

Psoriasis Vulgaris Pada Laki-laki 46 Tahun

Kurnia Fitri Aprilliana, Hanna Mutiara
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Psoriasis adalah suatu penyakit inflamasi kulit bersifat kronis residif, dapat mengenai semua umur yang ditandai dengan plak kemerahan yang ditutupi oleh sisik yang tebal berwarna putih keperakan dan berbatas tegas. Umumnya lesi psoriasis berdistribusi secara simetris dengan predileksi terutama di daerah siku dan lutut, kulit kepala, lumbosakral, gluteal dan genitalia. Seorang laki-laki berusia 46 tahun datang ke Poli Penyakit Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Daerah H Abdul Moeloek dengan keluhan timbul bercak kemerahan di seluruh tubuh sejak 4 bulan yang lalu. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada regio kapitis, trunkus posterior, abdominalis, ekstremitas superior dextra et sinistra, ekstremitas inferior dextra et sinistra tampak plak eritema multiple berdistribusi sebagian diskret dan konfluen dengan permukaan ditutupi skuama putih berlapis-lapis disertai papula-papula sekitar lesi dan terdapat ekskoriasi. Pasien didiagnosis dengan Psoriasis Vulgaris dengan anjuran dilakukan pemeriksaan manipulasi yaitu tes Tetesan Lilin, tes Auzpits dan Fenomena Kobner. Pasien mendapat terapi metilpredinolon tablet 8 mg per oral tiap 12 jam dan ceterizin tablet 10 mg tiga kali sehari bila gatal serta pengobatan topikal berupa pemberian Benoson cream 10 gram tiga kali sehari dan diberikan edukasi mengenai cara perawatan kulit yang sakit.

Kata kunci: fenomena Kobner, plak eritem, psoriasis, psoriasis vulgaris, tes Auzpits, tes tetesan lilin, skuama

Psoriasis Vulgaris in 46 year-old Male

Abstract

Psoriasis is an inflammatory skin disease which chronic and residive, it can happen on all ages, and has characterized like patches eritomatous which covered by thick white scales and circumsript. Commonly psoriasis lesions are symmetrically distributed with predilection especially in the elbow and knee, scalp, lumbosacral, gluteal and genital. A 46-year-old male came to the Dermatoverenology Poly in Hospital with patches which spots all over the body since 4 months ago. On physical examination in the capitis region, posterior trunk, abdominal, superior dextra et sinistra extremity, inferior limb dextra et sinistra shows multiple erythema patches or plaque some part was discrete and another was confluent plaque with multiple layers of white skuama was covering the surface of the lesions and it has papules around the lesions and there is also has excoriation. Patients was diagnosed with Vulgaris psoriasis which suggested some manipulation examination like Candle Drop Test, Auzpits Test and Kobner Phenomenon. The treatment for this patient there are systemic treatment 8 mg methylpredinolone tablets per oral every 12 hours and ceterizin tablets 10 mg three times a day when feel itchy and topical treatment like Benoson cream 10 grams three times a day and patient should be educated about how to cure the lesion skin.

Keywords: Auzpits test, candle drop test, eritomatous plaque, Kobner phenomem, psoriasis, psoriasis vulgaris, squama,

Korespondensi: Kurnia Fitri Aprilliana, alamat Jl. Manunggal no.91 Bandar Lampung, HP 081367274809, e-mail kurfitri1080@yahoo.com

Pendahuluan

Psoriasis adalah peradangan kulit yang bersifat kronik dengan karakteristik berupa plak eritematosa berbatas tegas, skuama kasar, berlapis dan berwarna putih keperakan terutama pada siku, lutut, *scalp*, punggung, umbilikus dan lumbal.¹ Awalnya psoriasis dianggap sebagai penyakit berupa proliferasi dan diferensiasi abnormal dari keratinosit. Namun, pemahaman saat ini menunjukkan bahwa psoriasis adalah penyakit autoimun yang dimediasi oleh sel T yang melibatkan hiperkeratosis dan parakeratosis.² Prevalensi psoriasis bervariasi dari 1 sampai 12% di antara populasi yang berbeda di seluruh dunia.³ Psoriasis mempengaruhi 1,5 – 2% populasi negara barat. Di Amerika Serikat, terdapat 3

sampai 5 juta orang menderita psoriasis. Kebanyakan dari mereka menderita psoriasis lokal, tetapi sekitar 300.000 orang menderita psoriasis generalisata.⁴

Beberapa penulis telah membahas masalah yang terkait dengan usia yang akurat pada onset terjadinya psoriasis. Psoriasis dapat muncul pada usia berapa pun, yang paling sering ditemukan antara usia 15 dan 30 tahun. WHO menunjukkan bahwa didaptkannya *Human Leucocyte Antigen* (HLA) tertentu, terutama HLA-Cw6, berkaitan dengan kejadian psoriasis usia dini dan dengan riwayat keluarga yang positif. Sehingga diusulkan oleh para peneliti bahwa terdapat 2 bentuk psoriasis yang berbeda yaitu psoriasis tipe I dengan usia onset sebelum 40 tahun dan berhubungan

dengan HLA, dan tipe II, dengan usia onset setelah 40 tahun dan kurang berkaitan HLA.⁵ Sekitar 1/3 penderita psoriasis melaporkan terdapatnya riwayat keluarga yang juga menderita psoriasis. Apabila orang tua tidak menderita psoriasis, maka risiko mendapat psoriasis sebesar 12%, sedangkan bila salah satu orang tua menderita psoriasis maka risikonya meningkat menjadi 34-39%.¹ Ada kesepakatan luas pada populasi kulit putih, bagaimanapun, bahwa usia dini saat onset dikaitkan dengan kemungkinan riwayat keluarga positif yang lebih tinggi dan dengan pengangkutan HLA yang terkait dengan penyakit.⁵

Faktor imunologi juga mempengaruhi kejadian psoriasis. Defek genetik pada psoriasis dapat diekspresikan pada salah satu dari ketiga jenis sel yaitu limfosit T, sel penyaji antigen (dermal) atau keratinosit. Keratinosit psoriasis memerlukan stimulasi untuk aktivasinya. Lesi psoriasis yang matang umumnya penuh dengan sekumpulan limfosit T di dermis yang terutama terdiri atas limfosit T CD4 dengan sedikit sekumpulan limfositik dalam epidermis. Pada umumnya pada lesi baru lebih didominasi oleh sel limfosit T CD8.⁶ Pada lesi psoriasis terdapat sekitar 17 sitokin yang produksinya bertambah. Sel Langerhans juga berperan dalam imunopatogenesis psoriasis. Terjadinya proliferasi epidermis dimulai dengan adanya pergerakan antigen baik endogen maupun eksogen oleh sel langerhans. Pada psoriasis, pembentukan epidermis (*turn over time*) lebih cepat, hanya 3-4 hari, sedangkan pada kulit normal lamanya 27 hari.¹ Berbagai faktor pencetus pada psoriasis yang disebutkan dalam kepustakaan diantaranya adalah stress psikis, infeksi fokal, endokrin, gangguan metabolik, obat, alkohol dan merokok.^{5,7}

Psoriasis merupakan penyakit peradangan kronik yang ditandai oleh hiperproliferasi dan inflamasi epidermis dengan gambaran morfologi, distribusi, serta derajat keparahan penyakit yang bervariasi.¹ Kelainan kulit terdiri dari bercak-bercak eritema yang meninggi (plak) dengan skuama diatasnya. Eritema sirkumskripta dan merata, tetapi pada masa penyembuhan seringkali eritema di tengah menghilang dan hanya terdapat di pinggir. Skuama berlapis-lapis, kasar dan berwarna putih seperti mika serta transparan. Besar kelainan bervariasi, bisa lentikular, numular, plak dan dapat

berkonfluensi. Jika seluruhnya atau sebagian besar berbentuk lentikular disebut psoriasis gutata, biasanya terjadi pada anak-anak, dewasa muda dan terjadi setelah infeksi oleh *Streptococcus*.⁴ Lesi kulit pada psoriasis biasanya simetris dan dapat disertai gejala subjektif seperti gatal dan rasa terbakar.¹ Pada pasien psoriasis dengan kulit gelap, distribusi hampir sama, namun papul dan plak berwarna keunguan dengan sisik abu-abu. Pada telapak tangan dan telapak kaki, berbatas tegas dan mengandung pustul steril dan menebal pada waktu yang bersamaan.⁷

Pada psoriasis terdapat fenomena tetesan lilin, Auspitz dan Kobner (isomorfik). Kedua fenomena tetesan lilin dan Auspitz dianggap khas, sedangkan Kobner dianggap tidak khas, hanya kira-kira 47% dari yang positif dan didapat pula pada penyakit lain, misalnya *Liken Planus* dan *Veruka plana juvenilis*. Fenomena tetesan lilin ialah skuama yang berubah warnanya menjadi putih pada goresan seperti lilin yang digores, disebabkan oleh perubahan indeks bias. Cara pemeriksaannya dengan menggoresnya menggunakan pinggir gelas alas.⁴ Pada fenomena Auspitz tampak serum atau darah berbintik-bintik yang disebabkan oleh papilomatosis. Cara pemeriksaannya dengan mengerok skuama yang berlapis dengan menggunakan ujung gelas alas. Setelah skuama habis maka pengerokan harus dilakukan dengan pelan-pelan karena jika terlalu dalam tidak tampak perdarahan yang berupa bintik-bintik melainkan perdarahan yang merata. Trauma pada kulit penderita psoriasis misalnya trauma akibat garukan dapat menyebabkan kelainan kulit yang sama dengan psoriasis dan disebut dengan fenomena Kobner yang timbul sekitar setelah 3 minggu.¹

Psoriasis juga dapat menyebabkan kelainan kuku yakni sekitar 50% yang agak khas yaitu yang disebut dengan *pitting nail* atau *nail pit* yang berupa lekukan-lekukan miliar. Kelainan yang tidak khas yaitu kuku yang keruh, tebal, bagian distalnya terangkat karena terdapat lapisan tanduk di bawahnya (*hyperkeratosis subungual*) dan onikolisis. Di samping menimbulkan kelainan pada kulit dan kuku, penyakit ini dapat pula menimbulkan kelainan pada sendi. Umumnya bersifat poliartikular, tempat predileksinya pada sendi interfalangs distal.⁴

Lesi primer pada pasien psoriasis dengan kulit yang cerah adalah merah, papul dan berkembang menjadi kemerahan, plak yang berbatas tegas (Gambar 1). Lokasi plak pada umumnya terdapat pada siku, lutut, skalp, umbilikus, dan intergluteal.⁸



Gambar 1. Pasien psoriasis dengan kulit cerah, lesi primer adalah plak merah dengan sisik putih perak.⁸

Pada pasien psoriasis dengan kulit gelap, distribusi hampir sama, namun papul dan plak berwarna keunguan dengan sisik abu-abu (Gambar 2.).⁴



Gambar 2. (Pasien dengan kulit gelap, plak dan papul berwarna keunguan dan sisik berwarna abu-abu (kiri) dan pasien Afrika-Amerika dengan plak keunguan yang tebal, dan sisik abu-abu pada dorsal jari (kanan).⁴

Kasus psoriasis makin sering dijumpai, meskipun penyakit ini tidak menyebabkan kematian tetapi menyebabkan gangguan kosmetik. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan untuk melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang agar dapat membedakan psoriasis dengan penyakit lainnya.

Kasus

Seorang laki-laki berusia 46 tahun datang ke RSUD Abdul Moeloek dengan keluhan munculnya bercak-bercak kemerahan sejak 4 bulan yang lalu. Diatas bercak tersebut berisikan sisik berwarna putih. Keluhan tersebut disertai dengan rasa gatal, biasanya muncul saat berkeringat atau badan sedang basah. Keluhan ini dirasakan pertama kali muncul. Pasien sudah pernah berobat ke dokter dan diberi obat salep racikan dan obat minum. Setelah mendapat pengobatan, keluhan tersebut dirasakan semakin memberat. Riwayat alergi makanan dan obat-obatan disangkal, riwayat penyakit kulit lain sebelumnya disangkal.

Pada pemeriksaan fisik, pada regio capitis, abdominalis, trunkus posterior, ekstremitas superior *dextra et sinistra*, ekstremitas inferior *dextra et sinistra* didapatkan *patch* eritema multiple berdistribusi sebagian diskret dan konfluen dengan permukaan skuama disertai dengan papula-papula dan ekskoriasi multiple. Dilakukan beberapa tes manipulasi berupa penggosokan pada lesi dan didapatkan adanya fenomena tetesan lilin, fenomena auspitz, namun fenomena Kobner belum dapat dinilai dikarenakan harus menunggu beberapa waktu untuk muncul.



Gambar 3. Regio trunkus posterior pada pasien.

Dari anamnesis serta pemeriksaan fisik didapatkan beberapa diagnosis banding seperti Psoriasis, Dermatitis Seboroik dan Pitiriasis rosea. Kemudian ditentukan diagnosis kerja pada pasien ini adalah Psoriasis Vulgaris.



Gambar 4. Patches eritema multiple berdistribusi sebagian diskret dan konfluen dengan permukaan skuama disertai dengan papula-papula dan ekskoriiasi multiple pada pasien.

Pasien ini mendapat terapi berupa pengobatan sistemik dan topikal. Pengobatan sistemik dengan pemberian kortikosteroid yakni metilpredinolon tablet 8 mg setiap 12 jam dan anti histamine berupa cetirizine tablet 10 mg tiga kali sehari (bila gatal). Pengobatan topikal diberikan Benoson krim 10 gr dioleskan pada lesi tiga kali sehari. Pasien juga diberikan edukasi tentang penyakitnya juga cara perawatan kulit yang luka seperti menghindari menyentuh atau menggaruk lesi yang dapat menimbulkan infeksi sekunder serta sering memperhatikan kebersihan badan. Prognosis penyakit pada pasien ini *quo ad vitam ad bonam, quo ad functionam ad bonam* dan *quo ad sanationam dubia ad bonam*.

Pembahasan

Diagnosis pada kasus ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari anamnesis didapatkan pasien mengeluhkan timbul bercak merah pada satu bagian dan menyebar, disertai dengan rasa gatal dan timbul sisik pada kulit. Berdasarkan keluhan ini pasien kemungkinan mengalami eritoderma. Eritoderma merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya eritema di seluruh tubuh atau hampir seluruh tubuh, biasanya disertai skuama (eksfoliasi). Eritoderma sendiri merupakan penyakit yang bersifat luas sehingga dapat dikerucutkan kembali dengan beberapa kemungkinan diagnosis. Diagnosis yang dapat muncul berupa psoriasis, dermatitis seboroik dan pitiriasis rosea.

Kemungkinan diagnosis dermatitis seboroik dapat disingkirkan berdasarkan predileksi lokasi lesi. Predileksi dermatitis seboroik cenderung pada lokasi kulit yang mengandung kelenjar sebacea seperti kulit kepala, alis, lipatan nasolabial, belakang telinga, cuping hidung, ketiak, dada, antara skapula. Dermatitis seboroik dapat terjadi pada

semua umur, dan meningkat pada usia 40 tahun. Biasanya lebih berat apabila terjadi pada laki-laki daripada wanita dan lebih sering pada orang-orang yang banyak memakan lemak dan minum alkohol. Pada kasus ini lokasi lesi cenderung menyeluruh dan tidak terpaku pada lokasi yang mengandung kelenjar sebacea yang cukup banyak.

Kemungkinan diagnosis pitiriasis rosea dapat disingkirkan karena pitiriasis rosea menunjukkan suatu gambaran efloresensi yang khas berupa *herald patches*. Pada kasus ini tidak ditemukan efloresensi *herald patches*. Diagnosis psoriasis merupakan diagnosis yang paling memungkinkan karena keluhan yang muncul berupa bercak merah, menimbulkan rasa gatal serta apabila digaruk timbul suatu bercak seperti ketombe.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan efloresensi yang muncul sesuai dengan efloresensi pada psoriasis berupa plak eritematosa, berskuama putih seperti mika, berlapis, mudah lepas dalam bentuk lembaran, tetapi dapat melekat erat dan terlepas setelah digaruk seperti ketombe. Umumnya mengenai bagian ekstensor ekstremitas, khususnya siku dan lutut, skalp, lumbosakral bagian bawah, bokong dan genital. Predileksi pada daerah lain termasuk umbilikus dan intergluteal. Efloresensi pada kasus menyerupai dan sesuai dengan kriteria psoriasis sehingga diagnosis psoriasis dapat ditegakkan.

Tipe pada pasien ini merupakan psoriasis vulgaris. Jenis psoriasis ini disebut pula tipe plak karena umumnya lesi yang muncul berbentuk plak. Jenis inilah yang memiliki tempat predileksi di kulit kepala, diperbatasan kulit kepala dengan muka, ekstremitas ekstensor, terutama siku dan lutut, serta di daerah lumbosakral. Beberapa jenis psoriasis yang lain yaitu psoriasis gutata, pustulosa, dan inversa.

Pemeriksaan penunjang pada psoriasis dapat dianjurkan pemeriksaan histopatologik dan kerokan KOH. Menurut kepustakaan gambaran histopatologik psoriasis berupa parakeratosis, sering dengan hiperkeratosis, akantosis, pemanjangan *rete ridge*, pemanjangan papila dermis disertai mikroabses Munro di epidermis, dermis sembab dengan sebaran sel limfosit dan monosit. Pemeriksaan KOH bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat infeksi jamur.⁸

Terdapat banyak variasi pengobatan psoriasis, tergantung dari lokasi lesi, luasnya lesi, dan beratnya penyakit, lamanya menderita penyakit dan usia penderita. Pada pengobatan awal sebaiknya diberikan obat topikal, tetapi bila hasilnya tidak memuaskan dapat dipertimbangkan pengobatan sistemik, atau diberikan kombinasi dari keduanya.⁴ Terapi dengan menggunakan pengobatan topikal merupakan pilihan untuk penderita dengan psoriasis plak yang terbatas atau mengenai kurang dari 20% luas permukaan tubuh.¹

Terapi topikal digunakan secara tunggal atau kombinasi dengan agen topikal lainnya atau dengan fototerapi. Terapi topikal yang dapat diberikan seperti Anthralin dengan konsentrasi 0,05-0,1% untuk pengobatan psoriasis bentuk plak yang kronis atau psoriasis gutata yang bekerja sebagai antiinflamasi dan menghambat proliferasi keratinosit. Efek sampingnya adalah bersifat iritasi dan mewarnai kulit dan pakaian.^{1,4} Preparat tar seperti *liquor carbonis detergent* 2-5% dalam bentuk salep dipakai untuk pengobatan psoriasis yang kronis. Diduga mempunyai efek yang menghambat proliferasi keratinosit. Efeknya akan meningkat bila dikombinasi dengan asam salisilat 2-5%. Dapat diberikan dalam jangka lama tanpa iritasi.^{1,9} Kortikosteroid topikal biasanya dipakai yang mempunyai potensi sedang sampai kuat, untuk pengobatan lesi psoriasis yang soliter. Mempunyai efek anti inflamasi dan anti mitosis.^{1,10}

Pengobatan sistemik atau oral dapat diberikan kortikosteroid terutama bila sudah terjadi eritroderma atau psoriasis pustulosa generalisata. Dosis setara dengan 40-60 mg prednison per hari, dan kemudian diturunkan perlahan-lahan.⁴ Methotrexate sebagai agen anti-neoplastik, juga berguna dalam pengobatan inflamasi termasuk psoriasis. Methotrexate menampilkan efek anti psoriasis dengan menginduksi apoptosis keratinosit yang berproliferasi dan menghambat jalur T17 serta ekspresi IL-17, IL-23A, dan interferon- γ .¹¹ Methotrexate yang bekerja menghambat sintesis DNA ini juga bekerja dengan menekan kemotaktik terhadap sel netrofil yang dapat diberikan untuk pengobatan psoriasis pustulosa generalisata, eritrodermi psoriatik, dan artritis psoriatik. Dosis yang diberikan adalah 10-12 mg per minggu, atau 5 mg tiap 12

jam selama periode 36 jam dalam seminggu. Efek samping dapat berupa gangguan fungsi hati, ginjal, sistem hemopoetik, ulkus peptikum, dan lain-lain.¹ Siklosporin yaitu immunosupresor bekerja menghambat aktivasi dan proliferasi sel T. Selain itu juga dapat menghambat pertumbuhan sel keratinosit. Dosis yang dianjurkan adalah 2-5 mg/kg BB, namun memerlukan waktu yang cukup lama, dapat sampai 3-6 bulan. Obat ini bersifat nefrotoksik dan hepatotoksik.⁴

Retinoid yang merupakan derivat vitamin A, misalnya etretinat atau acitretin mempunyai efek menghentikan diferensiasi dan proliferasi keratinosit dan bersifat anti inflamasi, dengan menghambat fungsi netrofil. Obat ini dipakai untuk pengobatan psoriasis pustulosa generalisata ataupun lokalisata, dan eritroderma psoriatik.⁴ Pada penelitian di laboratorium, isotretinoin dan acitretin mempunyai efek teratogenik sehingga minum obat ini dilarang saat hamil. Karena efek teratogenik ini maka bila pasien ingin hamil konsumsi Isotretinoin harus dihentikan sebulan sebelum berencana hamil. Acitretin bertahan lebih lama dalam darah, sehingga untuk boleh hamil harus berhenti konsumsi acitretin selama 2 tahun.¹ Sebagai retinoid generasi kedua, acitretin menggunakan efektivitas terapeutik yang serupa dengan etretinate, namun dengan waktu paruh eliminasi serum yang jauh lebih pendek. Acitretin dapat menekan proliferasi keratinosit epidermis, mengurangi infiltrasi sel inflamasi (sel T, Th1 dan Th17), dan menurunkan ekspresi interferon- γ serta interleukin (IL) -17 [1,2].¹²

DDS (*diaminodifenilsulfon*) hanya dipakai untuk pengobatan psoriasis pustulosa lokalisata dengan dosis 2 x100 mg/hari. Efek sampingnya ialah anemia hemolitik, methemoglobinemia, dan agranulositosis.^{1,8} Fototerapi juga menjadi pilihan terapi dari psoriasis. Sinar ultraviolet mempunyai efek menghambat mitosis, sehingga dapat digunakan untuk pengobatan psoriasis. Cara yang terbaik adalah dengan penyinaran secara alamiah, tetapi sayang tidak dapat diukur dan jika berlebihan dapat memperberat psoriasis. Oleh karena itu, digunakan sinar ultraviolet artifisial, diantaranya sinar A yang dikenal sebagai UVA.⁴ Sinar tersebut dapat digunakan secara tersendiri atau berkombinasi dengan psoralen (8-metoksipsoralen, metoksalen) dan disebut PUVA, atau bersama-sama dengan

preparat ter yang dikenal sebagai pengobatan cara Goeckerman.¹ PUVA efektif pada 85 % kasus, ketika psoriasis tidak berespon terhadap terapi yang lain.⁹ Karena psoralen bersifat fotoaktif, maka dengan UVA akan terjadi efek sinergik. Diberikan 0,6 mg/kgbb secara oral 2 jam sebelum penyinaran ultraviolet. Dilakukan 2x seminggu, kesembuhan terjadi setelah 2-4 kali pengobatan. Selanjutnya dilakukan pengobatan rumatan (*maintenance*) tiap 2 bulan.^{1,4} Efek samping overdosis dari fototerapi berupa mual, muntah, pusing dan sakit kepala. Adapun kanker kulit (karsinoma sel skuamos) yang dianggap sebagai resiko PUVA masih kontroversial.⁹

Tatalaksana pada kasus ini sudah tepat yaitu terapi sistemik diberi metilprednisolon yang bertujuan untuk dapat mengontrol lesi psoriasis. Dosis yang diberikan sebanyak 16 mg/hari dengan dosis terbagi menjadi 8 mg/12 jam. Diberikan juga Cetirizin 1 x 10 mg perhari sebagai antihistamin untuk mengurangi gatal. Topikal diberikan benoson krim 10 gr. Benoson merupakan golongan obat kombinasi dari betamethason dengan neomicin. Betametason bertindak sebagai steroid topikal dan neomisin sebagai antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder. Terapi kombinasi bertujuan untuk mempercepat pembersihan lesi.

Eritoderma pada kasus ini adalah psoriasis. Penyebab psoriasis pada pasien ini belum jelas. Penelitian mengenai etiologi psoriasis hingga saat ini masih terus berlangsung. Kemungkinan yang dapat terjadi pada pasien ini adalah multifaktor yaitu adanya faktor genetik yang didapat dari keluarga yang dimana pada laporan kasus ini masih memiliki keterbatasan untuk menggali riwayat keluarga yang lebih mendalam. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya psoriasis pada pasien ini seperti stress psikis, adanya infeksi fokal sebelumnya, maupun karena aktivitas seperti merokok yang juga dapat mencetuskan resiko terjadinya psoriasis ini.

Simpulan

Psoriasis merupakan penyakit peradangan kronik yang ditandai oleh hiperproliferasi dan inflamasi epidermis dengan gambaran morfologi, distribusi, serta derajat keparahan penyakit yang bervariasi. Dalam mendiagnosis psoriasis perlu diperhatikan mengenai ciri khas psoriasis yaitu

skuama kasar, transparan serta berlapis-lapis disertai fenomena tetesan lilin, Auspitz dan Kobner. Dari anamnesis serta pemeriksaan fisik mirip dengan penyakit erioskuamosa lainnya seperti dermatitis seboroik dan pitiriasis rosea. Serta terapi untuk psoriasis pada pengobatan awal sebaiknya diberikan obat topikal, tetapi bila hasil tidak memuaskan dapat dipertimbangkan pengobatan sistemik, atau diberikan kombinasi dari keduanya. Dapat diberikan anti inflamasi atau immunosupresor lainnya untuk menghambat aktivasi dan proliferasi kulit akibat reaksi peradangan yang terjadi.

Daftar Pustaka

1. Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi kelima. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007.
2. Lowes MA, Russell CB, Martin DA, Towne JE, Krueger JG. The IL-23/T17 pathogenic axis in psoriasis is amplified by keratinocyte responses. *Trends Immunol.* 2013;34:174–181.
3. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J. Autoimmun.* 2010;34:314–321.
4. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-7. New York: McGraw-Hill Companies; 2008.
5. Farber EM, Nall L. Epidemiology: natural history and genetics. Dalam: Roenigk Jr HH, Maibach HI, editor. *Psoriasis.* New York: Dekker; 1998. hlm. 107-57.
6. Lowes MA, Suares-Farin~as M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. *Annu Rev Immunol.* 2014; 32:227–55.
7. Siregar RS. Saripati penyakit kulit. Edisi kedua. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2005.
8. Geng A, McBean J, Zeikus PS. Psoriasis. Dalam: Kelly AP, Taylor SC, editor. *Dermatology for skin of color.* New York: McGraw-Hill; 2009.
9. Goldenstein B, Goldenstein A. Psoriasis. Dalam: Goldenstein B, Goldenstein A, Melfiawaty, Pendit BU, editors. *Dermatologi praktis.* Jakarta: Hipokrates; 2001. hlm.187.

10. Champion RA, Burton JL, Ebling FJG. Rook's, textbook of dermatology, 5th edition. Washington; Blackwell Scientific Publications; 1992.
11. Greb JE, Goldminz AM, Gottlieb AB. Insights on methotrexate in psoriatic disease. Clin. Immunol. 2016;172:61-64.
12. Carretero G, Ribera M, Belinchon I, Carrascosa JM, Puig L, Ferrandiz C, et al. Psoriasis group of the AEDV, guidelines for the use of acitretin in psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104(7):598-616.