritema keunguan multipel

Pada pemeriksaan fisik umum tampak baik, tidak anemis, dan tidak ikterik, *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu aksila 36,5°C. Pada status dermatologik, terdapat makula, papul, pustul eritema multipel, monomorf, tidak terdapat komedo terbuka dan tertutup pada regio wajah terutama pada bagian pipi kanan dan kiri simetris bilateral serta dahi, sedangkan zona T relatif bebas lesi (**Gambar**

1). Lesi yang sama dijumpai di dada bagian atas. Selain itu, terdapat edema wajah dengan gambaran *moon-face*. Pada area lipatan ketiak depan kanan dan kiri terdapat *striae* eritema keunguan multipel (**Gambar 2**).

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan dermatologik, pasien didiagnosis erupsi akneiformis dan *striae distensae rubra et causa* kortikosteroid sistemik. Penatalaksanaan dengan pemberian *doxycycline* 100mg/hari per oral selama 2 minggu dan vitamin D3 1000 iu/hari per oral selama 2 minggu. Terapi topikal berupa kombinasi perawatan wajah dan pengobatan. Pembersihan wajah 2 kali sehari menggunakan sabun cair mengandung *mandelic acid* dan ekstrak botanikal. Setelah itu, dioleskan gel mengandung kombinasi *benzoyl peroxide* 5% dan *clindamycin* 1,2% sebanyak 2 x 1 pada area lesi di wajah dan dada bagian atas. Pada lesi *striae*, diberikan krim *Salix alba bark extract*, *Aloe barbadensis leaf extract*, *hyaluronic acid*, dan *ceramide* sebagai pelembap, 2 kali sehari terutama setelah mandi dan dapat diulang seperlunya, serta krim *tretinoin* 0,1% pada malam hari. Pasien disarankan menghindari paparan sinar matahari berlebihan, rutin mengonsumsi obat dan menggunakan krim, menjaga kebersihan wajah dan badan dengan mandi dan mencuci wajah 2 sehari, serta tidak menggosok lesi wajah ataupun di badan. Rekomendasi untuk menurunkan dan menghentikan penggunaan *prednisone* bila nefritis sudah membaik.

Sebulan setelah kunjungan pertama, keluhan jerawat membaik, namun kerutan di lipatan ketiak menetap. Pemberian vitamin D3 1000 IU/hari dilanjutkan sampai 1 bulan, sedangkan *doxycycline* dihentikan. Terapi topikal untuk lesi wajah dilanjutkan dengan tetap mencuci wajah menggunakan sabun cair yang sama dan gel *niacinamide* 4% untuk lesi hiperpigmentasi. Terapi lesi *striae* tetap dilanjutkan dan disarankan terapi *microneedle radiofrequency*. Saat ini, pasien sudah tidak mengonsumsi *prednisone*.

DISKUSI

Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik kasus ini sejalan dengan diagnosis kerja erupsi akneiformis dan *striae distensae* pada penderita nefritis PHS yang mendapat terapi kortikosteroid selama lebih dari 3 bulan. Insiden reaksi simpang terhadap obat-obatan pada pasien rawat inap adalah sekitar 30%,

dengan 2-3%-nya memiliki reaksi kulit.⁶ Keterlibatan ginjal pada PHS mempunyai konsekuensi jangka panjang serius berupa gagal ginjal pada 1-2% kasus.² Kortikosteroid sistemik diberikan dalam jangka lama pada nefritis PHS karena merupakan obat lini pertama.²

Erupsi akneiformis atau dikenal juga dengan nama akne medikamentosa atau akne steroid atau folikulitis steroid dapat didiagnosis klinis dengan gambaran lesi monomorfik berupa papul eritema dan pustul tanpa lesi komedo pada area seboroik seperti wajah, leher, dada, dan punggung; bahkan di area lain di luar predileksi akne vulgaris, dengan riwayat penggunaan kortikosteroid sistemik jangka lama. Lesi komedo bukan lesi primer seperti pada akne vulgaris. Lesi biasanya sembuh dengan hiperpigmentasi pasca-inflamasi, jarang terbentuk skar.^{4,7}

Erupsi akneiformis merupakan reaksi kulit non-alergik yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya karena obat-obatan. Kortikosteroid sistemik ataupun topikal merupakan penyebab ketiga terbanyak (14,6%).⁸ Reaksi simpang akibat pemberian kortikosteroid tergantung dosis dan lama pemberian serta kerentanan individu. Pemberian kortikosteroid sistemik terus-menerus mulai dari 2 minggu lebih dapat mencetuskan EA.^{4,7} Patogenesis EA sepenuhnya belum diketahui pasti, salah satunya karena efek langsung pada epitel folikuler, yaitu degenerasi fokal dengan inflamasi netrofilik intrafolikuler dan perifolikuler terlokalisata.⁸

Obat-obatan selain kortikosteroid yang dapat menimbulkan EA antara lain androgen, *lithium*, kontrasepsi oral, obat kemoterapi, *iodin*, *bromide*, *isoniazide*, *actinomycin D*, *phenytoin* dan belakangan ini dilaporkan akibat suplementasi mengandung susu dan *whey protein*.⁶

Penatalaksanaan kasus ini sesuai kepustakaan bahwa penghentian konsumsi obat-obatan yang dicurigai menginduksi EA merupakan yang utama. Selain itu, dapat direkomendasikan pemberian *benzoyl peroxide*, *retinoid* topikal, antibiotik oral atau topikal, seperti *doxycycline* dan *clindamycin* seperti pada akne vulgaris.^{6,7} Suplementasi vitamin D perlu karena penggunaan kortikosteroid sistemik lebih dari 3 bulan



LAPORAN KASUS



terus-menerus dapat menurunkan kadar vitamin D dalam darah dan meningkatkan risiko komplikasi tulang.⁹

Striae distensae (SD) atau *stretch marks* adalah kelainan kulit yang sering dijumpai karena regangan dermis. Berbagai faktor risiko SD antara lain faktor etnis, riwayat keluarga, kehamilan, masa remaja, obesitas, masalah berat badan, penggunaan kortikosteroid jangka lama, dan sindrom *Cushing*.¹⁰

Prevalensi SD pada remaja dilaporkan sekitar 6-86%.^{10,11} Dua jenis SD yaitu *striae rubrae* (lesi merah atau keunguan) dan *striae albae* (lesi atrofi dan hipopigmentasi). *Striae rubrae* biasanya timbul pada penggunaan kortikosteroid sistemik jangka panjang.^{12,13} Predileksi lesi SD biasanya simetris pada lipat lengan atas, punggung bagian bawah, area bokong bagian luar dan lipat lutut.¹¹

Penatalaksanaan SD bervariasi serta dengan hasil beragam dan kontroversial.^{10,13,14} Berbagai modalitas terapi SD antara lain terapi topikal, laser, terapi sinar, pengelupasan fisik ataupun kimiawi, injeksi *filler* ataupun kolagen, hingga *microneedle radiofrequency*.^{10,13} Terapi topikal merupakan metode pengobatan SD yang paling sering, namun masih sedikit agen topikal yang diteliti. *Tretinoin* merupakan agen topikal yang telah diuji klinis dan menunjukkan hasil baik untuk terapi *striae rubrae*; pemberian *tretinoin* 0,1% selama 3-6 bulan dapat mengurangi ukuran panjang dan lebar SD.¹⁰ Efek samping antara lain eritema dan skuamasi pada pemberian 2 bulan pertama.¹⁰ Mekanisme kerja *tretinoin* pada SD diduga dengan meningkatkan kadar kolagen tipe 1 melalui stimulasi fibroblas.^{10,14} Penggunaan krim pelembap mengandung *Salix alba bark extract*, *Aloe barbadensis leaf extract*, *hyaluronic acid*, dan *ceramide*, selain dapat membantu mengatasi efek samping *tretinoin*,

juga kandungan *hyaluronic acid* bekerja meningkatkan resistensi terhadap tarikan mekanik dan merangsang pembentukan kolagen.¹⁴ *Aloe barbadensis leaf extract* atau *aloe vera* mempunyai efek antioksidan dan mempercepat penyembuhan luka, seperti meningkatkan sintesis kolagen dan proliferasi fibroblas.¹⁵ Komponen *ceramide* pada krim pelembap berfungsi untuk merestorasi fungsi sawar dan permeabilitas kulit serta anti-inflamasi.^{16,17}

SIMPULAN

Penyakit kronis seperti purpura Henoch-Schonlein (PHS) membutuhkan terapi kortikosteroid sistemik jangka panjang. Setiap praktisi sebaiknya memperhatikan dan mewaspadaikan efek sampingnya, terutama pada kulit. Kasus ini menyajikan penanganan erupsi akneiform dan *striae distensae* pada pasien nefritis PHS.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nickavar A. Treatment of Henoch Schonlein nephritis; New trends. *J Nephropathol*. 2016;5(4):116-7. doi:10.15171/jnp.2016.21
2. Oni L, Sampath S. Childhood IgA vasculitis (Henoch Schonlein purpura)-Advances and knowledge gaps. *Front Pediatr*. 2019;7:257. doi:10.3389/fped.2019.00257
3. Rice JB, White AG, Scarpati LM, Wan G, Nelson WW. Long-term systemic corticosteroid exposure: A systematic literature review. *Clin Ther*. 2017;39(11):2216-29. doi:10.1016/j.clinthera.2017.09.011
4. Tabri F. Severe striae and steroid acne as side effects caused by long-term systemic corticosteroid treatment: A case report and review of the literature. *Int J Med Rev Case Rep*. 2019;3(5):247-54.
5. Kannan S, Khan W, Bharadwarj A, Rathore BS, Khosla PP. Corticosteroid-induced cutaneous changes: A cross-sectional study. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(6):696-8. doi:10.4103/0253-7613.169583
6. Criado PR. Adverse drug reactions. In: Bonamigo R, Dornelles S, editors. *Dermatology in Public Health Environments*. Springer; 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33919-1_26
7. Zaenglein AL, Graber AM, Thiboutot DM, Strauss JS. Acne vulgaris and acneiform eruptions. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw Hill Inc; 2008. pp. 690-702.
8. Jeyaraj K, Krishnakumar M, Sivakumar V, Venkatakrishnan L. A case report on steroid induced acneiform eruptions. *Indian J Pharmacy Practice* 2017;10(1):65-7. doi:10.5530/ijopp.10.1.14
9. Navarro-Triviño FJ, Arias-Santiago S, Gilaberte-Calzada Y. Vitamin D and the skin: A review for dermatologists. *Vitamina D y la piel. Una revisión para dermatólogos. Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(4):262-72. doi:10.1016/j.ad.2018.08.006
10. Ud-Din S, McGeorge D, Bayat A. Topical management of striae distensae (stretch marks): prevention and therapy of striae rubrae and albae. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(2):211-22. doi:10.1111/jdv.13223
11. Elsedfy H. Striae distensae in adolescents: A mini review. *Acta Biomed*. 2020;91(1):176-81. doi:10.23750/abm.v91i1.9248
12. Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, Mandelcorn ED, Leigh R, et al. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. *Allerg Asthma Clin Immunol*. 2013;9(1):30. doi:10.1186/1710-1492-9-30
13. Hague A, Bayat A. Therapeutic targets in the management of striae distensae: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(3):559-68.e18. doi:10.1016/j.jaad.2017.02.048
14. Lokhande AJ, Mysore V. Striae distensae treatment review and update. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10(4):380-95. doi:10.4103/idoj.IDOJ_336_18
15. Radha MH, Laxmipriya NP. Evaluation of biological properties and clinical effectiveness of Aloe vera: A systematic review. *J Tradit Complement Med*. 2014;5(1):21-6. doi:10.1016/j.jtcm.2014.10.006
16. Purnamawati S, Indrastuti N, Danarti R, Saefudin T. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: A review. *Clin Med Res*. 2017;15(3-4):75-87. doi:10.3121/cm.2017.1363
17. Spada F, Barnes TM, Greive KA. Skin hydration is significantly increased by a cream formulated to mimic the skin's own natural moisturizing systems. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2018;11:491-7. doi:10.2147/CCID.S177697