



## PEMBERIAN KORTIKOSTEROID PADA PASIEN SINDROM STEVEN-JOHNSON

Karsenda Y<sup>1)</sup>

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

### Abstrak

**Latar Belakang.** Sindrom Stevens-Johnson adalah penyakit akut dan berat, terdiri dari erupsi kulit, kelainan mukosa dan lesi pada mata. **Kasus.** Nn. S, 38 tahun datang melalui UGD RSUDAM sebelas hari yang lalu, dengan keluhan kulit melepuh di muka, badan, tangan, kelamin dan paha. tampak sakit berat, tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 70x/m, pernapasan 25x/m. Tampak eritema disertai multipel vesikel di ekstremitas superior dan inferior serta regio genital, multipel bula di regio antebrachii sinistra dan metacarpal sinistra, lesi hiperpigmentasi di regio abdomen dan regio thoraks anterior dan posterior. Kemudian pasien di tatalaksana dengan: mengembalikan keseimbangan cairan, kateterisasi, diet cair, rendah garam tinggi protein, dexamentasone 1ampul/8 jam, gentamisin 80 mg /12 jam (IV), cetirizin 2x1 tab (PO), antasid sirup 3 x C (PO), krim sulfodiazin-perak, emolien (krim urea 10%), salep antibiotik gentamisin 0,3 %.

**Simpulan.** Penatalaksanaan utama life saving untuk Sindrom Stevens-Johnson yaitu pemberian kortikosteroid serta pemberian antibiotik dan intake cairan/elektrolit yang adekuat.[*Medula Unila.2013;1(3):92-100*]

**Kata kunci:** Eritema, Kortikosteroid, Sindrom Stevens-Johnson,

## CORTICOSTEROIDS ADMINISTRATION ON STEVEN - JOHNSON SYNDROME PATIENTS

Karsenda Y<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Student of Faculty Kedokteran Universitas Lampung

### Abstract

**Background.** Stevens - Johnson syndrome is an acute and severe illness, consisting of skin eruptions, mucosal abnormalities and lesions of the eye. **Case.** Nn. S, 38 year-old came through the RSUDAM Emergency Unit eleven days ago, with complaints of blisters on the face, body, hands, genitals and thighs. severely ill, blood pressure 110/90 mm Hg, pulse 70x / m, respiratory 25x / m. Erythema with multiple vesicles in the superior and inferior extremities and genital regions. Multiple bullae in the antebrachii left region and the left metacarpal. Hyperpigmentation lesions in the thoracic region of the abdomen and the anterior and posterior regions. Patients are treated with: restoring fluid and electrolyte balance with intravenous fluids and dextrose 5 % RL, catheterization, liquid diet, low salt high protein, dexamentasone 1amp / 8 hours ( IV ) tapering off, gentamisin 80 mg / 12 hours ( IV ), cetirizin 2x1 tab ( PO ), antacid syrup 3 x C ( PO ), cream - silver sulfodiazin, emollients ( 10 % urea cream ), 0.3 % gentamisin antibiotik. **Conclusion.** The main life



saving management for Stevens - Johnson Syndrome is corticosteroids supported with antibiotiks and adequate fluid / electrolyte intake. .[**Medula Unila.2013;1(3):92-100**]

**Keywords** : Corticosteroids , Erythema, Stevens - Johnson Syndrome

## **Pendahuluan**

Sindrom Stevens-Johnson adalah penyakit akut dan berat, terdiri dari erupsi kulit, kelainan mukosa dan lesi pada mata (Siregar, 1996). Sedangkan menurut Labreze (2005), Sindrom Stevens-Johnson atau eritema multiformis mayor adalah variasi eritema multiformis mukokutan yang lebih parah dengan ditandai keterlibatan membran mukosa.

Menurut Sharma and Sethuraman (1996), Sindrom Stevens-Johnson adalah bentuk penyakit mukokutan dengan tanda dan gejala sistemik yang dari ringan sampai berat berupa lesi target dengan bentuk yang tidak teratur, disertai makula, vesikel, bula dan purpura yang tersebar luas terutama pada rangka tubuh, terjadi pengelupasan epidermis kurang lebih 10 % dari area permukaan tubuh, serta melibatkan lebih dari satu membran mukosa.

Kasus dengan pengelupasan epidermis antara 10% sampai dengan 30% disebut dengan overlap Stevens-Johnson Syndrome-Toxic Epidermal Necrolysis (SJS-TEN), sedangkan kasus dengan pengelupasan epidermis lebih dari 30% disebut *Toxic Epidermal Necrolysis* (TEN) (Hamzah, 2007).

## **Kasus**

Nn. S, wanita 38 tahun datang melalui UGD RSUDAM sebelas hari yang lalu (23 Agustus 2013), dengan keluhan kulit melepuh di muka, badan, tangan, kelamin dan paha. Keluhan disertai rasa perih, nyeri tenggorokan dan sukar menelan sejak 2 minggu yang lalu.

Sebulan yang lalu pasien mengaku terkena penyakit cacar, pasien berobat ke mantri dan diberikan obat minum. Keluarga pasien mengaku tidak mengetahui obat apa saja yang diberikan. Beberapa hari setelah pengobatan cacar, bintik cacar pada pasien timbul semakin banyak. Kkeluarga psien merasa keadaan pasien tidak



membalik sehingga pasien datang kembali ke mantri dan pasien diberikan suntikan antibiotik. Keluarga pasien tidak mengetahui antibiotik apa yang diberikan.

Tiga hari setelah berobat ke mantri (12 hari sebelum masuk rumah sakit), dikatakan pasien mengeluh perih dan merah pada mata disertai kotoran mata dan bercak putih pada bagian mata, badan terasa panas, tulang-tulang terasa nyeri, dan sesak napas. Segera pasien berobat ke dokter dan keluhan masih tetap tidak berkurang. Keesokan hari pasien pun berobat kembali ke puskesmas dan dirujuk ke RSAM.

Pada pemeriksaan fisik di dapatkan kesadaran *compos mentis*, keadaan umum tampak sakit berat, tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 70x/m, pernapasan 25x/m. Tampak eritema disertai multipel vesikel di ekstremitas superior dan inferior serta regio genital. Tampak multipel bula di regio *antebrachii sinistra* dan *metacarpal sinistra*. Tampak lesi hiperpigmentasi di regio abdomen dan regio thoraks anterior dan posterior. Mukosa mulut mengalami erosi, ekskoriasi dan krusta. Tampak mukosa mata bersekret mengalami peradangan. Belum tampak adanya epidermolisis.

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, maka pada pasien ini dapat di tegakkan diagnosa kerja Steven johnson syndrome. Kemudian pasien di tatalaksana dengan: mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan cairan intravena Dekstrose 5% dan RL, kateterisasi, diet cair, rendah garam tinggi protein, menghindari menggaruk, deksametason 1ampul/8 jam (IV) *tapering off*, gentamisin 80 mg /12 jam (IV), cetirizin 2x1 tab (PO), antasid sirup 3 x C (PO), krim sulfodiazin-perak pada daerah erosi dan ekskoriasi, emolien (krim urea 10%) pada bibir, salep antibiotik gentamisin 0,3 % pada mata.

## **Pembahasan**

Diagnosis SSJ biasanya tidak terlalu sulit mengingat terdapat tiga kelainan utama berupa kulit, selaput lendir orifisium, dan mata yang didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik sedangkan pemeriksaan laboratoriumnya tidak khas. Pada sindrom ini terlihat adanya tiga kelainan utama berupa:



Pada kulit ditemukan eritema, papul, vesikel, atau bula secara simetris pada hampir seluruh tubuh. Vesikel dan bula kemudian memecah sehingga terjadi erosi yang luas. Di samping itu dapat juga terjadi purpura.

Lesi kulit pada Sindrom Stevens-Johnson dapat timbul sebagai gejala awal atau dapat juga terjadi sesudah gejala klinis di bagian tubuh lainnya. Lesi pada kulit umumnya bersifat asimetri dan ukuran lesi bervariasi dari kecil sampai besar. Mula-mula lesi kulit berupa erupsi yang bersifat multiformis yaitu eritema yang menyebar luas pada rangka tubuh. Eritema ini menyebar luas secara cepat dan biasanya mencapai maksimal dalam waktu empat hari, bahkan seringkali hanya dalam hitungan jam. Pada kasus yang sedang, lesi timbul pada permukaan ekstensor badan, dorsal tangan dan kaki sedangkan pada kasus yang berat lesi menyebar luas pada wajah, dada dan seluruh tubuh.

Eritema akan menjadi vesikel dan bula yang kemudian pecah menjadi erosi, ekskoriiasi, menjadi ulkus yang ditutupi pseudomembran atau eksudat bening. Pseudomembran akan terlepas meninggalkan ulkus nekrosis, dan apabila terdapat perdarahan akan menjadi krusta yang umumnya berwarna coklat gelap sampai kehitaman. Variasi lain dari lesi kulit berupa purpura, urtikaria dan edema. Selain itu, adanya erupsi kulit dapat juga menimbulkan rasa gatal dan rasa terbakar (Parillo, 2009).

Pada selaput lendir orifisium ditemukan membran mukosa, membran hidung, mulut, anorektal, daerah vulvovaginal, dan meatus uretra. Vesikel dan bula yang pecah menjadi erosi dan ekskoriiasi dan krusta kehitaman. Juga dapat membentuk pseudomembran. Kelainan yang tampak di bibir adalah krusta berwarna hitam yang tebal (krusta hemoragis). Kelainan dapat juga menyerang saluran pencernaan bagian atas (faring dan esofagus) dan saluran nafas atas.

Kelainan pada mukosa yang paling sering adalah pada mukosa mulut (100%), kemudian disusul oleh kelainan di lubang alat genital (50%), sedangkan dilubang hidung dan anus jarang (masing-masing 8% dan 4%).

Lesi oral mempunyai karakteristik yang lebih bervariasi daripada lesi kulit, seluruh permukaan oral dapat terlibat, namun lesi oral lebih cenderung banyak



terjadi pada bibir, lidah palatum mole, palatum durum, mukosa pipi sedangkan pada gusi relatif jarang terjadi lesi.

Lesi oral didahului oleh makula, papula, segera diikuti oleh vesikel dan bula. Ukuran vesikel maupun bula bervariasi dan mudah pecah dibandingkan lesi pada kulit. Vesikel maupun bula terutama pada mukosa bibir mudah pecah karena gerakan lidah dan friksi pada waktu mengunyah dan bicara, sehingga bentuk yang utuh jarang ditemukan pada waktu pemeriksaan klinis intraoral. Vesikel maupun bula yang mudah pecah selanjutnya menjadi erosi, kemudian mengalami ekskoriasi dan berbentuk ulkus. Ulkus ditutupi oleh jaringan nekrotik yang berwarna abu-abu putih atau eksudat abu-abu kuning menyerupai pseudomembran. Jaringan nekrotik mudah mengelupas sehingga meninggalkan suatu ulkus yang berbentuk tidak teratur dengan tepi tidak jelas dan dasar tidak rata yang berwarna kemerahan. Apabila terjadi trauma mekanik dan mengalami perdarahan maka ulkus akan menjadi krusta berwarna coklat sampai kehitaman. Krusta kehitaman yang tebal dapat terlihat pada mukosa bibir dan seringkali lesi pada mukosa bibir meluas sampai tepi sebelah luar bibir dan sudut mulut (Labreze, 2005).

Pada mata ditemukan konjungtivitis kataralis, blefarokonjungtivitis, iritis, iridosiklitis, kelopak mata edema, dan sulit dibuka, pada kasus berat terjadi erosi dan perforasi kornea yang dapat menyebabkan kebutaan (Mansjoer, 2007).

Selain konjungtivitis, kelopak mata seringkali menunjukkan erupsi yang merata dengan krusta hemoragis pada garis tepi mata. Pada penderita Sindrom Stevens-Johnson yang parah, kelainan mata dapat berkembang menjadi konjungtivitis purulen, photophobia, panophtalmintis, deformitas kelopak mata, uveitis anterior, iritis, simblefaron, iridosiklitis serta sindrom mata kering, komplikasi lainnya dapat juga mengenai kornea berupa sikatriks kornea, ulserasi kornea, dan kekeruhan kornea. Bila kelainan mata ini tidak segera diatasi maka dapat menyebabkan kebutaan (Smelik, 2005).

Pada pasien ini didapatkan kelainan pada kulit berupa lesi generalisata eritema disertai multipel vesikel di ekstremitas superior dan inferior serta regio genital. Ditemukan multipel bula di regio antibrachii sinistra dan metacarpal sinistra.



Ditemukan lesi hiperpigmentasi di regio abdomen dan regio thoraks anterior dan posterior. Mukosa mulut mengalami erosi, ekskoriiasi dan krusta. Tampak mukosa mata bersekrete mengalami peradangan.

Penatalaksanaan pada pasien ini sudah tepat dengan mempertimbangkan hal-hal berikut:

a. Preparat Kortikosteroid

Penggunaan preparat kortikosteroid merupakan tindakan *life saving*. Kortikosteroid yang biasa digunakan berupa deksametason secara intravena dengan dosis permulaan 4-6 x 5 mg sehari. Masa kritis biasanya dapat segera diatasi dalam 2-3 hari, dan apabila keadaan umum membaik dan tidak timbul lesi baru, sedangkan lesi lama mengalami involusi, maka dosis segera diturunkan 5 mg secara cepat setiap hari. Setelah dosis mencapai 5 mg sehari kemudian diganti dengan tablet kortikosteroid, misalnya prednison, yang diberikan dengan dosis 20 mg sehari, kemudian diturunkan menjadi 10 mg pada hari berikutnya selanjutnya pemberian obat dihentikan. Lama pengobatan preparat kortikosteroid kira-kira berlangsung selama 10 hari. Penurunan dosis kortikosteroid sistemik harus dilakukan oleh setiap dokter karena kortikosteroid mempunyai efek samping yang besar bagi penderita (Hamzah, 2007).

Bila *tapering off* tidak lancar, mungkin antibiotik yang sekarang menyebabkan alergi sehingga masih timbul lesi baru. Kalau demikian harus diganti dengan antibiotik yang lain. Kemungkinan kausanya bukan alergi obat, tetapi infeksi (pada sebagian kecil kasus) sehingga diperlukan kultur darahnya (Hamzah, 2007).

Pada waktu penurunan dosis kortikosteroid sistemik dapat timbul miliaria kristalina yang sering disangka lesi baru dan dosis kortikosteroid dinaikkan lagi, yang seharusnya tetap diturunkan (Hamzah, 2007).

Penggunaan preparat kortikosteroid harus di bawah pengawasan seorang ahli, mengingat kortikosteroid memiliki efek samping berupa supresi daya tahan tubuh dan menekan aktivitas korteks adrenal. Kortikosteroid hanya



mengurangi gejala, memperpendek durasi penyakit, dan tidak menyembuhkan penyakit secara total (Smelik, 2005).

b. Infus

Hal yang perlu diperhatikan pada penderita adalah mengatur keseimbangan cairan/elektrolit dan nutrisi tubuh, karena penderita sukar atau tidak dapat menelan makanan atau minuman akibat adanya lesi oral dan tenggorokan serta kesadaran penderita yang menurun. Untuk itu dapat diberikan infus, misalnya Dextros 5%, NaCl 0,9%, dan ringer laktat berbanding 1:1:1 yang diberikan 8 jam sekali (Hamzah, 2007).

c. Antibiotik

Dengan dosis kortikosteroid setinggi itu, maka imunitas pasien akan berkurang, karena itu harus diberi antibiotik untuk mencegah infeksi sekunder, misalnya bronkopneumonia yang dapat menyebabkan kematian. Antibiotik yang dipilih hendaknya yang jarang menyebabkan alergi, berspektrum luas, bersifat bakterisidal dan tidak atau sedikit nefrotoksik. Hendaknya antibiotik yang diberikan tidak segolongan atau memiliki yang rumusnya mirip dengan antibiotik yang menyebabkan alergi untuk mencegah sensitisasi silang (Hamzah, 2007).

d. Diet

Diet rendah garam dan tinggi protein merupakan pola diet yang dianjurkan kepada penderita. Akibat penggunaan preparat kortikosteroid dalam jangka waktu lama, penderita mengalami retensi natrium dan kehilangan protein, dengan diet rendah garam dan tinggi protein diharapkan konsentrasi garam dan protein penderita dapat kembali normal. Penderita selain menjalani diet rendah garam dan tinggi protein, dapat juga diberikan makanan yang lunak atau cair, terutama pada penderita yang sukar menelan (Hamzah, 2007).

e. Perawatan pada Kulit

Lesi kulit tidak memerlukan pengobatan yang spesifik, kebanyakan penderita merasa lebih nyaman jika lesi kulit diolesi dengan ointment berupa vaselin, polisporin, basitrasin. Rasa nyeri seringkali timbul pada lesi kulit dikarenakan lesi seringkali melekat pada tempat tidur (Labreze, 2005). Lesi



kulit yang erosi dan eksoriasi dapat diatasi dengan memberikan *sofratulle* atau krim *sulfadiazine* perak (Hamzah, 2007).

f. Perawatan pada Mata

Perawatan pada mata memerlukan kebersihan mata yang baik, kompres dengan larutan salin serta lubrikasi mata dengan air mata artificial dan ointment. Pada kasus yang kronis, suplemen air mata seringkali digunakan untuk mencegah terjadinya corneal ephithelial breakdown. Antibiotik topikal dapat digunakan untuk menghindari terjadinya infeksi sekunder. Konsultasi dengan dokter spesialis mata sangat direkomendasikan dan sebaiknya dilakukan sedini mungkin agar kebutaan dapat dihindarkan (Labreze, 2005).

g. Perawatan pada Genital

Larutan salin dan petroleum berbentuk gel sering digunakan pada area genital penderita. Penderita sindrom Stevens-Johnson seringkali mengalami gangguan buang air kecil akibat uretritis, balanitis, atau vulvovaginitis, maka kateterisasi sangat diperlukan untuk memperlancar buang air kecil (Labreze, 2005).

h. Perawatan pada Mulut

Untuk lesi di mulut dapat diberikan kenalog in orabase dan betadine gargle. Untuk bibir yang biasanya kelainannya berupa krusta tebal/kehitaman dapat diberikan emolien misalna krim urea 10% (Hamzah, 2007).

Simpulan, telah ditegakkan diagnosis Sindrom Stevens-Johnson (SJS) pada Nn. S 38 tahun atas dasar anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosa, dan penatalaksanaan pada pasien ini sudah sesuai dengan literatur. Etiologi pada pasien SJS ini kemungkinan karena alergi obat. Penatalaksanaan utama *life saving* yaitu pemberian kortikosteroid serta ditunjang dengan pemberian antibiotik dan intake cairan/elektrolit yang adekuat.

### Daftar Pustaka

Labreze. 2005. diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and stevens-johnson syndrome. arch dis child 83: 347-52.





- Hamzah, M. 2007. ilmu penyakit kulit dan kelamin. edisi 5. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mansjoer. 2007. kapita selekta kedokteran. edisi ketiga jilid 2. Jakarta: Penerbit Media Aesculapius. 136-38
- Parillo, S.J. 2009. stevens-johnson syndrome: Follow-up. Philadelphia University. arch dis child 33: 147-24
- Siregar, R.S. 1996. atlas berwarna saripati penyakit kulit. edisi 2. Jakarta: EGC. Hal: 141-142; 163-65.
- Sharma, V.K.; G.G. Sethuraman. 1996. adverse cutaneous reaction to drugs: an overview. J Postgard Med 42 (1): 15-22.
- Smelik, M. 2005. stevens-johnson syndrome : a case study. arch dis child 53: 247-42