

Eritroderma *et causa* Psoriasis Vulgaris

Nurelly N. Waspodo, Heruni Amalia

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran UMI/ RS. Ibnu Sina Makassar

ABSTRAK

Eritroderma merupakan kelainan kulit yang ditandai dengan adanya eritema lebih dari 90%, dan biasanya disertai dengan skuama. Salah satu kausa yang paling sering dari eritroderma adalah disebabkan oleh psoriasis. Eritroderma dapat membahayakan jiwa di mana kulit kehilangan fungsi proteksinya. Perawatan di rumah sakit biasanya dilakukan untuk mengantisipasi beberapa komplikasi sistemik yang dapat terjadi. Dilaporkan satu kasus eritroderma yang disebabkan oleh perluasan penyakit psoriasis vulgaris lalu diterapi dengan kortikosteroid sistemik dan kortikosteroid topikal ditambah emolient, serta antibiotik sistemik yang kemudian memberikan perbaikan klinis.

Kata kunci : Eritroderma, psoriasis vulgaris, kortikosteroid sistemik, terapi topikal

PENDAHULUAN

Eritroderma adalah suatu inflamasi kulit yang meliputi hampir atau seluruh permukaan tubuh yang ditandai dengan eritema dan atau skuama (lebih dari 90 % luas permukaan tubuh).⁽¹⁻³⁾ Eritroderma disebut juga *exfoliative dermatitis*, walaupun bentuk eksfoliatif pada eritroderma ini skuamanya ringan.^(2,4-6) Penyebab eritroderma dapat berupa penyakit kulit yang telah ada sebelumnya seperti psoriasis, dermatitis

atopi dan dermatitis seboroik, bisa juga disebabkan oleh alergi obat, serta keganasan, 37% eritroderma disebabkan oleh psoriasis. Beberapa penyakit tersebut berpotensi mengancam jiwa dan eritroderma itu sendiri dapat menimbulkan komplikasi yang serius antara lain gangguan keseimbangan elektrolit, hipoproteinemia, dehidrasi, sepsis dan ketidakseimbangan suhu.^(1,7,8)

Eritroderma merupakan kasus yang jarang, namun bisa menyebabkan

kondisi sistemik yang berat yang dapat mengancam kehidupan. Pada sebagian besar kasus, laki-laki lebih banyak dibanding wanita dengan perbandingan 2:1 dan umur rata-rata 40-60 tahun.⁽⁹⁻¹¹⁾ Eritroderma dapat disebabkan oleh penyakit kulit dan penyakit sistemik. Dari 18 penelitian yang telah dipublikasikan, diperoleh hasil yaitu penyakit kulit yang diderita memegang peranan kira-kira 52% dari kasus eritroderma (rata-rata 27%-68%), dengan persentase penyebab eritroderma antara lain psoriasis (23%), dermatitis spongiotik (20%), reaksi hipersensitivitas obat (15%) dan *cutaneous T-cell lymphoma* (CTCL) atau *Sindroma Sezary* (5%).^(1,2,6,10,11)

Patogenesis eritroderma sampai saat ini masih belum jelas. Namun diketahui adanya interaksi dari sitokin-sitokin dan adanya adhesi molekul selular, termasuk interleukin-1,-2 dan-8, *intercellular adhesion molecule-1* (ICAM-1) dan *tumor necrosis factor* (TNF). Interaksi inilah yang menyebabkan peningkatan *turnover* epidermal sehingga mengakibatkan terjadinya peningkatan aktivitas mitosis dan jumlah sel-sel germinativum pada kulit.^(4,12)

Pada eritroderma psoriatik didapatkan gambaran dari psoriasis, dan telah dilaporkan terjadi peningkatan serum IgE pada proses ini, proses psoriasis tetap aktif, dengan peningkatan proliferasi dan kehilangan keratinosit yang sudah matur. Hal ini, karena produksi keratin yang abnormal dan keratin ini dibentuk karena kehilangan ikatan dan penggantian lapisan yang sangat cepat.⁽⁵⁾ Psoriasis merupakan penyakit kulit inflamasi yang bersifat kronis residif, ditandai dengan adanya makula eritematous dengan skuama tebal transparan atau putih keabuan dengan ukuran yang bervariasi. Penyebab psoriasis sampai saat ini masih belum diketahui, diperkirakan terdapat beberapa faktor yang menjadi pemicu terjadinya psoriasis, antara lain faktor genetik, lingkungan, infeksi, imunologi dan faktor psikologis. Faktor utama yang menunjang terjadinya psoriasis adalah hiperplasia sel epidermis. Pada psoriasis terjadi percepatan proliferasi sel-sel epidermis, serta sel germinatum lebih cepat dibanding sel-sel pada kulit normal. Pergantian epidermis hanya terjadi dalam waktu 3-4 hari sedangkan

turn over time epidermis normal adalah 28-56 hari.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Dengan mengesampingkan penyakit dasar, eritroderma dapat menjadi kasus medik yang serius dan membahayakan pasien, dan membutuhkan perawatan rumah sakit, penanganan awal berupa pemberian nutrisi, koreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, pencegahan terjadinya hipotermi dan terapi infeksi sekunder.⁽⁶⁾ Modalitas terapi lini pertama untuk psoriasis adalah topikal emolien dan topikal kortikosteroid sedangkan kortikosteroid sistemik hanya digunakan pada eritroderma psoriasis dan harus diturunkan secara perlahan untuk meminimalkan resiko terjadinya *rebound flare*.^(1, 6, 7)

LAPORAN KASUS

Seorang wanita usia 51 tahun datang ke poli penyakit kulit dan kelamin RS. Ibnu Sina dengan keluhan kulit kemerahan dan mengelupas pada seluruh tubuh yang disertai rasa gatal. Kelainan ini dialami sejak kurang lebih 2 bulan yang lalu, awalnya pertama muncul bintik-bintik merah pada

tangan yang kemudian meluas hingga ke seluruh tubuh, yang lama kelamaan diikuti dengan kulit yang terkelupas di mana pertama munculnya pada daerah leher lalu ke seluruh tubuh. Sebelum muncul keluhan, pasien berobat ke dokter penyakit dalam dengan keluhan batuk lalu diberi pengobatan tetapi pasien tidak mengetahui nama obatnya. Riwayat alergi obat dan makanan disangkal oleh pasien. Riwayat menderita keluhan yang sama sebelumnya disangkal. Riwayat menderita hipertensi dan diabetes melitus disangkal oleh pasien, ada riwayat menderita sakit maag.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *compos mentis*. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 110 per 70 mmHg, nadi 96 kali per menit, frekuensi pernafasan 18 kali per menit, dan suhu 37,2°C. Status dermatologis terdapat pada seluruh tubuh, dengan *effloresensi* makula eritem dan skuama.



(gambar 1)



(gambar 2)



(gambar 3)

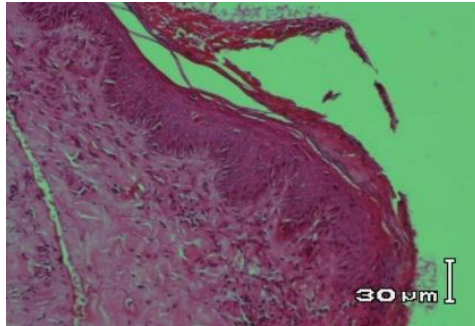


Ket gambar : 1,2,3,4 Tampak makula eritematosa disertai skuama kasar dan xerosis pada tubuh

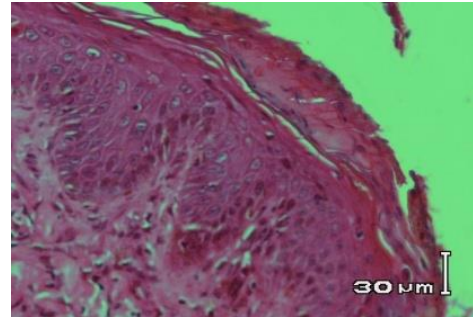
Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin di dapatkan hasil hemoglobin 10,2 g/dl, hematokrit 31,5%, eritrosit 3,73 ml, trombosit 276 ml, leukosit 12,2 ml, limfosit 2,2 ml, monosit 1.0 ml, granulosit 9.0 ml. Dan pada pemeriksan kimia darah hasilnya berupa GDS 76 mg/dl, LDL 21 mg/dl, HDL 24 mg/dl, kolesterol 104 mg/dl, trigliserida 99 mg/dl, SGOT 62 u/l,

albumin 1,9 g/dl, creatinin 16,6 mg/dl, dan ureum 270 mg/dl.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisis, pasien ini didiagnosis banding dengan eritroderma *et causa* psoriasis, eritroderma *et causa* drug eruption. Untuk menegakkan diagnosis dilakukan pemeriksaan histopatologi kulit.



(gambar 5)



(gambar 6)

Ket. Gambar 5 dan 6 : epidermis dengan hiperplasia psoriasiform, parakeratosis spongiosis, hiperkeratosis, dan abses Monroe. *Suprapapillary plate* menipis

Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan epidermis dengan hiperplasia psoriasiform, parakeratosis, spongiosis, dan pada bagian permukaan tampak abses Monroe. *Suprapapillary plate* menipis dan pada dermis superfisial tampak pembuluh darah melebar berisi eritrosit, yang kesimpulannya menyokong suatu psoriasis vulgaris (gambar 5, 6).

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan histopatologis sehingga ditegakkan diagnosis dengan eritroderma *et causa* psoriasis vulgaris.

Pasien dianjurkan untuk rawat inap. Terapi yang diberikan yaitu injeksi intravena dexamethason 10 mg / 12 jam per hari, injeksi intravena ranitidin 50 mg / 12 jam per hari, injeksi intravena gentamisin 80 mg / 12 jam, mebhydrolin napadisilat 50 mg

dua kali sehari pagi dan malam. Selain itu diberikan terapi topikal berupa krim mometasone pada wajah dioleskan pagi dan sore hari, desoximethason 30 gr ditambahkan lanolin 30% dalam vaselin 100 gr yang dioleskan setengah badan bagian atas pada pagi hari dan setengah badan bagian bawah pada sore hari.

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium maka pasien di konsul ke bagian penyakit dalam, dan didiagnosa dengan *Acute Kidney Injury* (AKI) renal, lalu diterapi dengan pemberian cairan infus NaCl 0,9% 12 tetes per menit, injeksi ceftriaxon intravena 1 gr per 24 jam, injeksi furosemid intravena 40 mg per 12 jam, injeksi intravena ondansentron 8 mg per 12 jam, amlodipin 5 mg diminum pada malam hari, ambroxol 30 mg diminum tiap

tiga kali sehari, kalsium fosfat 10 gr diminum tiap tiga kali sehari.

Pada perawatan hari ke-6, kulit yang terkelupas pada tubuh sudah

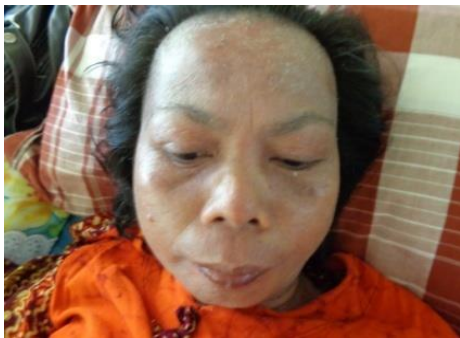
mulai membaik, kemerahan pada kulit masih tampak namun sudah berkurang, gatal sudah mulai berkurang.



(gambar 6)



(gambar 7)



(gambar 8)



(gambar 9)

Ket. gambar 6,7,8,9 : Tampak kemerahan dan skuama pada tubuh sudah berkurang

DISKUSI

Diagnosis eritroderma pada kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisis didapatkan kulit yang eritem dan skuama pada hampir seluruh tubuh, di mana sesuai dengan kepustakaan yang ada tentang gejala suatu eritroderma

yaitu terdapatnya eritem dan skuama di seluruh tubuh atau hampir seluruh tubuh^(1,2,4,6,11,15). Eritroderma dapat disebabkan oleh perluasan penyakit kulit dan penyakit sistemik. Eritroderma akibat perluasan penyakit kulit paling sering disebabkan oleh karena psoriasis dan dermatitis seboroik.^(1,3,6,9) Pada kasus ini

eritroderma disebabkan oleh psoriasis vulgaris.

Eritroderma merupakan penyakit yang relatif banyak terjadi di negara-negara tropis. Insiden eritroderma lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita, dengan perbandingan 2:1 dan usia rata-rata bervariasi mulai dari 41-61 tahun. Beberapa peneliti juga menuliskan eritroderma dapat ditemukan pada pasien hingga umur 80 tahun.^(1,6,10-12) Pasien kasus ini pasien seorang perempuan berumur 51 tahun.

Menurut Henseler dan Christopers, terdapat dua bentuk psoriasis yaitu tipe I dengan onset sebelum usia 40 tahun dan berhubungan dengan *human leucocyte antigen* (HLA); dan tipe II dengan onset usia setelah 40 tahun dan sedikit kaitannya dengan HLA.^(1,2) Pasien berumur 51 tahun dan tidak ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga.

Dari hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan berupa biopsi kulit menunjukkan bahwa gambaran epidermis dengan hiperplasia psoriasiform, spongiosis, hiperkeratosis, parakeratosis, hipogranulosis, *suprapapillary plate*

menipis, terdapat 1-2 netrofil pada daerah parakeratosis, pembuluh darah papila dermis melebar berisi eritrosit dan terdapat sebukan radang limfositik perivaskuler. Hal ini sesuai untuk gambaran eritroderma yang disebabkan oleh perluasan penyakit psoriasis vulgaris.^(8,9)

Penatalaksanaan utama dari eritroderma, apapun penyebabnya, adalah koreksi cairan dan elektrolit. Diet protein juga diperlukan sebagai pengganti nutrisi yang hilang. Perawatan kulit lokal secara lembut, termasuk pemakaian *oatmeal baths* dan *wet dressing* untuk lesi krusta, emolien dan kortikosteroid perlu diberikan. Terapi simptomatik termasuk antihistamin sedatif untuk pruritusnya. Antibiotik sistemik diperlukan untuk pasien dengan infeksi sekunder sistemik. Pasien tanpa adanya infeksi sekunder dapat juga memerlukan terapi antibiotik sistemik seperti adanya kolonisasi bakteri yang dapat menyebabkan eksaserbasi dari eritroderma.^(1,2,4,8,15,16) Sesuai kepustakaan, maka pasien diterapi dengan antibiotik sistemik intravena, antihistamin loratadin, kortikosteroid topikal, emolien yaitu lanolin dan

vaselin yang berfungsi untuk menahan penguapan air dari kulit.^(1,2,4,16)

Pada kasus ini, pasien diterapi dengan injeksi intravena dexamethason 10 mg per 12 jam per hari selama sepuluh hari yang kemudian diturunkan secara perlahan sesuai dengan perkembangan lesi, bercak kemerahan dan skuama juga berkurang demikian pula dengan rasa gatal. Di literatur lain disebutkan kortikosteroid oral sebaiknya dihindari, namun kadang-kadang pada prakteknya kortikosteroid sistemik ini merupakan satu-satunya terapi yang dapat membantu untuk menangani eritroderma yang bisa menyebabkan komplikasi metabolik di mana obat-obat lain tidak efektif atau dikontraindikasikan. Bentuk psoriasis berat juga dapat diberikan kortikosteroid sistemik jangka pendek.⁽¹⁷⁾ Pada berbagai kepustakaan, dikatakan bahwa pemberian kortikosteroid sistemik memberikan penyembuhan lesi psoriasis yang cepat, namun dapat juga menjadikan lesi psoriasis menjadi *flare* atau berubah menjadi psoriasis pustulosa jika pemakaiannya mendadak dihentikan.⁽⁷⁾

Pada pasien ini juga diberikan pengobatan topikal yaitu dengan

kombinasi desoksimeson 30 gr krim, lanolin 30% dan vaselin 100 gr, dibuat dalam bentuk ointment. Desoksimeson merupakan kortikosteroid topikal potensi kuat, yang memiliki sifat lipofilik, berpenetrasi ke kulit melalui difusi pasif, memiliki kemampuan sebagai anti inflamasi, immunosupresif, antimitotik dan vasokonstriktor.^(7, 10)

Prognosis eritroderma sangat bergantung pada penyebabnya. Pencegahan eritroderma dapat dilakukan dengan menghindari pemberian obat yang dapat mengakibatkan eritroderma. Catatan medis alergi harus diketahui dari pasien, serta penghentian steroid sistemik pada pasien psoriasis dan mencegah *rebound-flare*.⁽¹⁾

Setelah adanya perbaikan lesi, sebaiknya pada pasien diberikan pengertian tentang penyakit dasar dari eritroderma yang diderita tersebut.⁽¹⁸⁾ Pada pasien seharusnya diberi pengertian bahwa psoriasis merupakan penyakit kronis yang bersifat genetik, dan tidak menjanjikan bisa sembuh sempurna dari psoriasis dan sebaiknya menghindarkan diri dari segala pencetus psoriasis.^(1,4,9,15)

DAFTAR PUSTAKA

1. Grant-kels JM, Fedeles F, Rothe MJ. Exfoliative dermatitis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell. DJ, Wolff K, et al., editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: Mc Graw Hill 2012. p. 401-14.
2. Berth-Jones J. Erythroderma. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 8 ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p. 23.46-23.50.
3. Zattra E, Fortina AB, Peserico A, Alaibac M. Erythroderma in the era of biological therapies. *Eur J Dermatol.* 2012;22(2):167-71.
4. Karakayli G, Beckham G, Orengo I, Rosen T. Exfoliative Dermatitis. *Am Fam Physician.* 1999;59:625-30.
5. Yan K, Liu C, Xu Z, Liu Z, Wang K, Jiang Y, et al. Renal cell carcinoma presenting as exfoliative dermatitis (erythroderma) - a case report. *Clin Nephrol.* 2013;80:63-6.
6. Pal S, Haroon TS. Erythroderma : a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol.* 1998;37:104-7.
7. Fujimura T, Okuyama R, Nakagawa S, Terui T, Aiba S. Generalized mucinosis in a patient with erythroderma. *Dermatology.* 2006;212:366-9.
8. Kanthraj GR, Srinivas CR, Devi PU, Ganasoundari A, Shenoi SD, Deshmukh RP, et al. Quantitative estimation and recommendations for supplementation of protein lost through scalling in exfoliative dermatitis. *Int J Dermatol.* 1999;38: 91-5.
9. Khaled A, Sellami A, Fazaa B, Kharfi M, Zeglaoui F, Kamoun M. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *J Euro Dermatol.* 2010;24:781-8
10. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol.* 2005;5(5):1-5.
11. Rym BM, Mourad M, Bechir Z, Dalenda E, Faika C, Iadh AM, et al. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int J Dermatol.* 2005;44:731-5.

12. Salami TAT, Oziegbe O, Omeife H. Exfoliative dermatitis: patterns of clinical presentation in a tropical rural and suburban dermatology practice in Nigeria. *Int J Dermatol.* 2012;51:1086-9.
13. Li LF, Sujana SA, Yang H, Wang WH. Serum immunoglobulins in psoriatic erythroderma. *Clin Dermatol.* 2005;30:125-7.
14. Teran-Escalera CN, Balderrama C. A severe case of erythrodermic psoriasis associated with advanced nail and joint manifestations: a case report. *BMC Dermatol.* 2010;4:1-3.
15. James WD, Berger TG, Elston DM. Psoriasis. In: James WD, Berger TG, Elston DM, editors. *Andrews diseases of the skin clinical dermatology.* 10 ed. Pennsylvania: Saunders Elsevier; 2006. p. 193-202.
16. Bruno TF, Grewal P. Erythroderma: A dermatologic emergency. *CJEM.* 2009;11(3):244-6.
17. FW BE. Psoriasis : Penatalaksanaan. In: T A, S SA, D D, editors. *Metode diagnostik dan penatalaksanaan psoriasis.* Jakarta: FK UI; 2003. p. 32-52.
18. Hunter JAA, Savin JA, Dahl MV. Psoriasis. In: Hunter JAA, Savin JA, Dahl MV, editors. *Clinical dermatology.* Australia: Blackwell Science; 2002. p. 48-62.