



## ERITRODERMA ET CAUSA DERMATITIS KONTAK IRITAN

Adityani N<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Mahasiswa Fakultas kedokteran Universitas Lampung

### Abstrak

**Latar Belakang.** Kulit merupakan organ terluar tubuh. Salah satu kelainan yang dapat terjadi pada kulit adalah eritroderma. Rasio kejadian penyakit eritroderma pada laki-laki lebih tinggi daripada wanita yaitu 2:1 hingga 4:1. Eritroderma lebih banyak terjadi pada rentang usia antara 41-61 tahun. Lebih dari 50% kasus eritroderma dilatarbelakangi oleh penyakit yang mendasarinya. **Tujuan.** Untuk mendiagnosis eritroderma dengan akurat sehingga mampu menatalaksana dengan tepat. **Kasus.** Tn. S, 70 tahun, datang ke poliklinik penyakit kulit dan kelamin rumah sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung dengan keluhan kulit mengelupas pada seluruh tubuh sejak 5 bulan yang lalu. Pada pemeriksaan kulit ditemukan lesi kulit berupa makula hiperpigmentasi dengan skuama dan likenifikasi berbentuk plak yang multipel dan tersebar generalisata. Terapi yang diberikan berupa terapi umum yaitu diet tinggi protein dan terapi khusus yaitu pemberian kortikosteroid sistemik prednisone 3x10 mg, antihistamin oral cetirizine 1x10 mg, topikal emolien lanolin 10%. **Simpulan.** Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien ditegakkan diagnosis yaitu eritroderma *et causa* dermatitis kontak iritan dan pada pasien diberikan terapi sesuai dengan prinsip penatalaksanaan eritroderma. [Medula Unila.2013;1(5):72-78]

**Kata Kunci:** eritroderma, *evidence-based medicine*, penyakit kulit.

## ERYTHRODERMA ET CAUSA IRRITANT CONTACT DERMATITIS

Adityani N<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Medical Student of Lampung University

### Abstract

**Background.** Skin is the outmost part of human body. One of diseases of the skin is erythroderma. The male-female ratio is 2:1 to 4:1. The highest incidence occurs between ages 41-61 years. More than 50% cases have underlying skin disorder. **Purpose.** To diagnose erythroderma accurately in order to give appropriate treatment. **Case.** A 70 years old male come to hospital with chief complain of exfoliating in almost all part of his skin since last 5 months. From skin inspection there was generalized multiple hyperpigmented macula with desquamation and lichenification plaque. The therapy given include high protein diet, and specific therapy such as systemic corticosteroid, systemic antihistamine, and emollient lanolin 10%. **Conclusion.** Based on historical finding and physical examination, the patient was diagnosed as erythroderma et causa irritant contact dermatitis and the treatment given to the patient was appropriate with the erythroderma treatment principal. [Medula Unila.2013;1(5):72-78]

**Keyword :** erythroderma, *evidence-based medicine*, skin disease.



## Pendahuluan

Kulit merupakan organ terluar tubuh. Organ ini sangat mudah menunjukkan gejala apabila timbul kelainan. Salah satu kelainan yang dapat terjadi pada kulit adalah eritroderma. Eritroderma juga dikenal sebagai dermatitis eksfoliatif, merupakan kelainan pada kulit dengan gambaran dermatologis berupa eritema difusa dan skuama yang meliputi lebih dari 90% area permukaan kulit (Wasitaatmadja, 2005).

Insidensi eritroderma di Amerika Serikat bervariasi, antara 0,9 sampai 71 per 100.000 penderita rawat jalan dermatologi (Grant-Kels *et al.*, 2008). Hasan dan Jensen pada tahun 1983 memperkirakan insiden eritroderma sebesar 1-2 per 100.000 penderita. Sehgal dan Srivasta pada tahun 1986 melakukan penelitian prospektif di India dan melaporkan 35 per 100.000 penderita eritroderma dirawat jalan di dermatologi (Hasan *et al.*, 2004). Rasio kejadian penyakit eritroderma pada laki-laki lebih tinggi daripada wanita yaitu 2:1 hingga 4:1. Eritroderma lebih banyak terjadi pada rentang usia antara 41-61 tahun. Lebih dari 50% kasus eritroderma dilatarbelakangi oleh penyakit yang mendasarinya (Wasitaatmadja, 2005).

Eritroderma yang disebabkan karena perluasan penyakit merupakan kasus terbanyak. Penyakit kulit yang paling banyak berlanjut ke eritroderma adalah psoriasis. Namun penelitian lain melaporkan penyebab terbanyak adalah dermatitis yaitu dermatitis atopik (9%), dermatitis kontak iritan (6%), dan dermatitis seboroik (4%) (Kartowigno, 2012).

Selain dicetuskan oleh penyakit, eritroderma juga dapat ditimbulkan akibat reaksi alergi terhadap obat. Berbagai obat dapat menyebabkan eritroderma antara lain seperti golongan obat anti diabetes (sulfonilurea, klorpropamid), obat jantung (amiodaron, captopril, nifedipin), antibiotik (sterptomisin, sefalosporin, penisilin, trimetroprim), dan obat-obatan psikiatrik (klorpromazin, barbiturat, fenotiazid) (Kartowigno, 2012).

Patogenesis timbulnya eritroderma berkaitan dengan patogenesis dari kelainan yang mendasari timbulnya penyakit ini. Mekanisme kelainan yang



mendasari akan bermanifestasi sebagai eritroderma seperti dermatosis yang menimbulkan eritroderma atau bagaimana timbulnya eritroderma secara idiopatik tidak diketahui secara pasti (Juanda, 2005).

Diagnosis eritroderma ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, dan pemeriksaan laboratorium, sedangkan pemeriksaan histopatologi dapat membantu menentukan penyakit yang mendasarinya. Diagnosis yang akurat dari penyakit ini membutuhkan pengamatan yang seksama, evaluasi serta pengetahuan tentang terminologi dermatologi, morfologi, serta diagnosa banding. Eritroderma bukan merupakan kasus yang sering ditemukan, namun masalah yang ditimbulkannya cukup parah dan sering kali para dokter kesulitan dalam penatalaksanaannya. Diagnosis yang lebih awal, cepat, dan akurat serta penatalaksanaan yang tepat sangat mempengaruhi prognosis penderita (Earlia dkk., 2009).

### **Kasus**

Tn. S, 70 tahun, datang ke poliklinik penyakit kulit dan kelamin rumah sakit umum Abdul Moloek (RSUAM) Bandar Lampung dengan keluhan kulit mengelupas pada seluruh tubuh sejak 5 bulan yang lalu. Keluhan ini diawali setelah ia memotong rumput yang sebelumnya ia semprot dengan racun rumput, namun pasien lupa merek dan jenis racun rumput yang ia gunakan. Pasien memotong rumput tersebut menggunakan tangannya tanpa memakai alat pelindung diri. Awalnya pasien merasa tidak enak badan kemudian keesokan harinya timbul bercak kemerahan pada kedua tangannya. Keluhannya saat itu juga disertai gatal-gatal dan timbul bintil-bintil berisi cairan.

Keesokan harinya, pasien mengaku bahwa bintil-bintil itu semakin menjalar dan sudah mencapai daerah wajah, dan beberapa hari kemudian telah menyebar ke seluruh tubuh. Selain gatal kulit pasien juga terasa kaku-kaku pada daerah yang kemerahan. Karena terus digaruk oleh pasien, seluruh kulitnya menjadi menebal dan mengelupas. Sebelumnya pasien mengaku tidak mengkonsumsi obat maupun jamu-jamuan dalam 1 bulan terakhir.



Karena keluhannya pasien berobat ke mantri sebanyak 3 kali. Pasien diberikan 3 macam pil, tetapi pasien tidak tahu nama obatnya. Karena tidak ada perubahan, pasien memutuskan memeriksakan dirinya ke poliklinik penyakit kulit kelamin RSUAM Bandar Lampung.

Pasien belum pernah mengalami penyakit seperti ini. Penyakit kencing manis, darah tinggi, keganasan dan lain-lain disangkal. Pada keluarga ataupun lingkungan sekitar pasien juga tidak ditemukan penyakit yang sama.

Pemeriksaan fisik yang didapatkan pada pasien kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan kulit ditemukan lesi kulit berupa makula hiperpigmentasi dengan skuama dan likenifikasi berbentuk plak yang multipel dan tersebar generalisata.

Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium namun dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan pemeriksaan histopatologis, dan *patch test*. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis menderita eritroderma *et causa* dermatitis kontak iritan. Pasien dirawat dan dilakukan penatalaksanaan berupa terapi umum yaitu terapi cairan dengan cairan ringer laktat 20 tetes per menit, mengurangi faktor pemberat dengan menghindari sinar matahari dan mandi tanpa sabun, untuk mengganti kehilangan protein yang cukup besar dari permukaan kulit diberikan diet tinggi protein, serta untuk mencegah hipotermi lingkungan sekitar pasien harus nyaman dengan suhu yang hangat. Terapi medikamentosa berupa pemberian kortikosteroid sistemik seperti prednisone 3x10 mg, pemberian antibiotika untuk mencegah infeksi sekunder diberikan eritromisin 4x250 mg/hari selama 7 hari, pemberian antipruritus berupa cetirizine 1x10 mg, dan emolien lanolin 10 % yang dioleskan 3-4 kali sehari.

### **Pembahasan**

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah didapatkan, diagnosa merujuk kepada eritroderma, yaitu dimulai dengan bercak eritem yang cepat sekali meluas. Dapat disertai dengan demam, menggigil serta malaise yang tidak terlalu berat. Bercak eritem tersebut biasanya mencapai keseluruhan permukaan tubuh



dalam 12-48 jam. Selanjutnya diikuti dengan timbulnya deskuamasi dalam 2-6 hari, seringkali dimulai di daerah-daerah lipatan kulit. Seluruh kulit tampak kemerahan, mengkilat dan mengelupas serta teraba panas dan menebal pada palpasi. Pada eritroderma yang disebabkan oleh golongan dermatitis biasanya timbul dalam waktu singkat (Grant-Kels *et al.*, 2008).

Pada eritroderma, tidak dibutuhkan diagnosa banding, hanya membandingkan kausa dari eritroderma tersebut, yaitu Dermatitis (kontak/atopik), psoriasis, drug eruption, limfoma/leukemia, pemfigus, pitiriasis rubra pilaris, *lichen planus*, dermatofitosis, dan skabies (Wasitaatmadja, 2005).

Eritroderma karena obat umumnya erupsi timbul sesuai dengan jalur masuk obat antara lain mulut, hidung, suntikan atau infus, rektum, dan obat kulit. Umumnya alergi timbul secara akut dalam waktu 10 hari. Mula-mula lesi kulit timbul kemerahan yang menyeluruh tanpa disertai skuama. Pada saat penyembuhan baru akan diikuti timbulnya skuama (Earlia dkk, 2009).

Pada anamnesa terhadap kasus, Tn. S mengalami eritroderma *et causa* dermatitis kontak iritan. Dermatitis kontak iritan merupakan dermatitis yang terjadi setelah adanya kontak dengan suatu bahan iritan. Dalam kasus ini, pasien mengalami kontak dengan rumput basah yang sebelumnya disemprot dengan racun rumput atau herbisida.

Herbisida merupakan salah satu jenis zat yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit dan mata. Beberapa herbisida bersifat korosif terhadap kulit contohnya aquatol, asure, 2,4 d-d amine, parakuat dan lain-lain. Toksisitas herbisida tersebut terhadap kulit dibagi menjadi empat kategori, dimana kategori satu bersifat korosif, kategori dua menimbulkan iritasi berat dalam 72 jam setelah paparan, kategori tiga menimbulkan iritasi sedang dalam 72 jam setelah paparan dan kategori empat iritasi ringan setelah 72 jam paparan (Bissonette S, 2008).

Riwayat adanya kontak dengan herbisida tersebut dapat menyebabkan pasien menderita dermatitis kontak iritan sebelum menderita eritroderma. Wujud kelainan kulit pada dermatitis kontak iritan dapat berupa eritem/edema/vesikel yang bergerombol atau vesikel yang membasah, disertai rasa gatal. Bila kontak



berjalan terus, maka dermatitis ini dapat menjalar ke daerah sekitarnya dan ke seluruh tubuh.

Awalnya timbul efloresensi kulit akut berupa bercak-bercak atau eritematous yang menyeluruh. Warna kulit berubah dari merah muda menjadi merah gelap. Sesudah satu minggu gejala eksfoliasi dimulai, terbentuk skuama yang khas dan biasanya dalam bentuk serpihan kulit yang halus yang meninggalkan kulit yang licin serta berwarna merah dibawahnya. Gejala ini disertai dengan pembentukan sisik yang baru ketika sisik yang lama terlepas. Tidak adanya riwayat psoriasis, limfoma/leukemia, pemfigus, pityriasis rubra pilaris, *lichen planus*, dermatofitosis, skabies pada pasien sebelum onset eritroderma telah menyingkirkan diagnosa banding kausa eritroderma *et causa* psoriasis, limfoma/leukemia, pemfigus, pityriasis rubra pilaris, lichen planus, dermatofitosis, scabies. Sedangkan eritroderma *et causa* alergi obat tersingkirkan karena pada pasien tidak didapatkan riwayat meminum obat ataupun jamu-jamuan sebelumnya, serta skuama pada pasien timbul pada awal penyakit dan menetap.

Tujuan penatalaksanaan eritroderma adalah untuk mempertahankan keseimbangan cairan serta elektrolit dan mencegah infeksi, serta suportif, dan harus segera dimulai begitu diagnosis ditegakkan. Pasien harus dirawat di rumah sakit dan harus tirah baring. Suhu kamar yang nyaman harus dipertahankan karena pasien tidak memiliki kontrol termoregulasi yang normal sebagai akibat dari fluktuasi suhu karena vasodilatasi dan kehilangan cairan lewat evaporasi. Keseimbangan cairan dan elektrolit harus dipertahankan karena terjadinya kehilangan air dan protein yang cukup besar dari permukaan kulit (Parimalan *et al.*, 2012).

Simpulan, berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien ditegakkan diagnosis yaitu eritroderma *et causa* dermatitis kontak iritan. Penegakan diagnosis eritroderma berdasarkan gambaran klinis yaitu ditemukan adanya eritem dan skuama yang generalisata (lebih dari 90% luas tubuh). Eritem biasanya muncul di badan yang meluas dalam beberapa hari/minggu sehingga mengenai seluruh kulit, diikuti timbulnya skuama. Skuama pada eritroderma akibat dermatitis biasanya halus dan timbul sejak awal penyakit, sedangkan



skuama akibat reaksi alergi obat baru timbul pada saat masa penyembuhan. Keluhan gatal ditemukan pada 90% pasien. Akibat adanya siklus gatal-garuk, maka akan timbul likenifikasi. Diagnosis yang akurat dari penyakit ini membutuhkan pengamatan yang seksama, evaluasi serta pengetahuan tentang terminologi dermatologi, morfologi, serta diagnosa banding. Eritroderma merupakan penyakit serius dan harus dirawat di rumah sakit. Tindakan awal adalah koreksi keseimbangan elektrolit dan cairan, mengganti protein yang hilang, pencegahan hipotermi, dan mencegah infeksi sekunder. Selain itu, diberikan antihistamin oral untuk mengurangi gatal, kortikosteroid sistemik, dan emolien.

### **Daftar Pustaka**

- Bissonnette S. 2008. Illinois agricultural pest management handbook. Illinois: Cooperative Extension Service College of Agriculture University of Illinois. pp. 267-9.
- Earlia N, Nurhaini F, Jatmiko AC, Ervianti E. 2009. Penderita eritroderma di instalasi rawat inap kesehatan kulit dan kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2005-2007. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin. 2(21):93-101.
- Grant-Kels JM, Bernstein ML, Rothe MJ. 2008. Exfoliative dermatitis. Newyork: Megraw-Hill. pp. 23.
- Hasan I, Ahmad M, Mana'an Q, Husein S, Masood Q. 2013. Papuloerythoderma of ofuji – a case report. Journal of Pakistan Association of Dermatologist. 23(1):103-5.
- Juanda A. 2005. Dermatositis eritroskuamosa. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hlm. 51-3.
- Kartowigno, S. 2012. Sepuluh besar kelompok penyakit kulit. Palembang: Unsri Press. hlm. 96-100.
- Parimalan K, Thomas J, Dineshkumar D. 2012. Histologic of infantile erythrodermic psoriasis. E-journal of The Indian Society of Tele dermatology. 1(6):28-33.



Wasitaatmadja SM. 2005. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hlm. 78-80.