



Tatalaksana Pasien dengan Eritroderma

Psoriasis: Sebuah Laporan Kasus

Nurlaela Sari ¹, Erlina Ari Windyareski ²

¹ Dokter Umum, RSUD Kabupaten Nunukan, Nunukan, Kalimantan Utara,
Indonesia

² Departemen Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, RSUD Kabupaten Nunukan,
Nunukan, Kalimantan Utara, Indonesia

Corresponding Author : drnurlaelasari19@gmail.com

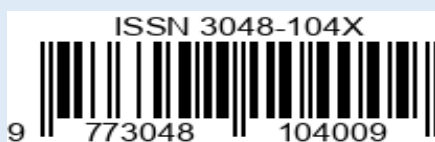
Article History :

Received date : 2025/09/19
Revised date : 2025/10/05
Accepted date : 2025/11/24
Published date : 2026/01/08



Copyright: © 2024 by the
authors. Submitted for possible
open access publication under
the terms and conditions of the
Creative Commons Attribution
(BY NC) license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



ABSTRAK

Pendahuluan: Eritroderma psoriasis (EP) adalah subtype yang jarang dari psoriasis vulgaris dengan prevalensi 1-2% dari pasien psoriasis. EP memiliki ciri berupa eritema generalisata dan skuama yang melibatkan lebih dari 75-90% luas permukaan tubuh. Pasien dengan psoriasis yang tidak terkontrol lebih mungkin untuk mendapatkan kondisi ini dan tanpa pengobatan yang tepat, dapat mengakibatkan morbiditas yang signifikan dan, dalam beberapa keadaan, mortalitas. Kami melaporkan sebuah kasus EP dengan tatalaksana yang berhasil di Rumah Sakit Umum Daerah Nunukan, Kalimantan Utara.

Ilustrasi kasus: Seorang wanita berusia 42 tahun datang dengan keluhan rasa gatal dan terbakar di kulit sekujur tubuhnya disertai kulit yang mengelupas sejak 3 bulan terakhir. Pasien memiliki riwayat psoriasis selama 24 tahun tetapi tidak rutin berobat. Tanda-tanda vital stabil dan pemeriksaan

laboratorium dalam batas normal. Pemeriksaan fisik menunjukkan plak hiperkeratosis generalisata dengan skuama psoriasiform. Skor PASI sebesar 41.9. Pasien tersebut mendapatkan metotreksat 7.5 mg, asam folat, vitamin D, cetirizine, dan terapi topikal (asam salisilat, antibiotik, lanolin, dan salep kortikosteroid poten). Setelah 1 minggu, kondisi kulit pasien membaik secara signifikan, tidak ada lagi keluhan gatal dan panas. Skor PASI berkurang sebanyak 75.2% menjadi 10.4.

Kesimpulan: EP merupakan kegawatdaruratan di bidang dermatologi yang memerlukan pendekatan secara holistik dan respon cepat. Tatalaksana pasien termasuk stabilisasi, koreksi ketidakseimbangan, menjaga fungsi barier kulit, dan mencegah infeksi. Terapi topikal dan agen sistemik harus dipertimbangkan secara individual pada setiap pasien.

Kata kunci: eritroderma, psoriasis, tatalaksana, metotreksat, terapi topikal

PENDAHULUAN

Psoriasis vulgaris (PV) merupakan kondisi inflamasi kronik pada kulit yang melibatkan sekitar 2% dari populasi dunia. Beberapa sub tipe dari PV termasuk psoriasis plak, psoriasis kuku, psoriasis pustular, psoriasis gutata, dan eritroderma psoriasis (EP).¹ EP merupakan sub tipe yang lebih parah dan jarang dari PV dengan prevalensi 1%–2.25% dari seluruh pasien PV. Diagnosa klinis EP ditegakkan dengan eritema generalisata disertai atau tanpa eksfoliasi, melibatkan lebih dari 75% luas permukaan tubuh.² Kondisi EP umumnya dicetuskan oleh buruknya pengendalian penyakit PV, dengan beberapa faktor lain yang dapat memicu misalnya penggunaan kortikosteroid sistemik, penghentian pengobatan, reaksi obat, infeksi, stres emosional yang parah, dan penyakit yang mendasari sebelumnya.^{1,3} Tanpa tatalaksana yang adekuat, EP dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, dan dalam beberapa kondisi dapat menyebabkan mortalitas.⁴ Kami melaporkan sebuah kasus EP dengan tatalaksana yang berhasil di RSUD Kabupaten Nunukan, Kalimantan Utara.

ILUSTRASI KASUS

Seorang perempuan berusia 42 tahun datang dengan keluhan gatal dan rasa terbakar pada kulit di seluruh tubuhnya disertai dengan kulit yang mengelupas sejak 3 bulan terakhir. Pasien tersebut memiliki riwayat PV sejak 24 tahun yang lalu namun tidak berobat secara rutin. Tanda vital pasien: tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 102 kali/menit, pernafasan 14 kali/menit, suhu 37.7°C. Hasil pemeriksaan fisik didapati plak hiperkeratosis eritema generalisata dengan skuama psoriasiform (**Gambar 1**). Skor *psoriasis area and severity index* (PASI) sebesar 41.9. Dari pemeriksaan laboratorium darah didapati: hemoglobin 12.3 g/dL, hematokrit 34.8%, leukosit 7970/ μ L, trombosit 354000/ μ L, gula darah puasa 100 mg/dL, kolestrol total 194 mg/dL, ureum 7 mg/dL, kreatinin 0.26 mg/dL, SGOT 21 U/L, SGPT 15 U/L. natrium 138 mmol/L, kalium 3.06 mmol/L, klorida 104 mmol/L, dan kalsium 1.05 mmol/L.



Gambar 1. Kondisi klinis pasien saat datang

Pasien tersebut mendapatkan terapi berupa metotreksat 7.5 mg setiap minggu, asam folat 1x1000 mg, vitamin D 1x5000 IU, cetirizine 2x10 mg, dan terapi topikal berupa asam salisilat, antibiotik, lanolin, dan kortikosteroid poten. Setelah dilakukan pemberian terapi selama 1 minggu, terdapat perbaikan signifikan dari kondisi klinis pasien. Tidak terdapat keluhan gatal maupun sensai terbakar lagi pada kulitnya. Kemerahan dan skuama pada kulit pasien berkurang (**Gambar 2**). Skor PASI turun sebanyak 75.2% menjadi 10.4.



Gambar 2. Perbaikan klinis pasien setelah 1 minggu

DISKUSI

Eritroderma psoriasis merupakan varian psoriasis yang berat dan berpotensi mengancam nyawa, yang ditandai oleh eritema dan skuama difus dengan keterlibatan sebagian besar luas

permukaan tubuh. Inflamasi kulit yang luas ini menyebabkan gangguan fungsi sawar kulit dan homeostasis sistemik, sehingga meningkatkan risiko terjadinya kehilangan cairan dan protein, gangguan keseimbangan elektrolit, disfungsi termoregulasi, serta peningkatan kerentanan terhadap infeksi bakteri sekunder hingga sepsis. Oleh karena itu, eritroderma psoriasis dikategorikan sebagai kegawatdaruratan dermatologis yang memerlukan pengenalan dini dan penatalaksanaan komprehensif untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas.^{5,6}

Tantangan diagnostik pada eritroderma psoriasis semakin mempersulit untuk penanganan kasus ini. Kasus ini relatif jarang dan memiliki manifestasi klinis yang heterogen. Klinisi perlu membedakan eritroderma akibat psoriasis dari penyebab lain seperti reaksi obat, dermatitis atopik, pityriasis rubra pilaris, atau limfoma sel T kutan yang sering kali sulit dan memerlukan anamnesis yang tepat, pemeriksaan fisik menyeluruh, serta pemeriksaan histopatologi kulit untuk meningkatkan akurasi diagnosis pada kondisi tertentu.^{6,7}

Patogenesis PE multifaktorial dengan faktor genetik menjadi kontributor utama. Interaksi kompleks antara sel T, sel dendritik, dan keratinosit dengan axis IL-23/Th17 sebagai pemicu utama aktivasi sistem imun, peradangan kronis, dan proliferasi keratinosit. Faktor lingkungan yang telah diketahui memperburuk PV diantaranya obesitas, stres, *beta-blocker*, merokok dan lithium.⁸ Gambaran klinis PE cukup beragam dengan berbagai tingkat keparahan, dapat berupa manifestasi kulit seperti eritem, edema, deskuamasi superfisial, kerontokan rambut, atau distrofi kuku, dan dengan manifestasi sistemik seperti demam, menggigil, kelelahan atau malaise, atau gagal jantung kongestif curah tinggi. Pasien PE memiliki peningkatan risiko superinfeksi dan sepsis dari patogen kulit, terutama *Staphylococcus aureus*. Beberapa kasus membutuhkan terapi sistemik agresif untuk mengendalikan penyakit, sedangkan kasus lainnya dapat berupap eritroderma kronis dengan beberapa episode relaps sebelumnya.⁹

Hingga saat ini, belum terdapat pedoman terapi baku yang disepakati secara universal, dan sebagian besar bukti ilmiah masih berasal dari laporan kasus dan seri kasus, sehingga konsensus mengenai strategi terapi optimal masih terbatas. Oleh karena itu, penatalaksanaan eritroderma psoriasis umumnya memerlukan pendekatan multidisiplin yang disesuaikan dengan derajat

keparahan penyakit, disertai terapi suportif untuk mengatasi gangguan sistemik serta pemilihan terapi sistemik yang tepat guna mengendalikan inflamasi dan mencegah komplikasi.⁵

Tatalaksana PE hingga saat ini sebagian besar masih didasarkan pada pengalaman klinis dan pertimbangan komorbiditas pasien mengingat insidensinya yang relatif rendah serta keterbatasan bukti dari uji klinis berskala besar. Hingga kini, belum terdapat pembaruan pedoman tatalaksana khusus untuk PE dalam lebih dari 10 tahun sehingga pendekatan terapeutik yang digunakan masih sangat bervariasi antar pusat layanan dan bergantung pada kondisi klinis individual pasien.^{4,9} Penatalaksanaan awal PE harus bersifat komprehensif dan suportif meliputi koreksi gangguan cairan, protein, dan elektrolit; evaluasi serta optimasi status nutrisi; pencegahan hipotermia akibat gangguan fungsi sawar kulit; serta deteksi dan pengobatan dini infeksi sekunder yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada kondisi ini.²

Dalam praktik klinis, terapi sistemik konvensional seperti siklosporin dan metotreksat masih direkomendasikan sebagai pilihan lini pertama pada PE karena onset kerja yang relatif cepat. Siklosporin khususnya dilaporkan efektif dalam mengendalikan inflamasi akut pada PE, sementara metotreksat sering digunakan sebagai alternatif pada pasien dengan kontraindikasi terhadap siklosporin.^{5,10,11} Di sisi lain, penggunaan agen biologis yang lebih baru termasuk inhibitor tumor necrosis factor- α (anti-TNF), inhibitor interleukin-17 (anti-IL-17), dan inhibitor interleukin-12/23 (anti-IL-12/23) belum secara khusus disetujui untuk PE. Hal ini terutama disebabkan oleh eksklusi pasien dengan eritroderma psoriasis dari sebagian besar uji klinis fase III sehingga bukti efektivitas dan keamanannya masih terbatas pada laporan kasus dan *case series*.^{3,4,12} Meskipun demikian, laporan terkini menunjukkan potensi peran agen biologis tersebut pada kasus PE refrakter, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut untuk menetapkan posisi terapi biologis dalam algoritma tatalaksana PE di masa mendatang.^{1,13,14}

Terapi topikal tetap berperan sebagai terapi sementara atau sebagai adjuvan penting dalam tatalaksana eritroderma psoriasis, terutama pada fase awal sampai kontrol sistemik tercapai atau bila terapi sistemik kontraindikasi. Berbagai modalitas topikal yang dilaporkan bermanfaat mencakup penggunaan kortikosteroid topikal potensi sedang hingga tinggi di bawah balutan oklusif yang dapat

membantu mengurangi inflamasi akut; rendaman koloid oatmeal untuk mengurangi pruritus dan memperbaiki fungsi sawar kulit; serta emolien topikal yang penting untuk menjaga hidrasi kulit dan mengurangi kehilangan cairan melalui epidermis yang rusak.² Analog vitamin D topikal seperti calcipotriol juga telah digunakan sebagai terapi tambahan, meskipun data pada EP terbatas dan biasanya dikombinasikan dengan kortikosteroid untuk menurunkan iritasi kulit.^{2,15}

Sejalan dengan pendekatan terapi sistemik, metotreksat merupakan salah satu pilihan yang sering digunakan pada kasus EP dengan dosis terapi yang bervariasi tetapi umumnya berkisar antara 7,5–15 mg per minggu, disertai suplementasi folat oral (biasanya 1 mg/hari) untuk mengurangi efek samping hematologis dan gastrointestinal.^{2,3} Respon terapi terhadap metotreksat sering kali mulai tampak dalam 1-4 minggu setelah inisiasi terutama dalam penurunan eritema dan deskuamasi, meskipun respons lengkap dapat membutuhkan waktu lebih lama.^{3,16} Metotreksat umumnya ditoleransi dengan baik oleh banyak pasien EP; efek samping yang paling sering dilaporkan adalah mual dan muntah dengan hepatotoksitas, supresi sumsum tulang, dan perubahan profil metabolik merupakan komplikasi yang perlu dipantau secara berkala melalui pemeriksaan laboratorium.^{3,17,18} Monitoring parameter seperti fungsi hati, hitung darah lengkap, dan profil lipid dianjurkan sebelum dan selama terapi untuk mendeteksi toksisitas dini.^{3,19,20}

Dengan tatalaksana yang diberikan kepada pasien kami selama 1 minggu, dapat tercapai PASI 75 yaitu penurunan skor PASI sebesar 75% atau lebih dari skor awal dan merupakan indikasi perbaikan penyakit yang sangat baik. Hal tersebut tentunya akan meningkatkan kualitas hidup dari pasien kami dan memberikan motivasi yang lebih besar untuk mengendalikan penyakit PV yang dialaminya.

Dalam kasus ini, tatalaksana yang diterapkan selama satu minggu berhasil mencapai PASI 75, yakni penurunan skor Psoriasis Area and Severity Index (PASI) sebesar $\geq 75\%$ dibandingkan skor awal yang secara klinis diakui sebagai indikator respons terapi yang sangat baik.^{21,22} PASI 75 merupakan skoring yang banyak digunakan dalam uji klinis psoriasis untuk menilai efektivitas terapi sistemik dan biologis karena telah terbukti berkorelasi kuat dengan perbaikan klinis yang bermakna dan kepuasan pasien.^{23,24} Berbagai studi menunjukkan bahwa mencapai PASI 75 berkaitan dengan

perbaikan signifikan kualitas hidup pasien, termasuk peningkatan fungsi fisik, reduksi gejala subjektif seperti pruritus, serta penurunan beban psikososial yang sering menyertai psoriasis vulgaris (PV).^{22,25,26}

Pencapaian respons ini juga memiliki implikasi penting dalam konteks manajemen jangka panjang PV. Selain menandai efektivitas awal terapi, PASI 75 telah dikaitkan dengan penurunan risiko fluktuasi penyakit yang berkontribusi pada kualitas hidup yang lebih baik serta kepatuhan terapi yang lebih tinggi.²⁷⁻²⁹ Lebih lanjut, pasien yang mencapai PASI 75 lebih mungkin mengalami pengurangan kebutuhan terhadap terapi tambahan dan intervensi medis lainnya yang berimplikasi positif pada utilisasi layanan kesehatan dan biaya jangka panjang.^{30,31} Secara keseluruhan, pencapaian PASI 75 dalam waktu singkat pada pasien kami tidak hanya menunjukkan respons klinis yang kuat, tetapi juga mencerminkan potensi manfaat fungsional dan psikososial yang substansial.

KESIMPULAN

EP merupakan kegawatdaruratan di bidang dermatologi yang memerlukan pendekatan secara holistik dan respon cepat. Tatalaksana pasien termasuk stabilisasi, koreksi ketidakseimbangan, menjaga fungsi barier kulit, dan mencegah infeksi. Terapi topikal dan agen sistemik harus dipertimbangkan secara individual pada setiap pasien.

REFERENSI

1. Carrasquillo OY, Pabón-Cartagena G, Falto-Aizpurua LA, Santiago-Vázquez M, Cancel-Artau KJ, Arias-Berrios G, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis with biologics: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jul;83(1):151–8.
2. Liao W, Singh R, Lee K, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, et al. Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis Auckl NZ*. 2016 Jul;6:93–104.
3. Lo Y, Tsai TF. Updates on the Treatment of Erythrodermic Psoriasis. *Psoriasis Targets Ther*. 2021 Jun;11:59–73.

4. Shao S, Wang G, Maverakis E, Gudjonsson JE. Targeted Treatment for Erythrodermic Psoriasis: Rationale and Recent Advances. *Drugs*. 2020 Apr 16;80(6):525–34.
5. Mastorino L, Leo F, Frigatti G, Macagno N, Dapavo P, Quaglino P, et al. Management of Erythrodermic Psoriasis with Systemic Therapies: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2025 Nov 26;26(6):877–93.
6. Misturiansyah NI, Miranti U, Nuridah AL, Amien MI, Yoga RR. Diagnosis dan Tata Laksana Eritroderma. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2024 Jun 3;51(6):311–5.
7. Cuellar-Barboza A, Ocampo-Candiani J, Herz-Ruelas ME. A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Adult Erythroderma. *Actas Dermosifiliogr*. 2018 Nov;109(9):777–90.
8. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clin Med*. 2021 May;21(3):170–3.
9. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo BF, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: From the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Apr;62(4):655–62.
10. Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Sep;61(3):451–85.
11. Zhang X, Zhang X. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Psoriasis in China: 2019 Concise Edition. *Int J Dermatol Venereol*. 2020 Mar;3(1):14–26.
12. Potestio L, Camela E, Cacciapuoti S, Fornaro L, Ruggiero A, Martora F, et al. Biologics for the Management of Erythrodermic Psoriasis: An Updated Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023 Aug;Volume 16:2045–59.

13. Liu L, Jin X, Sun C, Xia J. Two cases of refractory erythrodermic psoriasis effectively treated with secukinumab and a review of the literature. *Dermatol Ther.* 2021 Mar 16;34(2).
14. Gao L, Shen L, Yan H, Liu X, Wang Y, Li X. Efficacy and safety of biologics in erythrodermic psoriasis: a systematic review and single-arm meta-analysis. *Front Immunol.* 2025 Oct 29;16.
15. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, et al. Joint AAD–NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol.* 2021 Feb;84(2):432–70.
16. Carretero G, Puig L, Dehesa L, Carrascosa JM, Ribera M, Sánchez-Regaña M, et al. Guidelines on the Use of Methotrexate in Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(7):600–13.
17. Takeshita J, Wang S, Shin DB, Callis Duffin K, Krueger GG, Kalb RE, et al. Comparative effectiveness of less commonly used systemic monotherapies and common combination therapies for moderate to severe psoriasis in the clinical setting. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Dec;71(6):1167–75.
18. Wan J. Comparative Effectiveness of Commonly Used Systemic Treatments or Phototherapy for Moderate to Severe Plaque Psoriasis in the Clinical Practice Setting. *Arch Dermatol.* 2012 Apr 1;148(4):487.
19. Wilsmann-Theis D, Funk R, Mössner R, Bieber T, Wenzel J. Efficacy and Safety of Methotrexate in Psoriasis Vulgaris Long-Term Treatment: A Real-World Observation Study. *Indian J Dermatol.* 2023 Nov;68(6):669–73.
20. West J, Ogston S, Foerster J. Safety and Efficacy of Methotrexate in Psoriasis: A Meta-Analysis of Published Trials. *PLoS One.* 2016 May 11;11(5):e0153740.
21. Chularojanamontri L, Griffiths CEM, Chalmers RJG. Responsiveness to Change and Interpretability of the Simplified Psoriasis Index. *J Invest Dermatol.* 2014 Feb;134(2):351–8.

22. Abrouk M, Nakamura M, Zhu TH, Farahnik B, Koo J, Bhutani T. The impact of PASI 75 and PASI 90 on quality of life in moderate to severe psoriasis patients. *J Dermatol Treat.* 2017 Aug 18;28(6):488–91.
23. Langley RG, Elewski BE, Lebwohl M, Reich K, Griffiths CEM, Papp K, et al. Secukinumab in Plaque Psoriasis — Results of Two Phase 3 Trials. *New England Journal of Medicine.* 2014 Jul 24;371(4):326–38.
24. Signorovitch JE, Betts KA, Yan YS, LeReun C, Sundaram M, Wu EQ, et al. Comparative efficacy of biological treatments for moderate-to-severe psoriasis: a network meta-analysis adjusting for cross-trial differences in reference arm response. *Br J Dermatol.* 2015 Feb;172(2):504–12.
25. Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol.* 2010;22(4):389.
26. Mattei P, Corey K, Kimball A. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Mar 21;28(3):333–7.
27. Sá Justo KC, Teixeira Zonzini FH, Filho AB, Tanaka AA, Dagostini JS, Kondo RN, et al. Impact of treatment adherence on psoriasis severity: Insights from a multicenter cross-sectional study in Brazil. *J Clin Transl Res.* 2025 Jul 2;11(4):64.
28. Nast A, Jacobs A, Rosumeck S, Werner RN. Efficacy and Safety of Systemic Long-Term Treatments for Moderate-to-Severe Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol.* 2015 Nov;135(11):2641–8.

29. Çakıcı ÖA, Topkarcı Z, Güneş BY, Onsun N, Seçkin D, Ergun T. The Efficacy, Safety and Longevity of Biologic Treatments in Pediatric and Adult Psoriasis Patients: A Comparative Multi-Center, Real-Life Study. *Ann Dermatol.* 2025;37(2):114.
30. Maravilla-Herrera P, Merino M, Alfonso Zamora S, Balea Filgueiras J, Carrascosa Carrillo JM, Delgado Sánchez O, et al. The social value of a PASI 90 or PASI 100 response in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in Spain. *Front Public Health.* 2023 Jan 26;11.
31. Murage MJ, Anderson A, Oliveria SA, Casso D, Ojeh CK, Muram TM, et al. Healthcare resource utilization and costs among psoriasis patients treated with biologics, overall and by disease severity. *J Med Econ.* 2018 Aug 3;21(8):745–54.