

A 47 Years Old Woman with Eritroderma ec. Drug Allergy

Shinta Tri Lusiani

Faculty of Medicine, Lampung University

Abstract

Introduction. Erythroderma is a skin inflammation that affects 90% or more on the surface of the skin, usually accompanied by scaly. **Case.** 47-year-old female patient came to the Abdoel Moelok hospital with complaints red patches itchy and flaking skin all over the body since 3 months ago. Found scaly patches of erythema with multiple coarse and demarcated, white and erosion throughout the body. General management of these patients is a diet high in protein, monitoring vital signs and prevent hypothermia, should not scratch the itchy area, keep the skin moist. Specifically management of these patients given methylprednisolone injection 62,5mg / 12 hours, 3x cetirizine 10 mg tabs, ciprofloxacin 3 x 500 mg tabs, 2x150 mg ranitidine tab. **Conclusion.** Drugs suspected as the cause of allergies in this case is antibiotics and analgesics that consumed postoperatively. Management erythroderma ec drug allergies can be done by providing a high-protein diet, monitor vital signs and prevent hypothermia, keeping the skin moist, and consulting with a specialist of dermatology and venereology.

Keyword : Allergy, Drug, Eritroderma

Abstrak

Pendahuluan. Eritroderma merupakan peradangan kulit yang mengenai 90% atau lebih pada permukaan kulit yang biasanya disertai skuama. **Kasus.** Pasien wanita berusia 47 tahun datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan keluhan muncul bercak merah yang disertai rasa gatal dan kulit mengelupas di seluruh tubuh sejak 3 bulan yang lalu. Ditemukan patch eritema disertai skuama multiple kasar dan berbatas tegas, berwarna putih dan erosi di seluruh tubuh. Tatalaksana umum pada pasien ini adalah diet tinggi protein,antau tanda vital dan cegah hipotermi, tidak boleh menggaruk daerah yang gatal, menjaga kelembaban kulit. Tatalaksana khusus pada pasien ini diberikan injeksi Metilprednisolon 62,5mg/12 jam, cetirizin 3x 10 mg tab, ciprofloxacin 3 x 500 mg tab, ranitidin 2x150 mg tab.

Simpulan. Obat yang dicurigai sebagai penyebab alergi pada kasus ini adalah antibiotik dan analgetik yang dikonsumsi post operasi. Penanganan eritroderma ec alergi obat dapat dilakukan dengan memberikan diet tinggi protein, memantau tanda vital dan mencegah hipotermi, menjaga kelembaban kulit, dan dapat mengonsultasikan penanganan medikamentosa pada dokter spesialis kulit dan kelamin.

Kata Kunci : Alergi, Eritroderma, Obat

Pendahuluan

Kulit merupakan salah satu organ tubuh yang sangat mudah memberikan suatu manifestasi klinis apabila timbul gangguan pada tubuh. Salah satu gangguan tersebut dapat disebabkan oleh reaksi alergi terhadap suatu obat. Erupsi obat alergi atau *allergic drug eruption* itu sendiri ialah reaksi alergi

pada kulit atau daerah mukokutan yang terjadi sebagai akibat pemberian dengan cara sistemik.^{1,2}

Pemberian dengan cara sistemik di sini berarti obat tersebut masuk melalui mulut, hidung, rektum, vagina, dan dengan suntikan atau infus. Sedangkan reaksi alergi yang disebabkan oleh

penggunaan obat dengan cara topikal, yaitu obat yang digunakan pada permukaan tubuh mempunyai istilah sendiri yang disebut dermatitis kontak alergi.^{2,3}

Menurut WHO, sekitar 2% dari seluruh jenis erupsi obat yang timbul tergolong 'serius' karena reaksi alergi obat yang timbul tersebut memerlukan perawatan di rumah sakit bahkan mengakibatkan kematian. *Steven-Johnson Syndrome* (SJS) dan *Toxic Epidermal Necrotic* (TEN) adalah beberapa bentuk reaksi serius tersebut.^{4,5}

Menurut hasil penelitian Chatterjee *et al.* (2006), insidens erupsi obat alergi mencapai 2,66% dari total 27.726 pasien dermatologi selama setahun. Erupsi obat alergi terjadi pada 2-3% pasien yang dirawat di rumah sakit, tetapi hanya 2% yang berakibat fatal. Insidens erupsi obat alergi pada negara berkembang berkisar antara 1% – 3%. Di India, kasus erupsi obat alergi mencapai 2-5%. Erupsi obat alergi terjadi 2-3% dari seluruh reaksi silang obat. Hampir 45% dari seluruh pasien dengan erupsi di kulit merupakan kasus erupsi obat alergi. Lebih dari 50% kasus Sindrom Steven Johnsons dan hampir 90% penderita *toxic epidermal necrolysis* terkait dengan penggunaan obat.⁶

Angka kematian tergantung pada penyebab eritroderma. Sigurdson (2004) melaporkan dari 102 penderita eritroderma terdapat 43% kematian, 18% disebabkan langsung oleh eritroderma dan 74% tidak berhubungan dengan eritroderma.⁷

Salah satu jenis dari erupsi alergi kulit adalah eritroderma. Eritoderma berasal dari bahasa Yunani, yaitu *erythro-* (*red* = merah) + *derma*,

dermatos (*skin* = kulit), merupakan peradangan kulit yang mengenai 90% atau lebih pada permukaan kulit yang biasanya disertai skuama. Eritroderma dapat timbul sebagai perluasan dari penyakit kulit yang telah ada sebelumnya (psoriasis, dermatitis atopik dan dermatosis spongiotik lainnya), reaksi hipersensitivitas obat (antiepilepsi, antihipertensi, antibiotika, *calcium channel blocker*, dan bahan topikal), penyakit sistemik termasuk keganasan, serta idiopatik (20%).^{8,9,10}

Insiden eritroderma di Amerika Serikat bervariasi, antara 0,9 sampai 71,0 per 100.000 penderita rawat jalan dermatologi.⁸ Hasan dan Jansen (1983) memperkirakan insiden eritroderma sebesar 1–2 per 100.000 penderita. Sehgal dan Srivasta (1986) pada sebuah penelitian prospektif di India melaporkan 35 per 100.000 penderita eritroderma dirawat jalan dermatologi.¹¹

Pada beberapa laporan kasus, didapatkan insiden pada laki-laki lebih besar daripada perempuan, dengan proporsi 2:1 sampai 4:1, dan usia rata-rata 41–61 tahun.^{11,12,13}

Karena tingginya angka kejadian eritroderma, penulis merasa perlu melaporkan kasus yang penulis temukan di RSUAM.

Kasus

Pasien wanita berusia 47 tahun datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan keluhan muncul bercak merah yang disertai rasa gatal dan kulit mengelupas di seluruh tubuh sejak 3 bulan yang lalu. Awalnya muncul bercak-bercak kemerahan diseluruh tubuh dari ujung kepala sampai ke ujung kaki yang disertai rasa yang sangat gatal. Setelah beberapa hari kemudian sekitar 1-2 minggu, bercak dan bintil kemerahan yang hampir diseluruh tubuh tersebut menebal dan lalu seperti kulit yang terkelupas. Pasien menggaruk-garuk karena tidak dapat menahan rasa gatal tersebut sampai timbul luka lecet di daerah tangan dan kaki pasien. Kemudian dari luka tersebut muncul nanah dan mengeluarkan bau tidak sedap.

Menurut pasien awal munculnya keluhan-keluhan tersebut diawali setelah pasien meminum obat yang diberikan oleh dokter setelah pasien meminum obat yang diberikan oleh dokter setelah pasien menjalani operasi kista di rumah sakit.

Menurut pasien setelah meminum obat tersebut selama seminggu, namun tidak ada perubahan. Pasien juga sempat berobat ke salah satu klinik di dekat rumahnya dan mendapat obat minum, namun keluhan gatal tersebut hanya berkurang sedikit dan keluhan di kulitnya masih sama. Sehingga akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RSAM.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 64 x/menit, *respiratory rate* 20 x/menit, suhu 36,9 ° C.



Pada status dermatologis didapatkan lokasi lesi yang menyeluruh/generalisata, dan pada inspeksi ditemukan *patch* eritema disertai skuama multiple kasar dan berbatas tegas, berwarna putih dan erosi.

Hasil laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin adalah 12,5gr/dL, hematokrit 37 % , LED 26 mm/jam , leukosit 20.600/ul , eritrosit 3,97 juta, trombosit 321.000 , SGOT 22, SGPT 19.

Pasien ini ditatalaksana dengan tatalaksana umum dan tatalaksana khusus. Pada tatalaksana umum, diberikan diet tinggi protein, pemantauan tanda vital dan pencegahan hipotermi, pemberian anjuran untuk tidak menggaruk daerah yang gatal dan menjaga kelembaban kulit. Pada tatalaksana khusus setelah dikonsultasikan dengan dokter spesialis kulit dan kelamin, pasien diberikan obat Inj. Metilprednisolon 62,5mg/12 jam, Cetirizin 3x 10 mg tab, Ciprofloxacin 3 x 500 mg tab, Ranitidin 2x150 mg tab.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesis, pasien mengeluh demam lalu timbul bercak-bercak kemerahan yang disertai gatal yang berawal pada lengan kemudian menyebar keseluruh tubuh. Bercak-bercak kemerahan pada kulit tersebut merupakan pelebaran pembuluh darah yang disebut eritema. Tanda ini khas pada pasien dengan eritroderma karena tempat predileksinya hampir mengenai seluruh tubuh.

Dari anamnesis juga didapatkan bahwa keluhan pasien timbul setelah pasien mengkonsumsi obat selama 1 minggu setelah pasien menjalani operasi kista. Pasien juga mengeluh wajah yg dirasakan membengkak. Waktu mulai masuknya obat hingga timbul penyakit bervariasi dapat segera sampai 2 minggu. Bila ada obat lebih dari satu yang masuk ke dalam badan yang disangka sebagai penyebabnya ialah obat yang paling sering menyebabkan alergi. Gambaran klinisnya adalah eritema universal. Bila

masih akut tidak terdapat skuama, pada stadium penyembuhan baru terdapat skuama.¹⁴

Eritroderma dapat disebabkan oleh akibat alergi obat secara sistemik, perluasan penyakit kulit, penyakit sistemik termasuk keganasan.⁸

Pada banyak kasus, eritroderma umumnya disebabkan kelainan kulit yang ada sebelumnya (misalnya psoriasis atau dermatitis atopik), *cutaneous T-cell lymphoma* (CTCL) atau reaksi obat. Identifikasi penyakit yang menyertai menggambarkan satu dari sekian banyak kelainan kulit.¹⁵ Penyakit kulit yang dapat menimbulkan eritroderma diantaranya adalah psoriasis 23%, dermatitis spongiotik 20%, alergi obat 15%, CTCL atau sindrom sezary 5%.¹⁶

Nama lain penyakit ini adalah dermatitis eksfoliativa generalisata, meskipun sebenarnya mempunyai pengertian yang agak berbeda. Dermatitis eksfoliativa dianggap sinonim dengan eritroderma.^{13,17} Nama lain untuk penyakit ini adalah dermatitis eksfoliatif, pityriasis rubra (Hebra) dan eritroderma (Wilson-Brocq), dan eritema scarlanitiform.^{8,18}

Kata 'eksfoliasi' berdasarkan pengelupasan skuama yang terjadi, walaupun kadang-kadang tidak begitu terlihat, dan kata 'dermatitis' digunakan berdasarkan terdapatnya reaksi eksematus.¹⁹

Secara morfologis gambaran eritroderma menyerupai beberapa kelainan kulit dan penyakit sistemik, begitu pula akibat alergi obat-obatan tertentu, berikut klasifikasi eritroderma : 1. Eritroderma yang disebabkan oleh alergi obat secara sistemik. Keadaan ini banyak ditemukan pada dewasa muda. Obat yang dapat menyebabkan eritroderma adalah arsenik organik,

emas, merkuri (jarang), penisilin, barbiturat. Insiden ini dapat lebih tinggi karena kebiasaan masyarakat orang sering melakukan pengobatan sendiri dan pengobatan secara tradisional.¹⁷

2. Eritoderma yang disebabkan oleh perluasan penyakit kulit. Eritoderma *et causa* psoriasis, merupakan eritoderma yang paling banyak ditemukan dan dapat disebabkan oleh penyakit psoriasis maupun akibat pengobatan psoriasis yang terlalu kuat.¹⁴

Dermatitis seboroik pada bayi juga dapat menyebabkan eritoderma yang juga dikenal sebagai penyakit Leiner. Etiologinya belum diketahui pasti. Usia penderita berkisar 4-20 minggu. Ptyriasis rubra pilaris yang berlangsung selama beberapa minggu dapat pula menjadi eritoderma. Selain itu yang dapat menyebabkan eritoderma adalah pemfigus foliaceus, dermatitis atopik dan liken planus.^{17,20}

3. Eritoderma akibat penyakit sistemik. Berbagai penyakit atau kelainan alat dalam termasuk infeksi fokal dapat memberi kelainan kulit berupa eritoderma. Jadi setiap kasus eritoderma yang tidak termasuk akibat alergi obat dan akibat perluasan penyakit kulit harus dicari penyebabnya, yang berarti perlu pemeriksaan menyeluruh (termasuk pemeriksaan laboratorium dan sinar X toraks), untuk melihat adanya infeksi penyakit pada alat dalam dan infeksi fokal. Ada kalanya terdapat leukositosis namun tidak ditemukan penyebabnya, jadi terdapat infeksi bakterial yang tersembunyi (*occult infection*) yang perlu diobati.¹⁴

Dalam mempelajari patogenis dari eritoderma membutuhkan pengetahuan biologi normal dari epidermis. Seperti pada jaringan

lainnya, epidermis melakukan regenerasi secara rutin yang terjadi pada membrana basalis, dan sel-sel ini berubah menjadi struktur keratin yang utuh melalui proses selama 10-12 hari. Pada umumnya, sel-sel ini membutuhkan tambahan sekitar 12-14 hari lagi di stratum korneum sebelum sel ini dilepaskan.⁸

Berdasarkan penelitian, jumlah skuama yang hilang pada manusia normal antara 500-1000 mg/hari. Pengelupasan keratin paling banyak terjadi pada telapak tangan, kulit kepala, dan dahi (kurang lebih 2-3,5 gr/m² per 24 jam) dan paling sedikit pada dada, lengan bawah dan tungkai bawah (0,1 gr/m² per 24 jam). Karena tubuh mengkatabolisme 50-60 gr protein per hari, pengelupasan kulit yang fisiologis ini berperan penting dalam metabolisme protein secara keseluruhan.⁸

Patogenesis eritoderma masih menjadi perdebatan. Penelitian terbaru mengatakan bahwa hal ini merupakan proses sekunder dari interaksi kompleks antara molekul sitokin dan molekul adhesi seluler yaitu Interleukin (IL-1, IL-2, IL-8), molekul adhesi interselular 1 (ICAM-1), tumor nekrosis faktor, dan interferon- γ .¹⁹

Pada eritoderma terjadi peningkatan laju pengelupasan epidermis. Meskipun beberapa peneliti memperkirakan sekitar 100 gr epidermis hilang setiap harinya, tetapi pada beberapa literatur menyatakan bahwa hanya 20-30 gr yang hilang. Pada skuama penderita eritoderma ditemukan peningkatan jumlah asam nukleat dan hasil metabolismenya, penurunan jumlah asam amino, dan peningkatan jumlah protein bebas.⁸

Reaksi tubuh terhadap suatu agen dalam tubuh (baik itu obat-obatan,

perluasan penyakit kulit dan penyakit sistemik) adalah berupa pelebaran pembuluh darah kapiler (eritema) yang generalisata. Eritema berarti terjadi pelebaran pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke kulit meningkat sehingga kehilangan panas bertambah. Akibatnya pasien merasa dingin dan menggigil. Pada eritroderma kronis dapat terjadi gagal jantung. Juga dapat terjadi hipotermia akibat peningkatan perfusi kulit. Penguapan cairan yang makin meningkat dapat menyebabkan dehidrasi. Bila suhu badan meningkat, kehilangan panas juga meningkat. Pengaturan suhu terganggu. Kehilangan panas menyebabkan hipermetabolisme kompensatoar dan peningkatan laju metabolisme basal. Kehilangan cairan oleh transpirasi meningkat sebanding laju metabolisme basal.^{8,14}

Kehilangan skuama dapat mencapai 9 gram/m² permukaan kulit atau lebih sehari sehingga menyebabkan kehilangan protein. Hipoproteinemia dengan berkurangnya albumin dan peningkatan relatif globulin terutama gammaglobulin merupakan kelainan yang khas. Edema sering terjadi, kemungkinan disebabkan oleh pergeseran cairan ke ruang ekstrasvaskuler.¹⁴

Eritroderma akut dan kronis dapat mengganggu mitosis rambut dan kuku berupa kerontokan rambut dan kuku berupa kerontokan rambut difus dan kehilangan kuku. Pada eritroderma yang telah berlangsung berbulan – bulan dapat terjadi perburukan keadaan umum yang progresif.¹⁷

Pada pemeriksaan dermatologis pasien ini, lokasi lesi generalisata tampak *patch* eritema disertai skuama multiple kasar dan berlapis, terbatas tegas, berwarna putih, krusta dan erosi.

Pada eritroderma ec alergi obat berbeda dengan eritroderma pada umumnya yang biasanya disertai dengan eritem dan skuama. Pada eritroderma ec alergi obat terlihat adanya eritem tanpa adanya skuama. Skuama justru baru akan timbul pada stadium penyembuhan.¹⁴

Gambaran klinis eritroderma beraneka ragam dan bervariasi tiap individu. Kelainan yang paling pertama muncul adalah eritema, yang disebabkan oleh pelebaran pembuluh darah, yang umumnya terjadi pada area genetalia, ekstremitas, atau kepala. Eritema ini akan meluas sehingga dalam beberapa hari atau minggu seluruh permukaan kulit akan terkena, yang akan menunjukkan gambaran yang disebut “*red man syndrome*”.⁸

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik yang telah didapatkan, diagnosa merujuk kepada eritroderma, yaitu dimulai dengan bercak eritem yang cepat sekali meluas, disertai dengan demam, menggigil serta melaise yang tidak terlalu berat. Deskuamasi dimulai di daerah-daerah lipatan kulit, dan seluruh kulit tampak kemerahan, mengelupas serta teraba panas dan menebal pada palpasi.

Pada anamnesis terhadap kasus, pasien ini mengalami eritroderma e.c. alergi obat. Obat-obat yang sering menyebabkan alergi ialah Sulfonamid, golongan antimalaria, penisilin, sefalosporin, arsen, merkuri, barbiturat, aspirin, kodein, deifenilhidantoin, yodium, isoniazid, kuinidin, kaptopril.

Tabel 1. Proses yang Berkaitan dengan Timbulnya Eritroderma

Penyakit Kulit	Penyakit Sistemik	Obat-obatan
Dermatitis atopik	Mikosis fungoides	Sulfonamid
Dermatitis kontak	Penyakit Hodgkin	Antimalaria
Dermatofitosis	Limfoma	Penisilin
Penyakit Leiner	Leukemia akut dan kronis	Sefalosporin
Liken planus	Multipel mieloma	Arsen
Mikosis fungoides	Karsinoma paru	Merkuri
Pemfigus foliaceus	Karsinoma rektum	Barbiturat
Pityriasis rubra	Karsinoma tuba falopii	Aspirin
Psoriasis	Dermatitis papuloskuamosa pada AIDS	Kodein
Sindrom Reiter		Difenilhidantoin
Dermatitis seboroik		Yodium
Dermatitis statis		Isoniazid
		Kuinidin
		Kaptopril

Sumber : Fitzpatrick et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine.

Dalam kasus ini, pasien memiliki riwayat konsumsi oral beberapa jenis obat seperti antibiotik dan analgetik yang diminumnya untuk rawat jalan setelah post operatif ginekologi di rumah sakit. Keluhan lesi disertai gatal dan demam mulai dirasakan setelah mengkonsumsi obat tersebut selama 2 hari.

Dasar diagnosis erupsi alergi obat ialah didapatkan riwayat penggunaan obat-obat disertai kelainan kulit yang timbul baik secara akut maupun yang timbul beberapa hari sesudah penggunaan obat. Rasa gatal dapat terjadi disertai demam yang biasanya subfebril.

Pengendalian regulasi suhu tubuh menjadi hilang, sehingga sebagai kompensasi terhadap kehilangan panas tubuh, sekujur tubuh pasien menggigil untuk dapat menimbulkan panas metabolik. Eritroderma akibat alergi obat secara sistemik diperlukan anamnesis yang teliti untuk mencari obat penyebabnya. Umumnya alergi timbul akut dalam waktu 10 hari. Pada mulanya kulit hanya eritem saja, setelah penyembuhan barulah timbul

skuama.^{14,17} Pada eritroderma akibat alergi obat, dapat disertai edema pada wajah dan leher.^{14,21}

Tidak adanya riwayat psoriasis, limfoma/leukemia, pemfigus, pityriasis rubra pilaris, liken planus, dermatofitosis, skabies pada pasien sebelum onset eritroderma telah menyingkirkan diagnosa banding kausa eritroderma ec psoriasis, limfoma/leukemia, pemfigus, pityriasis rubra pilaris, liken planus, dermatofitosis, scabies. Sedangkan eritroderma ec alergi obat dapat terpikirkan karena onset eritroderma berupa munculnya eritema di seluruh tubuh dan menggigil telah terjadi setelah pasien mendapatkan pengobatan. Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan hasil : Hemoglobin 12,5 gr/dL, Hematokrit 37 % , LED 26 mm/jam, leukosit 20.600/ul, eritrosit 3,97 juta, trombosit 321.000 ,SGOT 22, SGPT 19.

Dari pemeriksaan laboratorium ini belum dapat ditentukan dengan jelas penyebab yang mungkin menjadi etiologi penyakit ini sehingga disarankan untuk melakukan pemeriksaan penunjang lain yaitu pemeriksaan GDN, GDPP, fungsi ginjal, kadar elektrolit, albumin, radiologi : rontgen thoraks, histopatologi. Diagnosis agak sulit ditegakkan, harus melihat dari tanda dan gejala yang sudah ada sebelumnya misalnya, warna hitam-kemerahan di psoriasis dan kuning-kemerahan di pilaris rubra pityriasis; perubahan kuku khas psoriasis; likenifikasi, erosi, dan ekskoriiasi di dermatitis atopik dan eksema menyebar, relatif hiperkeratosis tanpa skuama, dan pityriasis rubra; ditandai bercak kulit dalam eritroderma. Dengan

beberapa biopsi biasanya dapat menegakkan diagnosis.^{8,17,22}

Pasien ini mendapatkan tatalaksana berupa tatalaksana umum : diet tinggi protein, pantau tanda vital dan cegah hipotermi, tidak boleh menggaruk daerah yang gatal, menjaga kelembaban kulit. Tatalaksana khusus pada pasien ini yaitu : inj. Metilprednisolon 62,5mg/12 jam, cetirizin 3x 10 mg tab, ciprofloxacin 3 x 500 mg tab, ranitidin 2x150 mg tab.

Terapi yang optimal untuk eritroderma tergantung pada penegakan penyebab penyakit.¹⁷ Pada eritroderma karena alergi obat, penghentian dari obat-obat yang menyebabkan alergi atau berpotensi menyebabkan alergi memberikan hasil yang baik. Pada eritroderma karena penyakit kulit, penyakit yang mendasari harus diatasi. Pemberian salep ter pada psoriasis sebaiknya secara hati-hati karena mampu mencetuskan eksaserbasi eritroderma.¹⁴

Karena terdapat peningkatan kehilangan cairan transepidermal, dehidrasi sering ditemukan sebagai komplikasi. Input dan output cairan harus dipantau secara hati-hati. Pengobatan disesuaikan dengan penyakit yang mendasarinya, namun tetap memperhatikan keadaan umum, seperti keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, memperbaiki hipoalbumin dan anemia, serta pengendalian infeksi sekunder.²³

Pemberian kortikosteroid efektif dalam mengatasi inflamasi pada kulit. Pemberian antihistamin ditujukan untuk mengatasi pruritus.¹⁷

Pada dasarnya erupsi kulit karena obat akan sembuh bila obat penyebabnya dapat diketahui dan segera disingkirkan. Akan tetapi pada beberapa bentuk, misalnya eritroderma

dan kelainan berupa sindrom Lyell dan sindrom Steven Johnson, prognosis sangat tergantung pada luas kulit yang terkena. Prognosis buruk bila kelainan meliputi 50-70% permukaan kulit.^{2,4,24}

Secara umum, prognosis baik pada pasien yang disebabkan oleh reaksi obat, setelah obat penyebab dihindari dan penderita diberikan edukasi. Penderita dengan eritroderma idiopatik prognosisnya buruk, sering kambuh atau kronis dengan gejala komplikasi pemakaian steroid jangka panjang. Pada penderita dengan keganasan tergantung pada proses yang terjadi dan komplikasinya.^{13,25,26}

Simpulan

Obat yang dicurigai sebagai penyebab alergi pada kasus ini adalah antibiotik dan analgetik yang dikonsumsi post operasi. Penanganan eritroderma ec alergi obat dapat dilakukan dengan memberikan diet tinggi protein, memantau tanda vital dan mencegah hipotermi, menjaga kelembaban kulit, dan dapat mengonsultasikan penanganan medikamentosa pada dokter spesialis kulit dan kelamin.

Daftar Pustaka

1. Revus J, Allanore AV. *Drugs Reaction*. In: Bologna Dermatology. Volume One. 2nd edition. Elsevier limited, Philadelphia. United States of America. 2003. p: 333-352
2. Hamzah M. *Erupsi Obat Alergik*. In: Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 3rd edition. Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2002. p:139-142
3. Andrew J.M, Sun. *Cutaneous Drugs Eruption*. In: Hong Kong Practitioner. Volume 15. Department of Dermatology University of Wales College of Medicine. Cardiff CF4 4XN. U.K.. 1993.

4. Lee A, Thomson J. *Drug-induced skin*. In: Adverse Drug Reactions, 2nd ed. Pharmaceutical Press. 2006. Available at: <http://drugsafety.adisonline.com/pt/re/drs/pdf>
5. Riedl MA, Casillas AM, *Adverse Drug Reactions; Types and Treatment Options*. In: American Family Physician. Volume 68, Number 9. 2003.
6. Adithan, C., 2006. Stevens-Johnson Syndrome. In: *Drug Alert Departement of Pharmacology Volume 2 Issue 1*. India: JIPMER, 1-4.
7. Sigurdsson V, Toonstra J, Hazemans-Boer M, Van Vloten WA. Erythroderma. 2004. A clinical and follow-up Erythroderma. A clinical and follow-up study of 102 patients with special emphasis on survival. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 35(1): 53–7
8. Grant-Kels JM, Bernstein ML, Rothe MJ. Exfoliative Dermatitis In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Ieffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Book Co; 2008. p. 225–32.
9. Gibson LE, Perry HO. Papulosquamous Eruption and Exfoliative Dermatitis. In: Moschella, Hurley, editors. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1992. p. 607–46.
10. Guliz Karakayll, Grant Beckham, MD, Ida Orenge, MD, et al. Exfoliative Dermatitis. *Am Fam Phys* 1999; 59: 1–12.
11. Hasan T, Jansen CT: Erythroderma: a follow-up of fifty cases. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 836–840.
12. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis: A prospective study of 80 patients. *Dermatologica* 1986; 173: 278–284.
13. Umar HS, Kelly PA. Erythroderma (Generalized Exfoliative Dermatitis). Available from: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1106906-overview> diakses tanggal 25 September 2014
14. Djuanda A. *Dermatosis eritroskuamosa. Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. 5th ed. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2007.p;197-200.
15. Shimizu H. Shimizu's textbook of dermatology. 1st ed. Hokkaido: Nakayama Shoten Publishers; 2007.p; 122-25, 98-101.
16. Siregar RS. *Dermatosis eritroskuamosa. Saripati penyakit kulit*. 2nd ed. Jakarta: EGC. 2005.p; 94-106,236-238.
17. Champion RH. Eczema, Lichenification, prurigo, and erythroderma. In: Champion RH eds. *Rook's, textbook of dermatology*, 5th ed. Washington; Blackwell Scientific Publications. 1992.p;17.48-17.52.
18. Arnold HR, Odam RB, James WD. Rosea, pityriasis rubra pilaris, and Other Papulosquamous. In: James WD, Berger TG, Elston DM, editors. *Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology*. tenth ed. Philadelphia:Elsevier; 2006. p. 215-6.
19. Burton JL, Holden CA. Eczema, Lichenification and Prurigo. In: Champion RH, Burton JL, Burn DA, Breathnach, editors. *Rook, Wilkinson, Ebling. Textbook of Dermatology*. 6th ed. Oxford: Blackwell, scientific publication; 1998. p. 673–7
20. Gupta S et al. Allergic contact dermatitis with exfoliation secondary to calamine/diphenhydramine lotion in a 9 year old girl. *Journal of clinical and diagnostic research [serial online]* 1:147-150
21. Tyrrell JD. Severe exfoliating dermatitis from sodium sulphocyanate therapy. *Can Med Assoc J*. 1930 January; 22(1): 80–81.
22. Imtikhananik. *Dermatitis Exfoliativa*. *Cermin Dunia Kedokt* 1992;74:16-18.
23. Guliz K, Grant B, Ida O. 2004. Exfoliative Dermatitis. *American Family Physicians*. 59:1–12.Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med* 2005;352:1899-912.
24. Mansjoer A, Suprohaita, Wardhani WI, Setiowulan W. *Erupsi Alergi Obat*. In: Kapita Selekt Kedokteran. Volume 2. 3rd edition. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Media Aesculapius. Jakarta. 2002. p:133-139
25. Maryam Akhyani, Zahra S Ghodsi, Siavash T, H. Dabbaghian. Research article: Erythroderma: A clinical study of 97 cases. *BMJ Dermatology* 2005; 5:5. Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-5945/5/5> diakses tanggal 25 September 2014
26. Mlika B, Mourad, Mokni. Reseasarch article: Erythroderma in adult: a case report

of 80 cases. *Int J of Derm* 2005; 44(9): 731–5.