

Psoriasis Inversa: Laporan Kasus

Frista Martha Rahayu

Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati
frista_martha@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Psoriasis merupakan kelainan inflamasi mediasi imun yang berlangsung kronik, melibatkan kulit, kuku, dan sendi pada dewasa maupun anak-anak. Diagnosis memerlukan kombinasi antara pemeriksaan klinis, laboratorium dan histopatologis. **Tujuan:** Melaporkan satu kasus psoriasis inversa pada anak yang merupakan kasus yang jarang. **Kasus:** Seorang anak laki-laki, berusia 2 tahun 7 bulan, dengan keluhan bercak kemerahan bersisik di badan terutama pada daerah lipatan ketiak, lipat paha, leher, dada, perut, dan punggung sejak 3 minggu yang lalu. Dilakukan beberapa pemeriksaan manipulasi berupa penggosokan pada lesi dan didapatkan fenomena auspitz dan fenomena tetesan lilin. Skor PASI 13,5 tergolong derajat sedang. Pemeriksaan histopatologi didapatkan parakeratosis spongiosis, agregasi netrofil (mikroabses munro), akantosis, stroma jaringan ikat fibrosa yang sembab dan hiperemis, bersebaran limfosit dan histiosit. Dimana hasil pemeriksaan histopatologis mendukung diagnosis psoriasis. **Penatalaksanaan:** Pasien diterapi dengan asam salisilat 3% dan desoksimeson 0,25% oint siang dan malam, dan krim urea 10% untuk pagi dan sore. Setelah mendapat terapi selama 25 hari memberikan hasil yang memuaskan. **Simpulan:** Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan histopatologi, telah ditegakkan kasus psoriasis inversa pada seorang anak 2 tahun 7 bulan. Terapi dengan asam salisilat 3%, desoksimeson 0,25% oint dan krim urea 10% memberikan hasil yang memuaskan.

Kata kunci: Psoriasis inversa, psoriasis vulgaris, mikroabses munro.

ABSTRACT

Backgrounds: Psoriasis is a chronic inflammatory immune disorder that involves the skin, nails and joints in adults and children. Diagnosis required a combination of clinical, laboratory and histopathological examinations. **Objective:** To report a case of inverse psoriasis in children which is a rare case. **Case:** A 2 years and 7 months old boy, presented with complaints of scaly reddish spots on the body especially in the areas of the armpits, groin, neck, chest, abdomen, and back since 3 weeks ago. Some manipulation tests were done with scratching the lesion, then revealed the auspitz and drop wax phenomenon. A PASI score of 13.5 is classified as moderate. Histopathological examination revealed parakeratosis spongiosis, and regular acanthosis, neutrophils aggregation (micro-abscesses munro), fibrous connective tissue stroma swollen hyperemia, lymphocytes and histiocytes. The results of histopathological examination support the diagnosis of psoriasis. **Management:** Patients treated with salicylic acid 3% and desoxymethasone 0.25% ointment every 12 hours, and 10% urea cream every 12 hours. After receiving therapy for 25 days gave satisfactory results. **Conclusion:** Based on anamnesis, physical examination, histopathological examination, a case of inverse psoriasis in a child 2 years and 7 months. Therapy with salicylic acid 3%, desoxymethasone 0.25% ointment and 10% urea cream gave satisfying results.

Keywords: Inverse psoriasis, psoriasis vulgaris, microabses munro.

Pendahuluan

Psoriasis merupakan kelainan inflamasi mediasi imun yang berlangsung kronik, melibatkan kulit, kuku, dan sendi pada dewasa maupun anak-anak. Meskipun psoriasis pada anak memiliki subtype klinis yang sama dengan dewasa, namun distribusi dan morfologi lesi yang muncul dapat berbeda, dan gejala klinis yang muncul lebih bervariasi.¹ Prevalensi psoriasis 2-3,5% dari populasi. Insidensi tertinggi 2,9% dari populasi dilaporkan dari Eropa yakni Denmark. Insidensi kasus psoriasis di Asia tergolong rendah yaitu 0,4%. Dari kasus psoriasis yang dilaporkan 10% onset

dimulai dari usia dibawah 10 tahun, dan setidaknya 2% dimulai usia kurang dari 2 tahun. Usia onset puncak yaitu antara 15-30 tahun. Perbedaan onset sesuai dengan jenis kelamin sangat bervariasi. *Winta RD, dkk* melaporkan 198 kasus (0,74%) psoriasis di RSUP.Dr.Kariadi selama tahun 2003-2007, dan hanya 2 kasus psoriasis pada anak (untuk rentang usia 2-9 tahun).^{2,3,4}

Bentuk klinis dari psoriasis hampir 90% merupakan psoriasis vulgaris, selain itu psoriasis gutata, psoriasis inversa atau fleksural, psoriasis eksudativa, sebopsoriasis, psoriasis pustulosa, dan eritroderma psoriatik. Predileksi psoriasis vulgaris

yaitu pada bagian ekstensor, perut, punggung dan kulit kepala. Selain itu dibahas juga mengenai psoriasis inversa dimana predileksinya pada daerah lipatan seperti aksila, regio genito-kruris, dan leher.³

Etiologi dan patogenesis psoriasis masih belum diketahui dengan pasti, namun diduga terdapat keterlibatan faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik yang diduga terlibat antara lain: HLA-B13, -B17, -Cw6. Gen tersebut diduga memegang peranan pada aktivasi dan sinyalir sel Th2 dan Th17 pada patogenesis psoriasis. Sedangkan faktor lingkungan seperti trauma, paparan sinar matahari, infeksi, obat-obatan, faktor metabolik, faktor psikogenik, merokok dan konsumsi alkohol. Diduga *overweight* atau obesitas, selain infeksi saluran nafas, vaksinasi, gangguan elektrolit (hipokalemia) menjadi faktor pencetus kasus psoriasis pada anak.^{2,5,6,7,8}

Gambaran klasik dari psoriasis yaitu bercak kemerahan yang meninggi dengan batas yang tegas, plak kemerahan, mengkilap, dengan permukaan berwarna putih keperakan. Tanda khas ditemukan pada kasus psoriasis yaitu tanda auspitz dan fenomena tetesan lilin. tanda auspitz yaitu akan tampak bintik-bintik perdarahan pada saat skuama dikelupas. Selain itu dapat ditemukan juga tanda koebner yakni lesi psoriasis muncul karena diinduksi oleh trauma.³

Hasil pemeriksaan laboratorium yang abnormal tidak spesifik pada kasus psoriasis, tidak pasti ditemukan pada semua pasien psoriasis. Pada kasus psoriasis yang berat dapat ditemukan gangguan keseimbangan elektrolit dan penurunan albumin. Selain itu biasanya ditemukan meningkatnya profil lipid dan asam urat. Hasil dari pemeriksaan histopatologi psoriasis vulgaris didapatkan gambaran parakeratosis, elongasi dari *rete redge*, agregasi netrofil pada epidermis (mikroabses munro), dilatasi pembuluh darah dermis dan infiltrat limfositik perivaskular.^{1,3}

Penatalaksanaan psoriasis pada anak, lini pertama yaitu dengan pemberian terapi topikal untuk kelainan yang terbatas pada kulit, namun dengan perjalanan penyakit yang kronis dan sesuai derajat keparahannya, maka terapi sistemik dan fototerapi membantu untuk mengurangi remisi penyakit. Terapi topikal dengan pemberian steroid topikal golongan lemah-sedang. Selain itu dapat diberikan analog vitamin D, anthralin, kalsineurin

inhibitor seperti tacrolimus (0,03 dan 0,1%) dan pimecrolimus (1%). Terapi sistemik yang dapat diberikan antara lain metotreksat, siklosporin, retinoid, *fumaric acid ester*. *Narrow band UV B light* efektif untuk kasus psoriasis pada anak dengan psoriasis bentuk plak maupun gutata.^{2,9}

Laporan Kasus

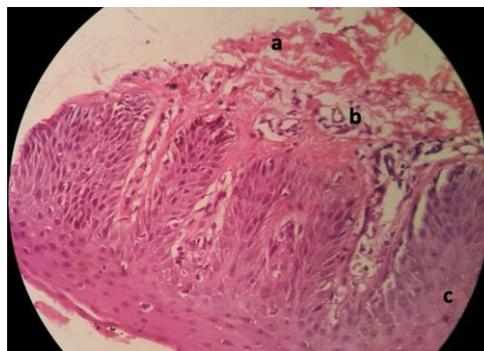
Seorang anak laki-laki, berusia 2 tahun 7 bulan, berasal dari Rembang - Jawa Tengah dengan keluhan bercak kemerahan bersisik di badan terutama pada daerah lipatan ketiak, lipat paha, leher, dada, perut, punggung. Awalnya 3 minggu lalu muncul bercak-bercak kemerahan bersisik, awalnya di leher dan punggung. Kemudian bercak kemerahan bersisik semakin lama semakin meluas dan bertambah banyak. Keluhan seperti ini baru pertama kali dirasakan oleh penderita. Terdapat riwayat sering batuk pilek sejak 1 bulan terakhir, disertai dengan demam. Sudah berobat ke dokter umum diberi obat penurun demam dan sirup batuk pilek, keluhan sempat membaik namun masih sering dikeluhkan.

Pemeriksaan fisik menunjukkan tanda vital dalam batas normal. Status dermatologis pada wajah, leher, dada, perut, punggung, lipatan ketiak, lipat paha, kedua ekstremitas didapatkan makula eritema, multipel, skuama tebal berlapis, plak eritema, tidak ditemukan *central healing* maupun tepi aktif (Gambar 1). Dilakukan beberapa pemeriksaan manipulasi berupa penggoresan pada lesi dan didapatkan fenomena auspitz dan fenomena tetesan lilin, sedangkan fenomena koebner tidak dinilai karena harus menunggu beberapa hari untuk muncul.

Pemeriksaan dilakukan dengan laboratorium darah rutin, fungsi hati, fungsi ginjal, dan ASTO, selain itu dilakukan pemeriksaan KOH 10% untuk menyingkirkan diagnosis banding dan dilakukan biopsi kulit untuk pemeriksaan histopatologi. Hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Hasil pemeriksaan histopatologi didapatkan gambaran parakeratosis spongiosis, agregasi netrofil (mikroabses munro), akantosis, stroma jaringan ikat fibrosa yang sembab dan hiperemis, bersebaran limfosit dan histiosit (Gambar 2). Dimana hasil pemeriksaan histopatologis mendukung diagnosis psoriasis.



Gambar 1. Pengamatan awal



Gambar 2. Gambaran histopatologis dari Psoriasis vulgaris dengan pengecatan HE,
a. parakeratosis; b. mikroabses munro; c. akantosis.



Gambar 3. Pengamatan akhir (hari ke-25)

Pasien ini mendapat terapi berupa pengobatan sistemik dan topikal. Pasien mendapat antihistamin cetirizine sirup 2,5 mg setiap 24 jam (bila gatal), dan mendapat terapi topikal berupa asam salisilat 3% dan desoksimeseton 0,25% oint tiap 12 jam dioles pagi – sore selang seling dengan krim urea 10% tiap 12 jam dioles siang – malam. Setelah mendapat terapi selama 25 hari memberikan hasil yang memuaskan (Gambar 3).

Keluarga pasien diberikan edukasi terkait penyakitnya, perawatan kulit seperti menghindari menyentuh atau menggaruk lesi yang diatutkan dapat menimbulkan infeksi sekunder, serta pentingnya menjaga higienitas diri. Prognosis pasien ini *quo ad vitam ad bonam, quo ad sanam dubia ad bonam, dan quo ad kosmetikam ad bonam.*

Pembahasan

Penegakkan diagnosis pada kasus ini berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan histopatologi. Pada anamnesis pasien anak laki-laki mengeluhkan bercak kemerahan bersisik pada daerah lipatan ketiak, lipat paha, leher, dada, perut, dan punggung. Pada kepustakaan menunjukkan insidensi psoriasis pada laki-laki maupun perempuan sama. Diderita oleh orang dewasa, namun sepertiga kasus dimulai dari usia anak-anak. Berdasarkan keluhan ini pasien kemungkinan menderita psoriasis. Gambaran klasik dari psoriasis yaitu bercak kemerahan, batas yang tegas, plakat kemerahan, mengkilap, dengan permukaan berwarna putih keperakan.

Diagnosis banding pada kasus psoriasis inversa pada anak yaitu dermatitis seboroik, tinea korporis et kruris dan kandidiasis kutis intertriginalis. Selain pada dewasa, dermatitis seboroik dapat juga mengenai anak-anak. Predileksi dermatitis seboroik mengenai daerah yang banyak memiliki kelenjar sebacea seperti pada wajah, kulit kepala, retroaurikuler dan daerah intertriginosa. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya skuama. Skuama dermatitis seboroik pada kepala didapatkan krusta tebal, berwarna kekuningan, tampak berminyak, skuama yang konfluen, pada area verteks dan frontal (*cradle cap*). Pada dermatitis seboroik tidak didapatkan fenomena auspitz dan tetesan lilin, maka diagnosis banding ini dapat disingkirkan.^{3,13}

Kemungkinan diagnosis tinea korporis et kruris dapat disingkirkan karena pada pemeriksaan penunjang kerokan kulit KOH 10% tidak didapatkannya hifa/pseudohifa maupun ragi. Lesi pada tinea korporis et kruris menunjukkan gambaran makula eritema berbatas tegas, tepi aktif, *central healing*. Tidak ditemukan fenomena auspitz, koebner, dan tetesan lilin pada kasus tinea.^{3,14}

Diagnosis banding kandidiasis kutis intertriginosa dikarenakan predileksi lesi yang didapatkan pada daerah lipatan, seperti ketiak, leher,

dan lipat paha, namun dapat juga ditemukan pada kepala, perut, dada, dan punggung. Sedangkan pada pemeriksaan fisik tidak menunjang diagnosis kandidiasis kutis, yakni tidak ditemukan adanya lesi satelit. Lesi pada kandidiasis kutis menunjukkan makula eritema berbatas tegas, berskuama halus, basah, dikelilingi lesi satelit berupa vesikel maupun papul eritema, dapat juga disertai pustul. Pada kandidiasis kutis intertriginosa tidak ditemukan adanya fenomena auspitz dan tetesan lilin. Pada pemeriksaan penunjang kerokan kulit KOH 10% tidak didapatkannya pseudohifa maupun ragi.³

Pemeriksaan fisik didapatkan UKK makula eritema, skuama tebal berlapis, plakat eritema, selain itu ditemukan fenomena auspitz serta tetesan lilin. Sesuai dengan kepustakaan dimana gambaran klasik dari psoriasis yaitu bercak kemerahan dengan batas yang tegas, plakat kemerahan, mengkilap, dan skuama berwarna putih keperakan. Fenomena auspitz merupakan gambaran spesifik yang ditemukan pada kasus psoriasis, ditandai dengan bintik-bintik perdarahan yang tampak dari permukaan eritematososa, yang terjadi setelah skuama hiperkeratotik diangkat secara mekanik dari plak psoriatik. Sedangkan fenomena tetesan lilin merupakan skuama yang berubah warnanya menjadi putih pada goresan, seperti lilin yang digores. Predileksi psoriasis vulgaris sesuai dengan kepustakaan yaitu pada bagian ekstensor, perut, punggung dan kulit kepala, sedangkan untuk psoriasis inversa pada daerah lipatan seperti aksila, regio genito-kruris, dan leher. Ujud kelainan kulit kasus menyerupai dan sesuai dengan kriteria psoriasis sehingga diagnosis psoriasis dapat ditegakkan. Pasien ini termasuk dalam psoriasis vulgaris namun dikarenakan predileksi di daerah lipatan maka didiagnosis sebagai psoriasis inversa.^{3,4,11,12}

Pemeriksaan penunjang pada psoriasis dianjurkan untuk pemeriksaan histopatologi dan kerokan KOH. Pada hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan jaringan dilapisi epitel skuamous kompleks, parakeratosis, spongiosis, agregasi netrofil pada epidermis (mikroabses munro), akantosis, stroma jaringan ikat fibrosa sembab dan hiperemis, bersebaran limfosit dan histiosit. Tidak tampak tanda ganas. Hasil histopatologi tersebut menyokong diagnosis Psoriasis Vulgaris dimana didapatkan gambaran parakeratosis, elongasi dari rete redge, agregasi netrofil pada epidermis (mikroabses munro), dilatasi pembuluh darah dermis dan infiltrat limfositik perivaskular.¹

Terdapat berbagai macam pilihan pengobatan psoriasis tergantung lokasi, luas lesi, beratnya penyakit, lama penyakit dan usia penderita. Tatalaksana kasus ini diberikan kortikosteroid topikal yaitu desoksimesetason oint 0,25% dicampur dengan asam salisilat 3%. Kortikosteroid topikal paling sering diberikan pada kasus psoriasis untuk

semua usia, mempunyai efek antiinflamasi dan anti mitosis. Pada dewasa, kortikosteroid diberikan potensi lemah sampai sedang untuk lesi pada wajah, fleksural dan genital. Kombinasi dengan kortikosteroid topikal potensi kuat untuk area kulit yang tebal seperti telapak tangan dan kaki. Efek samping yang tidak diharapkan pada pemberian steroid topikal jangka panjang yaitu atrofi kulit. Asam salisilat merupakan agen keratolitik yang memudahkan penghancuran skuama. Krim urea 10% merupakan emolien, diberikan bertujuan menjaga kelembaban kulit. Selain pemberian terapi topikal, diberikan terapi sistemik yakni cetirizine sirup 2,5 mg per 24 jam untuk mengurangi keluhan gatal. Sesuai dengan kepustakaan, lini pertama tatalaksana psoriasis pada anak yaitu pemberian topikal, seperti kortikosteroid, vitamin D3 dan analog, antrallin (dithranol), coal tar, tazarotene, kalsineurin inhibitor topikal, asam salisilat, dan emolien.^{1,3}

Sebelum dan sesudah pengobatan dilakukan pengukuran skor *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)* pada penderita. Pengukuran skor *PASI* dinilai secara subyektif per area yaitu kepala, ekstremitas atas, badan, dan ekstremitas bawah. Yang dinilai pada *PASI* adalah eritema, indurasi, deksuamasi, dan luas lesi. Pada pengamatan pertama didapatkan skor *PASI* 13.5, pada pengamatan kedua (hari ke-5) didapatkan penurunan skor *PASI* menjadi 11.4, dan pada pengamatan terakhir (hari ke-25) skor *PASI* menjadi 1.6. Hal ini menunjukkan pemberian terapi kortikosteroid topikal pada psoriasis inversa pada anak memberikan hasil yang bermakna.

Prognosis psoriasis inversa pada anak dalam kasus ini yaitu *quo ad vitam ad bonam*, *quo ad sanam dubia ad bonam* dan *quo ad kosmetikam dubia ad bonam*. Sesuai dengan kepustakaan, bahwa

pada umumnya psoriasis berjalan kronik dan residif, dengan berbagai macam pencetus, tetapi jarang membahayakan kehidupan. Belum ada terapi yang efektif untuk penyembuhan yang sempurna.^{4,8}

Simpulan

Psoriasis merupakan penyakit kronis yang ditandai inflamasi dan hiperproliferasi dari epidermis. Gambaran klasik dari psoriasis yaitu bercak kemerahan dengan batas yang tegas, plakat kemerahan, mengkilap, dengan skuama berwarna putih keperakan. Dengan tes tambahan didapatkan fenomena auspitz, tetesan lilin dan koebner.

Penegakan diagnosis didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan klinis, laboratorium, dan pemeriksaan histopatologi. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik mirip dengan penyakit eritropapuloskuamosa lainnya seperti dermatitis seboroik. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu penegakan diagnosis. Hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Pada hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan jaringan dilapisi epitel squamous kompleks, parakeratosis, hiperplasia sel basal, spongiosis, agregasi netrofil (mikroabses munro), akantosis, stroma jaringan ikat fibrosa sembab dan hiperemis, bersebukan limfosit dan histiosit. Hasil histopatologi ini menyokong diagnosis psoriasis.

Berbagai macam pilihan pengobatan psoriasis tergantung lokasi, luas lesi, beratnya penyakit, lama penyakit dan usia penderita. Penatalaksanaan psoriasis lini pertama pada anak yaitu dengan pemberian terapi topikal, seperti kortikosteroid, vitamin D3 dan analog, antrallin (dithranol), coal tar, tazarotene, kalsineurin inhibitor topikal, asam salisilat, dan emolien. Terapi dengan asam salisilat 3%, desoksimeseton 0,25% oint dan krim urea 10% memberikan hasil yang memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bronckers I.M.G.J., Paller S.A., et al. Psoriasis in Children and Adolescent: Diagnosis, Management, and Comorbidities. *Pediatric Drugs*. 2015; 17: 373-384.
2. Bhutto A.M. Childhood Psoriasis: A review of literature. *Journal of Pakistan Association of Dermatologist*. 2011; 21(3): 190-97.
3. Gudjonsson J.E., Elder J.T. Psoriasis. Dalam: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th ed, Vol.1. New York: McGraw-Hill; 2012: 197-230.
4. Winta R., Murlistyarini S., Budiastuti A., Indrayanti S. Psoriasis di RSUP Dr. Kariadi Semarang: Kumpulan naskah ilmiah kongres nasional IX Perdoski Jilid 1. Palembang: Airlangga University Press. 2008: 45-7.
5. Braunfalco O., Plewig F., Wolff HH., Winkelmann RK. Erythema-papulosquamous disease. Dalam: *Dermatology*. Berlin: Springer-Verlag, 2000: 585-605.
6. Kerkhof PC. Psoriasis. In: Bologna JL., Jorizzo JL., Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd edition. Volume 3. Philadelphia: Mosby; 2008: 115-35.
7. Thomas J., Kumar P. Childhood psoriasis – a challenge to all. *E-journal of the Indian Society of Tele dermatology*. 2010; vol.4; no.2.
8. Griffiths CEM., Barker JNWN. Psoriasis. Dalam: Burns T., Brathnach, Cox Neil, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. Volume 1. 8th edition. United Kingdom. 2010; 20.1-20.60.
9. Jager ME., Jong EM., Kerkhof, Seyger. Efficacy and Safety Treatments for Childhood Psoriasis: A Systemic literature review. *J Am Acad Dermatol*. Volume 62/. 2010: 1013-30 Fouere S., Adjud L., Pawin H. How

- patient experience psoriasis: result from a European survey. *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2005; 19; Suppl.3; 2-6.
10. Cohen AB. Papuloquamous Eruptions. Dalam: Cohen AB. *Pediatric Dermatology*. 3rd edition. Spain: Mosby. 2005: 67-99.
 11. Lebwohl M., Menter A., Koo J., Feldman SR. Combination therapy to treat moderate to severe psoriasis. *Journal American Academy Dermatology*. Volume 62. 2010: 1013-30.
 12. Diana IA. Dermatitis Seboroik pada Bayi dan Anak. Dalam: Kabulrachman, Prasetyowati, Indrayanti, Subakir, penyunting. *Penyakit Papuloeritroskuamosa dan Dermatmikosis Superfialis pada Bayi dan Anak*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. 2008: 7-17.
 13. Hogan PA. Papulosquamous Disease. Dalam: Schahner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric Dermatology*. Edisi ke-3. Mosby. 2003; 643-52