

# PSORIASIS VULGARIS PADA BAYI

**Shienty Gaspersz  
Herry E. J. Pandaleke**

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran  
Universitas Sam Ratulangi/RSUP Prof. DR. R.D. Kandou Manado  
Email: shienty@yahoo.com

**Abstract:** Psoriasis may begin at any age but most often after puberty and only about 2% occurs in less than 2 years of age. The age of onset plays an important role because early onset psoriasis accompanied by a psoriasis family history is more severe and has a tendency to relapse. The treatment for mild psoriasis is topical and phototherapy. The first-line treatment is topical emollient, glucocorticoids, and vitamin D3 analog. We reported a case of a 3-month-old female infant presenting erythematous plaques with scales on scalp, face, neck, chest, tummy, armpit, back, buttock, and groin accompanied with irritability that had occurred for a week. The Psoriasis Area Severity Index score (PASI) was 7% and laboratory examinations were within normal limits. Treatment with topical desonide 0.05% for 1 week did not result in any improvement. The treatment was changed to topical mometason furoat 0.1%. After 7 weeks of therapy, the plaques became flattened and less pigmented, and the PASI score decreased to 0.9%.

**Keywords:** psoriasis vulgaris, infant

**Abstrak:** Usia awitan psoriasis bervariasi dari bayi hingga usia lanjut, namun sebagian besar timbul setelah pubertas dan hanya sekitar 2% terjadi pada usia kurang dari 2 tahun. Usia awitan perlu diketahui karena semakin dini usia awitan disertai adanya riwayat keluarga dengan psoriasis, perjalanan penyakit akan makin berat dan makin sering kambuh. Pilihan pengobatan pada psoriasis ringan (< 10%) ialah pengobatan topikal dan fototerapi. Pengobatan topikal lini pertama ialah emolien, glukokortikoid, dan analog vitamin D3. Kami melaporkan seorang bayi perempuan berusia 3 bulan yang datang dengan plak eritematosa, berbatas tegas, ukuran bervariasi, dengan skuama pada kepala, wajah, leher, dada, perut, ketiak, punggung, bokong, dan selangkangan, disertai rewel sejak 1 minggu lalu. Perhitungan *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) 7%. Pemeriksaan laboratorium masih dalam batas normal. Pasien diterapi dengan krim desonide 0,05%, namun setelah 1 minggu tidak terdapat perbaikan yang memuaskan, sehingga diganti dengan krim mometason furoat 0,1%. Setelah 7 minggu menggunakan mometason furoat, bercak merah yang awalnya meninggi menjadi hipopigmentasi dan mendatar serta perhitungan PASI menjadi 0,9%.

**Kata kunci:** psoriasis vulgaris, bayi

Psoriasis adalah penyakit radang kulit kronis dengan dasar genetik yang kuat, dicirikan oleh perubahan kompleks pada pertumbuhan dan diferensiasi epidermis, berbagai kelainan biokimia, imunologik, dan vaskular, yang mengenai kulit, kuku, dan sendi.<sup>1,2</sup>

Prevalensi psoriasis sangat bervariasi

pada berbagai populasi, yaitu antara 0,1–11,8%.<sup>1</sup> Data di Poliklinik Divisi Dermatologi Anak Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada tahun 2003–2007 memperlihatkan 56 (0,6%) kasus baru psoriasis berusia kurang dari 15 tahun dari 8.970 kunjungan baru. Data dari beberapa

rumah sakit di Indonesia tahun 2003-2006 menunjukkan 96 (0,4%) kasus baru psoriasis dari 22.070 kunjungan baru dengan golongan usia yang sama.<sup>2</sup>

Usia awitan psoriasis bervariasi mulai dari bayi sampai usia lanjut, biasanya pada usia 15-30 tahun dan lebih jarang pada usia kurang dari 10 tahun. Sebagian besar psoriasis timbul setelah pubertas dan didapatkan 25-45% sebelum usia 16 tahun, 10% sebelum usia 10 tahun, dan 2% sebelum usia 2 tahun.<sup>1,2</sup>

Umumnya gambaran klinis psoriasis pada bayi dan anak hampir sama dengan pada dewasa. Kelainan kulit biasanya terbatas tegas, eritematosa, papulo-skuamosa, dengan sisik putih berkilat seperti perak. Walaupun skalp, siku, dan lutut merupakan area yang paling sering terkena, psoriasis dapat bermanifestasi dimana saja di seluruh tubuh termasuk area fleksural dan palmoplantar.<sup>2,3</sup> Usia awitan perlu diketahui karena makin dini usia awitan disertai adanya riwayat keluarga dengan psoriasis, makin berat perjalanan penyakitnya dan makin sering kambuh. Moris et al mendapatkan 71% pasien psoriasis berusia 1 bulan hingga 15 tahun yang mempunyai riwayat penyakit pada keluarga.<sup>2</sup>

Edukasi merupakan komponen kunci dalam terapi psoriasis. Orang tua harus mengerti mengenai kronisitas dari penyakit ini dan kecenderungan untuk remisi spontan pada 38% pasien anak, yang bertahan untuk periode waktu yang bervariasi. Kebanyakan pasien berespons baik terhadap terapi yang tersedia saat ini. Pendekatan medikasi harus dibuat sesederhana mungkin, karena terapi psoriasis sangat menghabiskan waktu, memberatkan, dan mudah untuk ditolak penggunaannya. Terapi harus sesuai dengan tipe psoriasis dan beratnya penyakit dan informasi mengenai efek samping terapi yang mungkin terjadi harus dijelaskan kepada orang tua pasien.<sup>4</sup>

## LAPORAN KASUS

Seorang bayi perempuan berusia 3 bulan, datang dengan keluhan bercak-bercak merah meninggi di leher kemudian menyebar ke kepala, wajah, dada, perut, ketiak, punggung, bokong, dan selangkangan sejak 1 minggu lalu. Bercak-bercak merah meninggi tersebut disertai rewel terutama saat berkeringat. Sebelum timbul keluhan ini pasien mengalami batuk pilek dan sudah berobat ke dokter spesialis anak dan diberikan 2 macam obat bubuk. Untuk keluhan bercak merah pasien belum pernah berobat ke dokter, dan hanya menggunakan bedak salisil yang ditaburkan pada bercak-bercak merah tersebut setiap habis mandi. Rasa gatal berkurang namun bercak-bercak merah tetap ada. Riwayat sakit seperti ini pada keluarga disangkal.

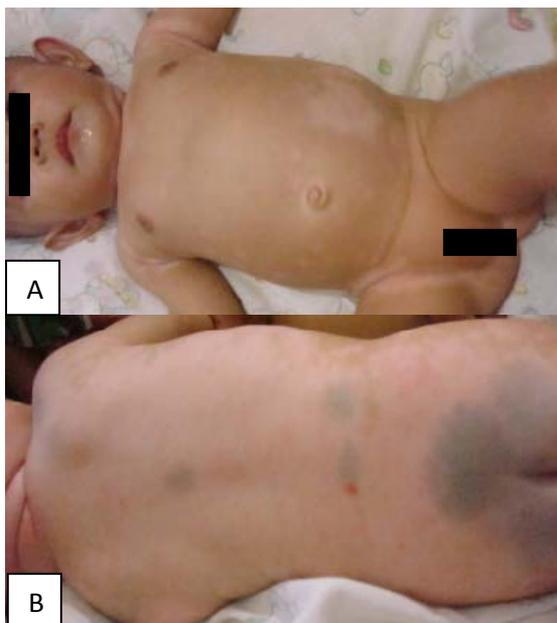
Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik dan kesadaran kompos mentis. Pada regio skalp, fasialis, koli anterior et posterior, torakalis anterior et posterior, aksilaris dekstra et sinistra abdominalis, inguinalis dekstra et sinistra, lumbalis, glutealis dekstra et sinistra ditemukan plak eritema, ukuran miliar sampai plakat, berskuama (Gambar 1 A, B). Perhitungan *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) ialah 7%. Diagnosis kasus ini ialah psoriasis vulgaris dengan diagnosis banding kandidiasis kutis et intertriginosa dan dermatitis seboroik.

Pada pemeriksaan laboratorik sederhana dengan pewarnaan Gram tidak ditemukan adanya spora, *budding cell*, pseudohifa, kokus, maupun batang gram positif dan negatif. Pemeriksaan darah rutin dalam batas normal.

Pengobatan yang diberikan ialah krim desonide 2 kali oles sehari. Pemakaian selama 1 minggu tidak memberikan hasil yang baik sehingga diganti dengan krim mometason furoat 1 kali oles sehari. Setelah 7 minggu menggunakan mometason furoat, bercak merah yang awalnya meninggi menjadi hipopigmentasi dan mendatar serta perhitungan PASI menjadi 0,9% (Gambar 2 A, B).



**Gambar 1.** Kasus psoriasis dengan plak eritema berukuran miliar sampai plak dan berskuama pada berbagai bagian tubuh sebelum pemberian terapi. A, Pandangan ventral. B, Pandangan dorsal.



**Gambar 2.** Setelah pemberian terapi 7 minggu menggunakan krim mometason furoat plak tampak telah mendatar dan mengalami hipopigmentasi. A, Pandangan ventral. B, Pandangan dorsal.

## BAHASAN

Psoriasis vulgaris merupakan kelainan papuloskuamosa yang umum terjadi. Insidensnya sekitar 4% dari seluruh dermatosis yang terjadi pada anak-anak berusia kurang dari 16 tahun,<sup>3</sup> dan 2% sebelum usia 2 tahun,<sup>1,2</sup> tanpa perbedaan

antara laki-laki dan perempuan.<sup>1,5</sup> Etiologi psoriasis sampai saat ini belum diketahui pasti, namun diduga berhubungan dengan faktor genetik dan lingkungan. Faktor pencetus timbulnya psoriasis antara lain trauma, paparan sinar matahari, infeksi, stres, dan obat.<sup>1,6</sup>

Diagnosis kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Gambaran klinik psoriasis pada anak sama dengan orang dewasa, namun lesi awal lebih tipis dengan sedikit skuama dan lebih gatal dibandingkan orang dewasa.<sup>7</sup> Lesi klasik psoriasis vulgaris terdiri dari plak eritematosa, berbatas tegas, berskuama, tersebar simetris, dan terdapat di daerah ekstensor ekstremitas (terutama siku dan lutut), skalp, lumbosakral bawah, bokong, dan genital. Walaupun psoriasis tidak selalu gatal, tetapi pruritus dapat merupakan gejala yang umum dijumpai, khususnya dengan keterlibatan skalp.<sup>1,2</sup> Pada pasien ini timbul bercak merah yang meninggi pada leher sejak kurang lebih 1 minggu lalu yang kemudian menyebar ke punggung, kepala, wajah, perut, ketiak, bokong dan selangkangan. Rasa gatal sulit dinilai pada bayi sehingga pada pasien ini rasa gatal mungkin bermanifestasi sebagai rewel, terutama saat berkeringat.

Pemeriksaan laboratorik untuk kasus psoriasis tidak ditemukan adanya abnormalitas.<sup>3</sup> Pada pasien ini juga tidak dijumpai kelainan pada pemeriksaan laboratorik darah rutin.

Pemeriksaan histopatologik kulit sangat membantu dalam menegakkan diagnosis psoriasis. Data mengenai gambaran histopatologik psoriasis pada anak sangat kurang.<sup>2</sup> Gambaran histopatologik psoriasis sangat bervariasi bergantung pada stadium lesi. Pada lesi awal terdapat edema dan infiltrasi sel-sel mononuklear di dermis atas, biasanya terbatas pada 1-2 papila dermis. Epidermis di atasnya menjadi spongiotik dan stratum granulosum setempat hilang. Venula di dermis atas berdilatasi dan dikelilingi infiltrasi sel mononuklear. Pada lesi lanjut terdapat gambaran khas psoriasis, yaitu pemanjangan *rete ridge* yang teratur dengan

menipisnya epidermis di atasnya, akantosis, pemanjangan dan edema papila dermis, pustul spongiformis Kogoj di epidermis, hilangnya stratum granulosum, parakeratosis dengan atau tanpa neutrofil dalam stratum korneum yang ortokeratotik, mikroabses Munro dalam daerah parakeratotik, serta infiltrasi sel-sel radang yang terutama terdiri atas sel mononuklear di dermis.<sup>8</sup> Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan histopatologik mengingat usianya yang masih sangat muda (3 bulan).

Diagnosis banding psoriasis vulgaris antara lain dermatitis kontak, dermatitis seboroik, kandidiasis, dan pitiriasis rosea.<sup>1</sup> Pada kasus ini, diagnosis banding ialah kandidiasis kutis et intertriginosa dan dermatitis seboroik. Kandidiasis kutis et intertriginosa dapat disingkirkan dari pemeriksaan laboratorium sederhana dengan pewarnaan gram dari kerokan kulit oleh karena tidak ditemukan adanya spora, *budding cell*, atau pseudohifa. Dermatitis seboroik merupakan dermatosis papuloskuamosa kronik yang dapat terjadi pada bayi dan orang dewasa, berhubungan dengan peningkatan produksi sebum (seboroik) pada kulit kepala dan sekitar folikel sebacea pada wajah dan batang tubuh. Kulit yang terkena menjadi kemerahan, edema, dan ditutupi oleh skuama kuning kecoklatan dan krusta. Pada bayi biasanya terjadi pada bulan pertama dan keterlibatan kulit kepala merupakan suatu karakteristik. Kulit kepala regio frontal dan parietal ditutupi skuama dan terlihat berminyak, tebal, kadang-kadang terdapat krusta (*cradle cap*).<sup>9</sup> Berdasarkan gambaran di atas maka diagnosis dermatitis seboroik pada pasien ini dapat disingkirkan.

Banyak pilihan pengobatan untuk psoriasis, baik topikal maupun sistemik. Pada bayi dan anak, pemilihan obat harus berhati-hati karena anak bukan sekedar "orang dewasa yang kecil". Kepatuhan berobat sangat bergantung pada orang tua pasien. Keberhasilan penatalaksanaan bergantung pada pengertian orang tua dan pasien mengenai perjalanan penyakit dan pilihan pengobatannya. Pemilihan obat didasarkan atas berat-ringannya penyakit,

lokasi lesi, dan pandangan pasien atau orangtuanya terhadap penyakitnya. Dianjurkan untuk memberikan pengobatan kombinasi atau secara rotasi, namun pada psoriasis plak kronik stabil yang responsif terhadap pengobatan topikal tidak perlu mengganti pengobatan.<sup>2</sup> Tujuan pemberian terapi pada psoriasis ialah untuk mendapatkan kontrol yang cepat dari proses penyakit, menurunkan persentase area permukaan tubuh yang terlibat, pendataran lesi plak, mencapai dan mempertahankan remisi jangka panjang, meminimalisasi efek samping, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.<sup>10,11</sup> Pada psoriasis yang ringan (luas area permukaan tubuh <10%) pilihan pengobatan ialah terapi topikal dan fototerapi. Terapi topikal lini pertama ialah emolien, glukokortikoid, dan analog vitamin D<sub>3</sub>; sedangkan terapi topikal lini kedua yaitu ditranol, tazaroten, dan tar.<sup>1</sup> Khasiat yang diharapkan pada pemakaian kortikosteroid topikal ialah efek anti-inflamasi, immunosupresif dan antiprolifera-tif/antimitosis. Menurut *United State Pharmacopeial Drug Information for the Health Care Professional*, desonide merupakan kortikosteroid potensi ringan sedangkan mometason furoat termasuk dalam kortikosteroid potensi sedang dan diindikasikan untuk pengobatan psoriasis.<sup>12,13</sup> Menurut acuan pustaka, pada psoriasis plak kronis emolien dapat digunakan sebagai *steroid-sparing agent*. Selain itu, emolien memiliki indikasi untuk mencegah iritasi kulit dan menghindari kekeringan kulit. Pemakaian emolien di atas obat topikal untuk psoriasis dapat memperbaiki hidrasi dan mengurangi jumlah obat topikal.<sup>2,14</sup>

Perkiraan luas lesi untuk kepentingan klinis yaitu total permukaan telapak tangan berserta kelima jari diasumsikan kurang lebih sama dengan 1% luas permukaan tubuh. Untuk mendapatkan penghitungan yang akurat, yang harus digunakan untuk pengukuran ialah telapak tangan pasien.<sup>14</sup> Pasien ini termasuk psoriasis ringan karena hanya mengenai 7% dari area permukaan tubuh.

Terapi yang diberikan pada pasien ini sesuai dengan terapi topikal lini pertama

yaitu glukokortikoid, yang kemudian dikombinasikan dengan krim ambifilik hipoalergenik. Glukokortikoid yang diberikan yaitu krim desonide (Desolex<sup>®</sup>) 2 kali oles sehari. Setelah 1 minggu terapi belum tampak perbaikan yang berarti sehingga diberikan krim glukokortikoid yang lebih poten yaitu mometason furoat (Eloskin<sup>®</sup>) 1 kali oles sehari. Pada kontrol yang ketiga, mulai terdapat perbaikan. Bercak merah terutama di bagian perut mulai menjadi putih. Mometason furoat (Eloskin<sup>®</sup>) tetap diberikan pada bercak yang masih merah, sementara untuk bercak yang sudah menjadi putih diberikan krim ambifilik hipoalergenik (Opicel<sup>®</sup>) dua kali oles sehari. Pada kontrol yang keempat, setelah pemakaian mometason furoat (Eloskin<sup>®</sup>) selama 7 minggu, bercak merah yang awalnya meninggi menjadi hipopigmentasi dan mendatar serta perhitungan PASI menjadi 0,9%.

## SIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus psoriasis vulgaris pada bayi berusia 3 bulan yang jarang dijumpai. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Bercak-bercak merah meninggi pada leher muncul sejak kurang lebih 1 minggu sebelum berobat yang kemudian menyebar ke punggung, kepala, wajah, perut, ketiak, bokong, dan selangkangan. Kasus ini tergolong psoriasis ringan karena hanya mengenai 7% dari area permukaan tubuh. Terapi yang diberikan yaitu glukokortikoid topikal dan krim ambifilik hipoalergenik. Hasil yang memuaskan diperoleh setelah 7 minggu terapi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. **Gudjonsson JE, Elder JT.** Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Seventh Edition). New York: McGraw Hill, 2008; p. 169-93.
2. **Sugito TL.** Psoriasis pada bayi dan anak. In: Kaburachman, Prasetyowati S, Indrayanti ES, Subakir, editors. *Penyakit Papuloeritroskuamosa dan Dermatomikosis Superfisialis pada Bayi dan Anak* (Edisi ke-1). Semarang: Balai Penerbit Universitas Diponegoro, 2008; p. 27-39.
3. **Hogan PA.** Papulosquamous disease. In: Schachner LA, Hansen RC, editors. *Pediatric Dermatology* (Third Edition). Philadelphia: Mosby, 2003; p. 643-56.
4. **Paller AS, Mancini AJ.** In: Paller AS, Mancini AJ, editors. *Papulosquamous and related disorders*. In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology (Third Edition). Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006; p. 85-94.
5. **Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JN.** Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology* (Seventh Edition). London: Blackwell, 2004; p. 35.1-50.
6. **Gordon R, Rosh AJ.** Psoriasis. eMed J. 2010. Available from: URL: <http://www.emedicine.medscape.com/article/762805-overview> [cited 2010 Apr 14].
7. **Flora B, De Waard-van der Spek, Oranje AP.** Psoriasis. In: Harper J, Oranje A, Prose N, editors. *Textbook of Pediatric Dermatology* (Second edition). London: Blackwell, 2006; p. 777-85.
8. **Mobini N, Toussaint S, Kamino H.** Noninfectious erythematous, papular, and squamous diseases. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editors. *Lever's Histopathology of the Skin* (Ninth Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p. 183-91.
9. **Plewig G, Jansen T.** Seborrheic dermatitis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Seventh Edition). New York: McGraw Hill, 2008; p. 219-25.
10. **Kelly KM, Weinstein GD.** Update on drugs used in the treatment of psoriasis. In: Marks R, Leyden JJ, editors. *Dermatologic Therapy in Current Practice*. United London: Martin Dunitz Ltd, 2002; p. 59-69.
11. **Lebwohl M.** A clinician's paradigm in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:S59-69.
12. **Sukanto H.** Penggunaan klinis kortikosteroid topikal secara umum. In: *Simposium Penggunaan Kortikosteroid*

Topikal secara Rasional. Surabaya, 6 September 2003; p. 57-66.

- 13. Polano MK.** Topical Skin Therapeutics. New York: Churchill Livingstone, 1984; p. 101-39.
- 14. Fluhr JW, Berardesca E.** Effect of moisturizer and keratolytical agents in

psoriasis. In: Lodén M, Maibach HI, editors. Dry Skin and Moisturizers Chemistry and Function. Boca Raton: CRC Press, 2000; p. 167-72.

- 15. Finlay AY.** Current severe psoriasis and the rule of tens. *The British Journal of Dermatology*. 2005;152(5):861-7.