

Diagnosis dan Tatalaksana Psoriasis

Muhammad Rafi Eka Putra¹, Dwi Indria Anggraini²,
Syahrul Hamidi Nasution³, Hendra Tarigan Sibero²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
²Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
³Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Psoriasis adalah peradangan kulit kronis yang ditandai dengan plak eritematosa yang jelas, sisik kasar, dan plak putih keperakan berlapis, terutama pada siku, lutut, kulit kepala, punggung, umbilikus, dan daerah lumbal. 125 juta orang di dunia mengalami psoriasis, dengan prevalensi yang bervariasi di berbagai negara. Psoriasis memiliki prevalensi 1% sampai 3% di Eropa dan Amerika Serikat. Psoriasis adalah penyakit yang disebabkan oleh kondisi autoimun. Diagnosis psoriasis dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis. Pemeriksaan fisik harus mencakup pemeriksaan lesi primer dan area umum lainnya yang terkena psoriasis termasuk kulit kepala. Adanya riwayat keluarga harus ditanyakan untuk mendukung diagnosis. Diagnosis juga dapat ditegakkan dengan ditemukannya fenomena tetesan lilin, auspitz dan kobner (isomorfik). Selain itu, dapat juga dilakukan pemeriksaan histopatologi dengan gambaran hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis, abses xMunro, papilomatosis dan vasodilatasi subepidermis. Terapi psoriasis diberikan secara topikal pada derajat ringan dan terapi sistemik serta fototerapi diberikan pada psoriasis derajat sedang hingga berat. Terapi topikal yang dapat diberikan adalah kortikosteroid, analog vitamin D, retinoid, tar (LCD 3-10%), keratolitik (asam salisilat), dan emolien. Terapi sistemik digunakan pada kasus sedang hingga berat meliputi acitretin, metotreksat, siklosporin. Fototerapi dapat digunakan untuk terapi psoriasis yaitu *narrowband* ultraviolet B (NB-UVB), *broadband* ultraviolet B (BB-UVB), dan *topical 8-methoxypsoralen* dan UVA (PUVA).

Kata Kunci: Diagnosis, psoriasis, tatalaksana

Diagnosis and Treatment of Psoriasis

Abstract

Psoriasis is a chronic skin inflammation characterized by clear erythematous plaques, rough scales, and layered silvery white plaques, especially on the elbows, knees, scalp, back, umbilicus, and lumbar region. 125 million people worldwide have psoriasis, with prevalence varying in different countries. Psoriasis has a prevalence of 1% to 3% in Europe and the United States. Psoriasis is a disease caused by an autoimmune condition. The diagnosis of psoriasis can be made based on the clinical picture. The physical examination should include examination of the primary lesion and other common areas affected by psoriasis including the scalp. A family history should be asked to support the diagnosis. The diagnosis can also be established by the presence of candle drip phenomenon, auspitz and kobner (isomorphic) which are symptoms of psoriasis. In addition, a histopathological examination can also be performed with a picture of hyperkeratosis, parakeratosis, acanthosis, Munro's abscess, papillomatosis and vasodilatation subepidermis. Psoriasis therapy is given topically in mild degrees and systemic therapy and phototherapy are given in moderate to severe psoriasis. Topical therapy that can be given is corticosteroids, vitamin D analogues, retinoids, TAR (LCD 3-10%), keratolytics (salicylic acid), and emollients. Systemic therapy used in moderate to severe cases includes acitretin, methotrexate, cyclosporin. Commonly used autotherapy in the treatment of psoriasis are narrowband ultraviolet B (NB-UVB), broadband ultraviolet B (BB-UVB), and topical 8-methoxypsoralen and UVA (PUVA).

Keywords: Diagnosis, psoriasis, treatment

Korespondensi: Muhammad Rafi Eka Putra, Alamat Kampus Unila Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedong Meneng, Kota Bandar Lampung, HP 082283163684, email:rafiekaputra@gmail.com

Pendahuluan

Psoriasis adalah peradangan kulit kronis yang ditandai dengan plak eritematosa yang jelas, sisik kasar, dan plak putih keperakan berlapis, terutama pada siku, lutut, kulit kepala, punggung, umbilikus, dan daerah lumbal.¹ Psoriasis pernah dianggap sebagai penyakit proliferasi keratinosit dan diferensiasi abnormal. Namun, penelitian saat

ini menunjukkan bahwa hiperkeratosis dan parakeratosis dimediasi oleh sel T pada psoriasis yang merupakan penyakit autoimun.²

125 juta orang di dunia mengalami psoriasis, dengan prevalensi yang bervariasi di berbagai negara.³ Psoriasis memiliki prevalensi 1% sampai 3% di Eropa dan Amerika Serikat. Penyakit ini dapat terjadi pada usia

berapapun, namun paling sering ditemukan pada usia antara 15 sampai 20 dan 55 sampai 60 tahun.⁴ Usia yang lebih muda saat onset berhubungan dengan penyakit yang lebih parah dan adanya riwayat keluarga akan lebih mempengaruhi anggota keluarga. Secara umum, sekitar 36% pasien memiliki riwayat keluarga psoriasis.⁵

Psoriasis ditandai dengan terdapatnya plak merah yang berbatas tegas serta sisik putih keperakan yang biasanya tersebar secara simetris di seluruh tubuh. Psoriasis ditandai dengan adanya plak merah dengan batas tajam dan sisik putih keperakan yang biasanya tersebar secara simetris di seluruh tubuh. Secara histologis, gambaran klinis menunjukkan hiperplasia dramatis epidermis (akantosis) dengan hilangnya lapisan granular, pemanjangan *rete ridges* (papillomatosis) yang teratur, penebalan lapisan kornea (hiperkeratosis), dan diferensiasi keratinosit yang tidak lengkap dengan nukleus yang tersisa di stratum korneum (parakeratosis). Makrofag, berbagai jenis sel dendritik, dan sel T pada dermis serta epidermis yang mengandung neutrofil dan beberapa sel T merupakan sebagian besar dari infiltrasi inflamasi. Meningkatnya jumlah kapiler yang melebar dan berliku-liku pada papila dermal inilah yang menyebabkan kemerahan pada lesi.⁶

Pada pasien psoriasis dengan warna kulit cerah didapatkan lesi primer yaitu merah, papul dan akan menjadi kemerahan dengan plak berbatas tegas. Siku, lutut, skalp, umbilikus, dan intergluteal merupakan lokasi dari plak yang biasanya ditemukan. Sedangkan pada pasien dengan kulit yang gelap akan didapatkan lesi berupa papul dan plak yang berwarna keunguan dengan sisik abu-abu.⁷

Pasien psoriasis saat ini memiliki berbagai pilihan pengobatan seperti terapi topikal, fototerapi, dan pengobatan sistemik. Terapi sistemik diindikasikan untuk pasien dengan psoriasis sedang sampai berat.³

Isi

Psoriasis adalah penyakit autoimun dengan multipel leukosit dan sitokin yang berinteraksi untuk menghasilkan proses penyakit. Kaskade inflamasi psoriasis dimulai ketika antigen memicu aktivitas dari sel dendritik dan neutrofil, yang melepaskan

sitokin seperti faktor nekrosis tumor (TNF- α), interleukin 23 (IL-23) dan IL-12. Sitokin ini berperan dalam *positive feedback loops* dengan mengaktifkan leukosit yang akan melepaskan sitokin lebih banyak lagi sehingga peradangan akan terjadi terus menerus.⁸

Terdapat pertumbuhan sub-populasi sel T fungsional yang dipengaruhi oleh sitokin seperti IL-12 dan IL-23. Hal ini termasuk sel Th1 dan Th17 yang pada waktunya akan menghasilkan sitokin proinflamasi yaitu TNF-, IL-17, IL-22. Proses inflamasi pada psoriasis melibatkan sel-sel lokal seperti endotel, fibroblas dan keratinosit yang akan meningkatkan respon imun kulit melalui ekspresi molekul adhesi dan mediator lainnya. Kaskade ini menyebabkan migrasi granulosit neutrofilik yang signifikan, yang dapat mengakibatkan perkembangan sel mikroepidermal (epidermal steril yang khas). Hiperparakeratosis psoriasis ditandai dengan peningkatan aktivitas proliferasi dan maturasi abnormal keratinosit.⁶

Psoriasis memiliki beberapa varian klinis yaitu psoriasis plak, psoriasis inversa, psoriasis gutata, eritroderma psoriatika, psoriasis pustulosa, dan plamoplantar pustulosis psoriasis.

Psoriasis plak merupakan psoriasis yang paling umum terjadi ditandai dengan lesi anular berbatas tegas yang terdiri dari dasar eritematososa dan sisik keperakan yang tebal. Awal mula lesi adalah makula eritematososa dengan ukuran <1cm atau papul yang melebar dan kemudian bergabung dengan lesi lainnya sehingga diameter lesi menjadi >1cm. Lesi ini sering ditemukan pada permukaan ekstensor (siku, lutut), kulit kepala, area lumbosakral, dan celah intergluteal.

Psoriasis inversa merupakan psoriasis yang terdapat pada daerah lipatan tubuh. Lesi terletak pada daerah intertriginosa, terlihat lembab dan eritematososa mengkilap tanpa skuama serta berbatas tegas. Lesi sering ditemukan pada daerah infra mammae, perineum, aksila, dan lipatan inguinal.

Psoriasis gutata adalah jenis psoriasis yang khas dijumpai pada usia dewasa muda. Psoriasis gutata akut sering didahului oleh sakit tenggorokan yang terkait dengan infeksi streptokokus grup B. Lesi berbentuk papul eruptif dengan ukuran 1-10 mm berwarna merah salmon (*teardrop-shaped lesions*)

menyebar secara sentripetal terutama pada badan.

Eritroderma psoriatika terjadi pada 90% atau lebih bagian tubuh berwarna merah. Varian ini terdiri dari keterlibatan kulit yang lengkap atau hampir lengkap dan ditandai dengan penggabungan bertahap plak yang disebabkan oleh infeksi, obat-obatan, penyakit sistemik, atau penarikan penggunaan kortikosteroid.

Psoriasis pustulosa ditandai dengan lesi eritematosa skuama pustul miliar berwarna putih atau kekuningan yang dapat menyerang seluruh tubuh. Terdapat dua tipe psoriasis pustulosa yaitu tipe generalisata (Von Zumbusch) dan tipe lokalisata. Plamoplantar pustulosis psoriasis timbul kelainan pada tangan dan kaki dengan lesi pustula pada dasar eritematosa dan skuama.^{1,9}

Psoriasis ekstrakutan terdiri dari psoriasis kuku dan psoriasis artritis. Sekitar 80% pasien dengan psoriasis memiliki keterlibatan kuku termasuk *pitting* (depresi kecil pada permukaan kuku), onikolisis (pemisahan kuku distal dari alas kuku), hiperkeratosis subungual, dan bintik-bintik oranye-kuning di bawah lempeng kuku (bintik-bintik minyak).

Diagnosis psoriasis dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis. Pemeriksaan fisik harus mencakup pemeriksaan lesi primer dan area umum lainnya yang terkena psoriasis termasuk kulit kepala. Kuku dan sendi juga harus diperiksa untuk setiap perubahan yang konsisten pada psoriasis, selain itu, riwayat keluarga harus ditanyakan untuk menjelaskan diagnosis lebih lanjut. Diagnosis juga dapat didukung dengan adanya tetesan lilin, auspitz dan kobner (isomorfik) yang merupakan gejala psoriasis. Fenomena auspitz dan tetesan lilin dianggap tipikal, sedangkan kobner dianggap atipikal karena ditemukan pada penyakit lain seperti liken planus dan veruka plana juvenileis dan hanya sekitar 47% kasus positif.^{9,10}

Fenomena tetesan lilin adalah adanya perubahan warna pada skuama menjadi putih ketika digores yang tampak seperti lilin yang digores. Pemeriksaan pada fenomena ini dilakukan dengan cara menggores menggunakan pinggir gelas alas.¹⁰ Fenomena auspitz akan terlihat adanya serum atau darah berbintik yang diakibatkan oleh papilomatosis.

Pemeriksaan fenomena ini dilakukan dengan menggerok skuama yang berlapis menggunakan ujung gelas alas. Ketika skuama habis pengerokan dilakukan secara perlahan hal ini dilakukan untuk menghindari perdarahan yang merata sehingga tidak terlihatnya perdarahan yang berupa bintik-bintik. Fenomena kobner yang muncul kurang lebih tiga minggu setelah trauma garukan pada kulit penderita psoriasis, dapat menyebabkan kelainan pada kulit yang sama dengan psoriasis.¹ Selain pemeriksaan di atas dapat juga dilakukan pemeriksaan histopatologi yang akan didapatkan gambaran hiperkeratosis (penebalan stratum korneum), parakeratosis (inti-inti masih terlihat jelas pada penebalan stratum korneum), akantosis (penebalan stratum spinosum), abses munro (pada stratum spinosum terdapat kelompok sel leukosit), papilomatosis dan vasodilatasi di subepidermis. Pemeriksaan KOH dapat dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat infeksi jamur.¹¹

Terapi psoriasis memiliki banyak variasi dan bergantung dengan banyaknya lesi, lokasi lesi dan beratnya lesi serta lamanya penyakit dan usia penderita. Pembagian tingkat keparahan psoriasis menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI), untuk psoriasis tipe plak dan berat, yaitu psoriasis tipe eritroderma dan psoriasis pustulosa generalisata. Tingkat keparahan psoriasis tipe plak biasanya ditentukan oleh total area permukaan tubuh/*body surface area* (BSA) yang terlibat. BSA diklasifikasikan menjadi ringan (<3%), sedang (3–10%), dan berat (>10%). pada area yang sulit diobati dan sangat memengaruhi kualitas hidup, seperti area skalp, wajah, genital, kuku, palmar, dan plantar termasuk dalam kategori berat tanpa melihat persentase dari BSA. Untuk menilai kualitas hidup pasien psoriasis dapat digunakan alat ukur *dermatology lif qualit index* (DLQI) yang terbagi menjadi 3 kategori, yaitu ringan (<5), sedang (5–10), dan berat (>10).¹²

Selain BSA dan DLQI terdapat alat ukur yang digunakan untuk memantau derajat keparahan dan efektifitas terapi yaitu *psoriasis area severity index* (PASI). Skor PASI tidak hanya memperhitungkan BSA tetapi juga intensitas kemerahan, skuama, dan ketebalan plak yang akhirnya akan menghasilkan skor

dari 0 (tidak ada penyakit) hingga 72 (tingkat keparahan penyakit maksimal). skor PASI-75 diartikan sebagai penurunan skor sebesar 75% dari baseline. Skor PASI-90 dan PASI-100 diartikan sebagai penurunan skor PASI sebesar 90% dan 100% dari baseline. Skor PASI-75 dianggap sebagai baku emas penilaian efektivitas dalam uji acak terkontrol, namun sebaiknya target terapi harus mencapai kulit bebas lesi atau hampir bersih (PASI-90 atau PASI-100).¹³

Terdapat beberapa pilihan terapi seperti topikal, fototerapi, maupun sistemik. Pada langkah awal terapi baiknya diberikan pengobatan topikal, namun jika didapatkan hasil yang tidak memuaskan dapat diertimbangkan untuk pengobatan sistemik.^{1,3} Psoriasis ringan dapat diberikan terapi tpikal seperti kortikosteroid, analog vitamin D, retinoid, tar (LCD 3-10%), keratolitik (asam salisilat), dan emolien. Pemilihan terapi topikal tergantung dengan lokasi, ukuran dan ketebalan plak serta penggunaan terapi sebagai inisiasi atau terapi pemeliharaan.⁴

Pengobatan secara topikal terbagi menjadi lini pertama dan lini kedua. Salah satu lini pertama pengobatan psoriasis secara topikal adalah keratolitik. Asam salisilat adalah keratolitik yang paling banyak digunakan. Senyawa ini mengakibatkan adanya kerusakan kohesi antar korneosit-korneosit yang terdapat pada lapisan kulit pasien psoriasis yang keras dan abnormal. Dampak keratolitik meningkatkan infiltrasi dan kecukupan beberapa spesialis efektif lainnya, seperti kortikosteroid. Asam salisilat tersedia dalam bentuk gel 2% hingga 10% atau losio dan digunakan 2-3 kali perhari. Penggunaan di tempat yang terdapat banyak peradangan, dapat menyebabkan reaksi salisilat dengan gejala seperti mual, muntah, tinitus, atau hiperventilasi. Secara khusus asam salisilat efektif terhadap plak tebal (>0.75 mm).¹⁴

Kortikosteroid topikal diperkirakan dapat menghambat fosfolipase A, sehingga mengurangi jumlah asam arakidonat, prostaglandin, dan leukotrien di kulit. Topikal ini juga dapat menghentikan sintesis DNA dan mitosis dalam sel epidermis. Jika dikombinasikan dengan vasokonstriksi lokal, efek ini akan mengurangi eritema, pruritis, dan pengelupasan. Kortikosteroid potensial konsentrasi rendah, seperti hidrokortison satu

persen, memiliki efek antiinflamasi yang lemah dan paling aman untuk penggunaan jangka panjang pada wajah dan area lain yang rentan terhadap gesekan, serta untuk bayi dan anak kecil. Untuk plak tebal pada badan atau anggota badan, dapat digunakan kortikosteroid dengan potensi sedang hingga tinggi. Pada telapak tangan dan telapak kaki membutuhkan kortikosteroid potensi tinggi hingga sangat tinggi. Penggunaan kortikosteroid dengan potensi sangat tinggi hanya untuk jangka waktu singkat.^{4,15}

Analog vitamin D dapat menghambat diferensiasi dan proliferasi keratinosit, selain itu dapat mengurangi IL-8 dan IL-2, yang memiliki efek antiinflamasi. Penggunaan terapi vitamin D dibatasi karena memiliki kecenderungan mengakibatkan hiperkalsemia. Calcipotriene, juga dikenal sebagai dovonex, adalah analog vitamin D sintetik yang digunakan untuk mengobati plak psoriasis ringan hingga sedang. Pemulihan biasanya dimulai dalam dua minggu setelah memulai pengobatan, dan sekitar 70% pasien mengalami peningkatan sedang hingga signifikan setelah delapan minggu. alciptriene 0,005%, dioleskan sebagai krim, salep, atau larutan, harus digunakan tidak lebih dari sekali sehari dan tidak lebih dari 100 gram per minggu.¹⁴

Tazarotene adalah retinoid sintetik yang dipecah menjadi metabolit aktif, yaitu asam tazarothenate yang mengontrol diferensiasi dan proliferasi keratinosit. Untuk psoriasis plak ringan hingga sedang, krim ini dapat digunakan sekali sehari, biasanya pada sore hari. Terapi ini juga tersedia dalam sediaan gel. Sediaan gel 0,1% lebih efektif, namun pada sediaan gel 0,05% lebih sedikit yang menyebabkan iritasi. Efek samping seperti pruritus, rasa terbakar, pedih dan eritem dengan tingkat keparahan ringan hingga sedang bergantung dengan dosis dan pemberian obat.¹⁶

Terapi topikal lini kedua pada psoriasis adalah TER (batu bara) yang memiliki kandungan senyawa hidrokarbon yang dibentuk oleh distilasi bitumen batu bara. fotoaduksi antara TER dengan epidermal DNA serta inhibisi sintesis DNA diaktifkan oleh sinar UV-B (ultraviolet B). Penormalan laju replikasi epidermal akan mengurangi terjadinya peningkatan jumlah plak. Sediaan TER

berbentuk losion, krim, shampo, salep, gel dan larutan dengan konsentrasi dua sampai lima persen. Sediaan ini diaplikasikan langsung pada lesi saat sore hari dan dibiarkan sepanjang malam. Selain itu, dapat digunakan dalam air mandi. Pengobatan dengan TER terbilang cukup efektif namun formula ini memiliki beberapa kelemahan yaitu membutuhkan banyak waktu, mengakibatkan iritasi lokal, bau yang mengganggu, mewarnai kulit dan pakaian, serta sensitivitas terhadap sinar UV meningkat.¹⁴

Anthralin dengan konsentrasi 0,05-0,1% digunakan dalam pengobatan psoriasis plak yang kronis atau psoriasis gutata yang bekerja sebagai antiinflamasi dan menghambat proliferasi keratinosit. Efek sampingnya bersifat iritasi dan mewarnai kulit dan pakaian. Sediaan krim dan salep biasanya digunakan pada sore hari dan dibiarkan semalaman. Terapi antralin kontak singkat (SCAT = *short-contact antralin therapy*) sebagai alternatif dengan penggunaan selama 10-20 menit pada konsentrasi satu sampai lima persen dalam pembawa larut air adalah pilihan efektif karena memiliki efek samping lokal yang lebih kecil.^{1,14}

Fototerapi yang umum digunakan dalam terapi psoriasis adalah *narrowband* ultraviolet B (NB-UVB; 311-313 nm), *broadband* ultraviolet B (BB-UVB; 280-320 nm), dan *topical 8-methoxypsoralen and UVA* (PUVA). fototerapi UVB dapat memberikan hasil yang lebih efektif ketika dikombinasikan dengan terapi sistemik. Penggunaan PUVA sebagai terapi diindikasikan pada pasien psoriasis dengan tingkat keparahan sedang sampai berat yang tidak berespon pada terapi topikal maupun sistemik.¹⁷

Terapi sistemik yang dapat diberikan pada penderita psoriasis adalah derivat asam retinoat dan metabolit aktif retinoat yaitu acitretin. Acitretin diindikasikan pada psoriasis parah tipe eritrodermik dan pustular menyebar. Namun, terapi ini lebih bermanfaat jika digunakan sebagai terapi tambahan. Berdasarkan penelitian, acitretin menunjukkan hasil yang lebih baik ketika dikombinasi dengan terapi lain seperti UVB, PUVA, siklosporin, dan metotreksat. Dosis awal yang diberikan adalah 25 mg sampai 50 mg yang kemudian dilanjutkan sampai lesi sembuh. Senyawa ini merupakan senyawa

tertogenik sehingga kontraindikasi pada pasien yang sedang hamil.¹⁴

Terapi sistemik lainnya adalah siklosporin. Siklosporin bekerja dengan cara menghambat respon imun dengan menginhibisi aktifitas sel T pada fase pertama, dan juga menghambat pelepasan mediator inflamasi dari sel mast, basofil dan sel PMN (polimorfonuklear). Terapi ini digunakan pada psoriasis parah dengan manifestasi kutan dan artritis. Penggunaan siklosporin dalam jangka panjang (lebih dari 2 tahun) dapat meningkatkan resiko kecacatan seperti kanker kulit.¹⁸

Psoriasis dengan tingkat sedang hingga berat ataupun psoriasis artritis disarankan untuk menggunakan terapi sistemik yaitu metotreksat yang merupakan analog sintetik asam folat. Senyawa ini bekerja sebagai inhibitor kompetitif dari enzim dihidrofolat reduktase yang mengubah dihidrofolat menjadi tetrahidrofolat. Metotreksat akan menghambat produksi sel-sel yang berproliferasi seperti limfosit.^{4,18}

Pemberian kombinasi terapi sistemik dengan metode lain dapat memberikan manfaat lebih baik ketika monoterapi sistemik tidak menunjukkan hasil yang optimal. Kombinasi yang dapat dilakukan meliputi : acitretin + UV-B, acitretin + fotokemoterapi PUVA, metotreksat + UV-B, PUVA + UV-B, metotreksat + siklosporin.

Ringkasan

Psoriasis adalah peradangan kulit kronis yang disebabkan oleh proses autoimun dan ditandai dengan plak eritematosa yang jelas, sisik kasar, dan plak putih keperakan berlapis, terutama pada siku, lutut, kulit kepala, punggung, umbilikus, dan daerah lumbal. Adanya tetesan lilin, auspitz dan kobner (isomorfik) merupakan gejala psoriasis. Pemeriksaan pada fenomena tetesan lilin dilakukan dengan cara menggores menggunakan pinggir gelas alas. Pemeriksaan fenomena auspitz dilakukan dengan mengerok skuama yang berlapis menggunakan ujung gelas alas. Sedangkan fenomena kobner yang muncul kurang lebih tiga minggu setelah trauma garukan pada kulit penderita psoriasis. Terapi psoriasis diberikan secara topikal pada derajat ringan dan terapi sistemik serta fototerapi diberikan pada psoriasis derajat

sedang hingga berat. Penilaian derajat psoriasis dapat diukur dengan metode total area permukaan tubuh/body surface area (BSA), *dermatology life quality index* (DLQI), dan *psoriasis area severity index* (PASI). Lini pertama pada terapi topikal adalah keratolitik sedangkan pada terapi sistemik dapat diberikan metotreksat dan/atau siklosporin. Pengobatan fototerapi UVB dan PUVA direkomendasikan pada penderita psoriasis dengan derajat sedang hingga berat yang menunjukkan efek minimal pada terapi sistemik.

Simpulan

Diagnosis psoriasis dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan histopatologis. Pemeriksaan fisik mencakup pemeriksaan lesi primer disertai adanya fenomena tetesan lilin, auspitz dan kobner (isomorfik) sebagai gejala psoriasis. Terapi psoriasis dapat diberikan secara topikal pada derajat ringan dan terapi sistemik serta fototerapi diberikan pada psoriasis derajat sedang hingga berat.

Daftar Pustaka

1. Menaldi S, Bramono K, Indriatmi W, eds. *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. 7th ed. FKUI; 2016.
2. Michelle A. Lowes, Chris B. Russell, David A. Martin, Jennifer E. Towne and JG, Krueger. Keratinocyte Responses. *Trends Immunol*. 2014;34(4):174-181. doi:10.1016/j.it.2012.11.005.
3. Sutanto NR, Budianti WK. Perkembangan Terkini Terapi Sistemik Psoriasis Current Systemic Therapy for Psoriasis. *J Kedokt Meditek*. 2021;27(2):136-146.
4. Brandon A, Mufti A, Gary Sibbald R. Diagnosis and management of cutaneous psoriasis: A review. *Adv Ski Wound Care*. 2019;32(2):58-69. doi:10.1097/01.ASW.0000550592.08674.43
5. Dand N, Mucha S, Tsoi LC, et al. Exome-wide association study reveals novel psoriasis susceptibility locus at TNFSF15 and rare protective alleles in genes contributing to type I IFN signalling. *Hum Mol Genet*. 2017;26(21):4301-4313. doi:10.1093/hmg/ddx328
6. Umezawa Y, Ozawa A. Psoriasis vulgaris. *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu*. 2000;2(31):293-295. doi:10.1007/978-3-642-44980-2_21
7. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller A, Leffell D. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. McGraw-Hill Companies; 2008.
8. Gooderham MJ, Papp KA, Lynde CW. Shifting the focus – the primary role of IL-23 in psoriasis and other inflammatory disorders. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2018;32(7):1111-1119. doi:10.1111/jdv.14868
9. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Adv Ski Wound Care*. 2013;26(6):271-284. doi:10.1097/01.ASW.0000429778.10020.67
10. Aprilliana KF, Mutiara H. Psoriasis Vulgaris Pada Laki-laki 46 Tahun. *J Fak Kedokt Univ Lampung*. 2017;4:160-166.
11. Kelly A, Taylor S, eds. *Dermatology For Skin Of Color*. McGraw-Hill Companies; 2009.
12. Novianto E, Fitri EM, Budianti WK, eds. Alur Tata Laksana Psoriasis Vulgaris (Tipe Plak) di Indonesia. In: 1st ed. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia; 2019.
13. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD011535.pub2.
14. Dewi FDK. Terapi pada Psoriasis. *J Med Hutama*. 2021;02(02):631-641. <http://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/145>
15. Ashar D, Hsi Y, Hsuan Y, Eunyoung C. All-Cause And Causespecific Mortality In Psoriasis: A Systematic Review And Meta-Analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;1(1):1332-1343. doi:10.1016/j.jaad.2018.12.037
16. Li SJ, Perez-Chada LM, Merola JF. TNF Inhibitor-Induced Psoriasis: Proposed Algorithm for Treatment and Management. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis*. 2019;4(2):70-80.

doi:10.1177/2475530318810851

17. Matos T, Ling T, Sheth V. Ultraviolet B radiation therapy for psoriasis: Pursuing the optimal regime. 2016;34(5):587-593. doi:10.1016/j.clindermatol.2016.05.008
18. Tampa M, Sarbu MI, Mitran MI, Mitran CI, Matei C, Georgescu SR. The Pathophysiological Mechanisms and the Quest for Biomarkers in Psoriasis, a Stress-Related Skin Disease. *Dis Markers*. 2018;2018. doi:10.1155/2018/5823684