

DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN PSORIASIS KUKU



Oleh:

Farida Tabri

Dipersentasikan Di Departemen Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Makassar
2016



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI & PENDIDIKAN TINGGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
Departemen / SMF. Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin / Rumah Sakit UNHAS (Lt. 4)
Jl. Perintis Kemerdekaan Km.11, Tamalanrea, Makassar 90245
Telp. (0411), 580345 (direct) Fax : (0411) 582353
E-mail : ikkkfkuh@yahoo.co.id Website : <http://www.med.unhas.ac.id>

SURAT KETERANGAN

Nomor: *082* /UN4.7.4.5.16/PP.17/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr.dr. Siswanto Wahab, Sp.KK
NIP : 19650527 199903 1 002
Jabatan : Ketua Departemen/SMF I.K. Kulit dan Kelamin
FK UNHAS/RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dr.dr. Farida Tabri, Sp.KK(K), FINSADV, FAADV
NIP / Gol : 19540128 198303 2 002 / IVb
Jabatan : Staf Dosen Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
Fakultas Kedokteran Unhas

Benar yang bersangkutan telah membawakan makalah dengan judul :

“DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN PSORIASIS KUKU”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Makassar, 25 Januari 2017
Ketua,

Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp.KK
NIP. 19650527 199903 1 002

Diagnosis dan Penatalaksanaan Psoriasis Kuku

Farida Tabri
Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar
farida_tabri@yahoo.com

Pendahuluan

Psoriasis adalah penyakit papulosquamosa yang merupakan penyakit inflamasi pada kulit yang bersifat kronik residif, ditandai dengan bercak-bercak eritema, berbatas tegas, skuama yang kasar, berwarna putih transparan /mika yang dilapisi diatasnya.⁽¹⁾ Penyakit psoriasis bisa juga melibatkan kuku. Selama beberapa tahun, kuku menjadi lokasi anatomis yang paling sulit dalam penanganan psoriasis, baik untuk pasien maupun untuk dermatologis.⁽²⁾

Keterlibatan kuku sangat sering dalam perjalanan penyakit psoriasis, sekitar 10% - 78% pasien terkena. Beberapa penelitian, telah mengamati keterlibatan kuku pada 53% pasien. Kuku tangan lebih sering terkena dibandingkan kuku kaki, dan lebih dari 1 kuku biasanya terlibat. Keterlibatan kuku meningkat dengan usia, dengan durasi dan proses penyakit, dengan adanya psoriasis arthritis. Perubahan bentuk kuku pada psoriasis yaitu terjadinya perubahan pada beberapa bagian organ kuku seperti pada lipatan kuku proksimal, matrik kuku dan hiponikium, derajat keterlibatan tergantung pada lokasi psoriasis dan lamanya penyakit psoriasis tersebut.⁽²⁻⁴⁾

Pada tahun-tahun terakhir ini, sejumlah penelitian ditujukan kepada pengaruh psikososial psoriasis dan efek penyakit terhadap kualitas hidup pasien. Dalam penelitian tahun 2003 dilaporkan 38.8% pasien tidak pernah pergi ke kolam renang dan stress merupakan faktor yang memicu pada 43% pasien. Tampak jelas bahwa lesi tersebut mempengaruhi penampilan tangan dan kuku juga memiliki pengaruh psikososial besar. Beberapa pasien melaporkan kuku yang sangat nyeri dimana 51.8% melaporkan nyeri pada kuku yang terkena dan 58.9% memiliki aktivitas sehari-hari yang terbatas.⁽⁵⁾

Fisiologi Kuku

Kuku merupakan salah satu dermal appendages yang mengandung lapisan tanduk yang terdapat pada ujung jari-jari tangan dan kaki. Lempeng kuku terbentuk dari sel-sel keratin yang mempunyai dua sisi, dimana sisi satu berhubungan dengan udara luar dan yang lain tidak. ⁽⁶⁾

Secara garis besar fisiologi kuku ⁽⁶⁻⁷⁾

1. Matriks kuku merupakan pembentukan jaringan kuku yang baru
2. Dinding kuku (nail walls) merupakan lipatan-lipatan kulit yang menutupi bagian pinggir dan atas.
3. Dasar kuku (nail bed) merupakan bagian kulit yang ditutupi kuku.
4. Alur kuku (nail groove) merupakan celah antara dinding dan dasar kuku.
5. Akar kuku (nail root) merupakan bagian dari proksimal kuku.
6. Lempeng kuku (nail plate) merupakan bagian tengah kuku yang ditutupi dinding kuku.
7. Lunula merupakan bagian lempeng kuku yang berwarna putih didekat akar kuku berbentuk bulan sabit dan sering tertutup kulit.
8. Eponikium merupakan bagian dinding kuku bagian proksimal, kulit arinya menutupi bagian permukaan lempeng kuku.
9. Hiponikium merupakan dasar kuku, kulit ari dibawah bebas.



Gambar 1. Anatomi kulit

DIAGNOSIS

Gambaran klinis

Psoriasis dapat mempengaruhi setiap elemen dari bagian kuku, dasar kuku atau matriks, atau keduanya dan sebagai hasilnya akan memiliki manifestasi klinis yang berbeda sesuai dengan elemen yang terkena. Dalam praktek klinis, yang paling umum adalah menemukan lesi pada alas/dasar kuku secara terpisah atau berkombinasi dengan suatu tingkatan yang lebih besar atau lebih kecil dengan lesi dari matriks (pitting).

Perubahan kuku pada psoriasis⁽⁸⁾

Segmen kuku yang terlibat	Tanda Klinikal
Matriks proksimal	Pit, onikoreksis, garis Beau's
Matriks intermediate	Leukonikia
Matriks distal	Onikolisis fokal, penipisan kuku, eritema pada lunula
Permukaan kulit di bawah kuku	Tanda 'tetes minyak' atau 'bercak salmon', hyperkeratosis subungal, onikolisis, perdarahan splint.
Hiponikium	hiperkeratosis subungal, onikolisis
Permukaan kuku	Reput atau destruksi dengan perubahan sekunder lainnya pada lokasi spesifik
Lipatan proksimal dan lateral kuku	Psoriasis kutaneous

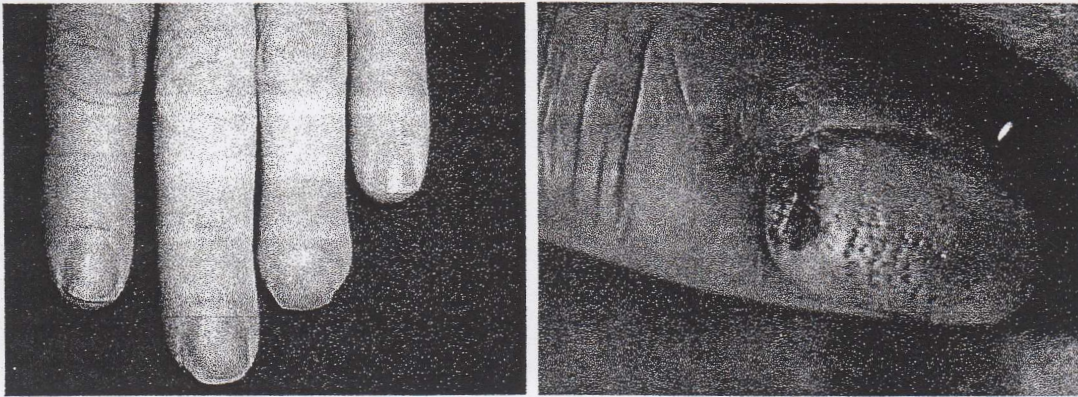
Bentuk klinis dari psoriasis kuku :

A. Psoriasis dari matriks Kuku

1. Pitting pada kuku

Pitting pada kuku merupakan ciri yang paling sering ditemukan pada psoriasis, sering melibatkan jari-jari tangan dibanding jari kaki. Ukuran pits bisa bervariasi dari 0.5 sehingga 2.0 mm dan bisa jadi tunggal atau multipel. Pitting kuku timbul akibat

adanya sel-sel parakeratotik yang mudah terpisah dalam lapisan superficial lempeng kuku.^(2-4,7)



Gambar 2. Gambaran pits psoriasis

2.Trachyonychia

Trachyonychia terjadi akibat perubahan permanen dari matriks permukaan dari kuku kasar dan kusam.⁽²⁻⁴⁾

3.Leukonychia

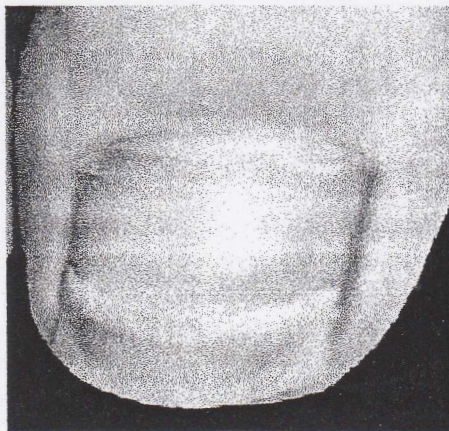
Leukonychia adalah warna keputihan parsial dari lempeng kuku sebagai suatu konsekuensi dari penyakit dari matriks intermediate.⁽²⁻⁴⁾

4.Beau lines

Beau lines tampak pada saat matriks intermediate atau proksimal terkena diseluruhpanjangnya.⁽²⁻⁴⁾

5.Red Lunulae

Red lunulae terjadi akibat penyakit dari matriks distal.⁽²⁻⁴⁾



Gambar 3. Beau Lines

B. Psoriasis dasar kuku (nail bed)

1. Onycholysis

Onycholysis adalah salah satu kondisi yang paling umum dan karakteristik pada psoriasis kuku. Selain itu, psoriasis merupakan salah satu penyebab utama onycholysis. Hal ini menyebabkan lempeng kuku distal terangkat dari kuku dan berwarna keputihan dengan berbagai ukuran yang dikelilingi oleh daerah eritematosa atau "oil spot", dimana tanda ini sangat membantu untuk menyingkirkan penyebab lain dari onycholysis. Kadang-kadang, warna keputihan menjadi hijau atau kecoklatan karena akumulasi bakteri atau jamur. ⁽¹⁻⁴⁾



Gambar 4. Gambaran onycholysis

2. Subungual hyperkeratosis

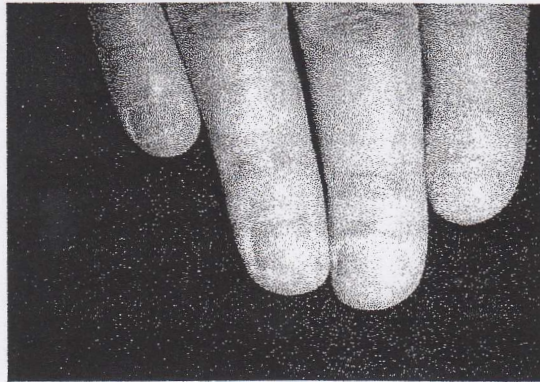
Hiperkeratosis subungual merupakan manifestasi yang sangat umum dari psoriasis kuku. Hal ini terjadi oleh karena proliferasi berlebihan dari sel parakeratosis yang membentuk massa yang padat, berbentuk serbuk, keputihan yang menyebabkan pengangkatan dari lempeng kuku distal. ⁽²⁻⁴⁾



Gambar 5. Gambaran subungual hyperkeratosis

3. Oil spot / salmon patches

Bintik-bintik minyak dan bercak salmon terlihat ukuran dan bentuknya tidak beraturan, dapat terlihat daerah yang bulat atau oval berwarna orange ditengah lempeng kuku. Keadaan ini disebabkan karena terkenanya psoriasis pada dasar kuku. ⁽²⁻⁴⁾



Gambar 6. Oil spots/salmon patches

4. Splinter Hemorrhages

Secara anatomis dasar kuku memiliki daerah longitudinal dan sedikit hemoragik dari dermis yang hanya dapat menyatukan secara longitudinal diantara berbagai daerah epidermal, terlihat gambaran seperti benang pada kuku. ⁽²⁻⁴⁾



Gambar 7. Splinter hemorrhages

C. Paronychia

Paronychia adalah suatu manifestasi yang relatif umum terjadi pada psoriasis. Ini dihubungkan dengan lesi skuama kemerahan yang mempengaruhi tepi proximal atau lateral dari kuku, umumnya sepanjang tepi dari matriks atau lempeng kuku. ⁽²⁻⁴⁾

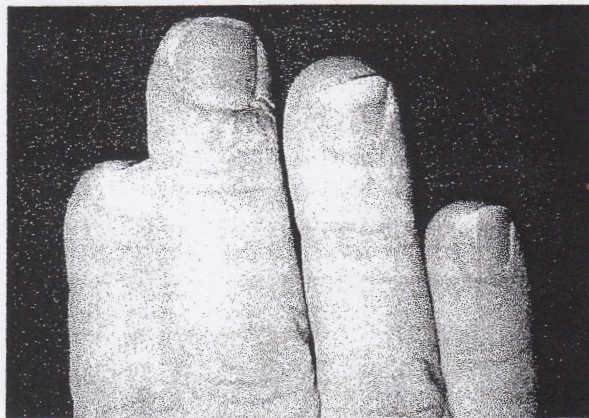
Gambar 9. *Acrodermatitis continua of Hallopeau*



Perubahan kuku pada pustular dan akropustulosis hampir menyerupai perubahan ketebalan pada psoriasis dan merupakan varian dari proses yang sama. Pustulosis palmaplantar merupakan penyakit pada pertengahan kehidupan, *acrodermatitis continua of Hallopeau* lebih sering pada anak-anak. Kedua kondisi ini lebih sering pada wanita, perubahan kuku pada pustulosis palmaplantar meliputi pustule subungual, onikolysis, pitting dan destruksi pada kuku⁽²⁻⁴⁾

D. Akropustulosis

Gambar 8. Psoriasis paronikia



Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis klinis dapat ditegakkan dengan adanya gambaran klinis, pemeriksaan KOH, kultur dan pemeriksaan histopatologi. Kuku kuning dan memutih, hiperkeratosis, onikoreksis, penebalan lempeng kuku dan distrofi kuku total terlihat pada psoriasis yang biasanya mirip pada manifestasi infeksi jamur, untuk itu dilakukan pemeriksaan KOH untuk menyingkirkan Onikomikosis.⁽¹⁻⁴⁾

Hanno dkk menggunakan kriteria diagnostik sebagai berikut : adanya neutrofil pada epitel dasar kuku (kriteria mayor), hiperkeratosis dan parakeratosis, adanya eksudat pada epitel korneum, fokal hypogranulosis dan hiperplasia psoriasiform pada dasar kuku (kriteria minor). Sebagai tambahan pada kriteria ini, Grover dkk menggaris bawahi pentingnya pewarnaan PAS negative untuk membedakan anatara psoriasis dan onikomikosis. Gambaran onikomikosis pada psoriasis kuku dapat memicu manifestasi klinis lainnya misalnya fenomena Koebner yang dapat muncul sebagai infeksi jamur berkelanjutan.^(2,5)

Pada pemeriksaan histopatologi nampak pada daerah distal lempeng kuku nampak depresi atau penurunan pada permukaan lempeng kuku yang dibatasi oleh beberapa sel-sel parakeratosis dan pada daerah yang lebih proksimal nampak lebih parakeratosis dibawah kuku proksimal. Pada onikolisis nampak plak psoriasis hiperkeratotik. Dapat juga dijumpai hiperkeratosis, hipergranulosis, serum globules, perdarahan pada stratum corneum, hiperplasia epidermis papilomatosus dan spongiosis.^(2,4,9)

Faries dkk menduga penggunaan dermatoscopy, metode non invasive murah dan mudah digunakan sebagai alat diagnostik komplementer pada pasien dengan diagnosis ambigu.⁽⁴⁾ ketika terdapat onikolisis, penggunaan beberapa metode dapat digunakan untuk mengidentifikasi tepi eritematosa yang merupakan tanda spesifik untuk psoriasis kuku yang biasanya tdk dapat terdeteksi dengan mata telanjang.^(2,5)

Kapilaroskopi periungual, suatu metode yang umumnya digunakan untuk mempelajari mikrosirkulasi pasien dengan penyakit kolagen, yang juga digunakan untuk pasien yang dicurigai psoriasis. Studi di Brazil tahun 2012 menemukan area avaskular yang khususnya sering pada pasien dengan psoriasis kuku. Kapilaroskopi dapat digunakan sebagai alat diagnostik komplementer untuk mendeteksi psoriasis kuku.^(2,5)

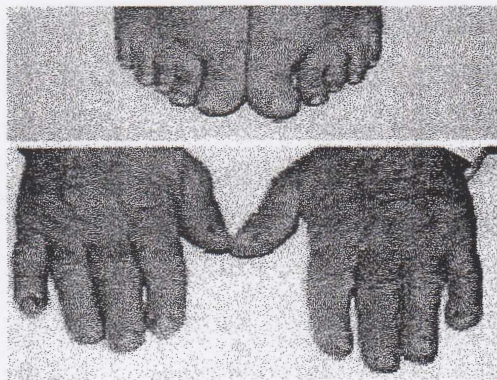
Untuk menilai tingkat keparahan psoriasis kuku dapat juga dilakukan dengan pengukuran skor NAPS (nail psoriasis severity index).^(2-4,9)

DIAGNOSIS BANDING.

Beberapa penyakit yang dapat menyerupai psoriasis kuku adalah

1. Onikomikosis

Didapatkan pada distal-lateral subungual kuku, lesi berupa kemerahan, hiperkeratosis, onycholisis, dan perubahan warna kuku.⁽⁷⁾



Gambar 10. onikomikosis

2. Lichen planus

Lesi pada kuku terdapat perubahan berupa celah longitudinal, lipatan kuku yang mengembung (pterigium kuku), anonikia, lempeng kuku menipis. Pada

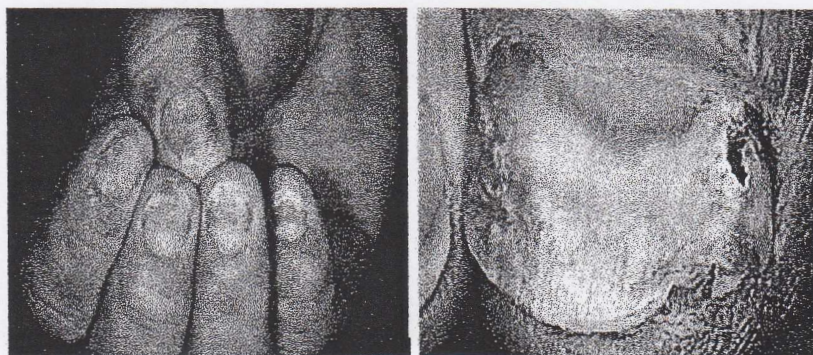
pemeriksaan histologi terdapat hiperkeratosis, degenerasi sel basal, infiltrasi limfosit dan histiosit seperti susu.^(1,8)



Gambar 11. Lichen Planus

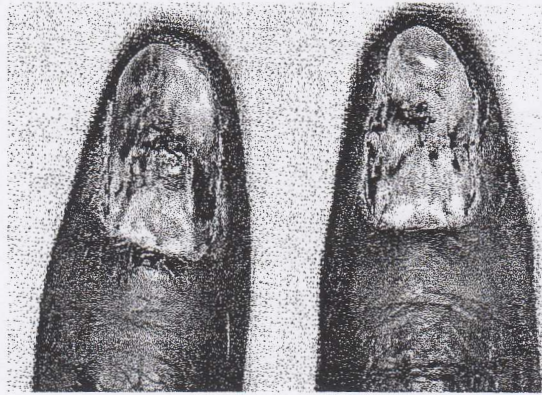
3. Parakeratosis pustular

Satu jenis psoriasis yang akan berkembang menjadi psoriasis kuku pada usia lanjut. Sering dijumpai pada anak, biasanya mengenai satu jari, paling sering pada ibu jari atau jari telunjuk, kuku yang terkena menunjukkan hiperkeratosis subungual dan onikosis dan terlihat pada satu sisi kuku. Biasanya remisi spontan ketika masa pubertas.^(1,8)



Gambar 12. Parakeratosis pustular

Gambar 12. Reiter's disease



Mempakan penyakit arthrits reaktif yang jarang terjadi, pada kuku terjadi perubahan yang dimulai dengan pits dan bercak salmon menetap untuk waktu yang lama yang sulit dibedakan dengan psoriasis kuku sebelum kukunya mengalami kerusakan.⁽³⁾

5. Reiter's Disease

Gambar 11. Pustular psoriasis



Melibatkan kuku dan jaringan periungual, sering terlokalisir pada satu jari, menunjukkan keadaan kronis dengan episode periode peradangan akut yang terasa nyeri. Pada masa akut jari yang terkena menunjukkan perubahan peradangan yang hebat dengan lesi pustular pada alas kuku dan kulit periungual, pada masa kronis dasar kuku dan jaringan menunjukkan eritema dan skuama.^(2,8)

4. Psoriasis pustular

PENATALAKSANAAN

A. Terapi Topikal

1. Kortikosteroid topikal

Pemberian kortikosteroid topikal potensi kuat seperti triamcinolon 0,1% (kenalog) dan fluocinolon dalam jangka pendek pada lesi psoriasis berat, pada beberapa penderita sudah memberi respon yang baik. Untuk meningkatkan efektifitas pemakaian kortikosteroid topikal, dapat diberi secara oklusif dengan menggunakan penutup seperti polyetilen selama 6-12 jam.^(2,4,5,9) Pada penelitian tahun 2012 didapatkan 15 pasien diberikan clobetasol nail lacquer dengan konsentrasi 0,5%, 1% dan 8% memberikan efek yang bagus.⁽⁴⁾ Pemakaian yang lama dari kortikosteroid topikal ini dapat menimbulkan efek samping yaitu menimbulkan hipopigmentasi, telangiectasis, atropi pada daerah paronikia.^(2,4,5,10)

2. Kortikosteroid intralesi.

Triamcinolon acetonide 10 mg/ml merupakan suatu bentuk steroid intralesional disuntikkan dengan menggunakan jarum insulin atau dermojet. Prosedur pemberian dengan memblok cincin atau memblok bagian distal dan pemberian anastesi bila penyuntikan yang melibatkan daerah sensitif seperti bagian matrik. Penyuntikan pada daerah proximal paronikia sampai ke matrik kuku, daerah lateral dari area paronykia sampai badan kuku. Dosis yang diberikan 0,05-0,1ml dan pemberian setiap bulan selama 5-6 bulan. Efek samping yang terjadi berupa atrofi, hipokromia, infeksi sekunder, kista inklusi dan tendon pecah.^(2, 11)

3. Antralin (ditranol)

Antralin (1,8- dihydroxy-9-anthrone), diperkenalkan oleh Gelewsky dan Unna pada tahun 1916. Bahan ini masih digunakan untuk terapi psoriasis dalam bentuk campuran dengan berbagai vehikulum dan cara pemberian. Cara kerja

Antralin dapat mempengaruhi aktivitas antiproliferatif pada keratinosit manusia. Pada beberapa tahun belakangan ini makin jelas diketahui bahwa bahan ini mempunyai efek anti inflamasi yang kuat terutama pada sel infiltrat peradangan. Pengurangan fungsi dan produksi neutrofil dan monosit serta ko oksida leukotrien B4 dan neutrofil telah diketahui. Akhir-akhir ini didapatkan bahwa antralin dapat menginduksi faktor transkripsi nukelus NF-kB pada keratinosit murin. Karena NF-kB terlibat dalam transkripsi sitokin proinflamasi seperti IL-6, IL-8 dan TN-x maka temuan ini dapat berguna untuk menjelaskan sifat iritan dari antralin. Terapi antralin klasik dapat dimulai dengan konsentrasi rendah (0,05-0,1%) dalam vehikulum pasta petrolatum atau zinc dan diberi 1 kali sehari.^(2,9,10)

Efek samping Antralin dapat menimbulkan reaksi iritan (dermatitis antralin) pada pasien yang rentang atau bila konsentrasi dinaikkan terlalu cepat dapat menyebabkan perubahan warna coklat disekitar lesi, dan menimbulkan dermatitis kontak pada kuku.^(2,10)

4. Vitamin D3 dan analognya

Vitamin D3 bekerja dengan menghambat proliferasi keratinosit dan mengurangi diferensiasi akhir dari keratinosit. Sifat anti inflamasi bahan ini dapat menghambat faktor nucleus protein NF-KB dalam limfosit sehingga menyebabkan berkurangnya transkripsi IL-2. Kalsitriol dan kalsipotriol dapat menghambat produksi IL-6 dan sel endothelial mikrovaskular dermis dan mengurangi fungsi penyaji antigen dari sel Langerhans. Kalsitriol merupakan inhibitor poten dan diferensiasi sel dendrit.^(2,4,10)

Tosti dan kawan-kawan melaporkan pemberian pemberian setelah 5 bulan dapat mengurangi hiperkeratosis subungual. Efek samping yang terjadi iritasi lokal dapat terjadi pada awal terapi. Perubahan metabolisme kalsium dan fosfat jarang terjadi bila pengolesan dilakukan dengan cara yang benar. ^(2,4,10)

5. Tazaroten

Tazaroten adalah suatu retinoid yang digunakan secara topikal yang dapat mengurangi ketebalan skuama dan plak dengan efektif maupun terbatas dalam mengurangi eritema yang ada. Dibanding obat topical psoriasis yang lain tazaroten memiliki efikasi yang lebih rendah. Namun efikasinya dapat ditingkatkan dengan mengkombinasinya dengan terapi UVB. Tazaroten 0,1 % gel atau krem yang diberikan selama 12-24 minggu dapat mengurangi psoriasis kuku pada matrik kuku dan badan kuku. Efek samping yang terjadi iritasi pada kulit, rasa panas, pengelupasan pada area paronychia. ^(2,10)

6. Tar

Penggunaan tar dalam bentuk tar batubara atau tar kayu (birch, pinus, beech). Sudah lama diketahui dalam sejarah pengobatan anti psoriasis. Tar ini mengandung banyak campuran zat yang kebanyakan zat tersebut tidak dapat dijelaskan dengan baik. sediaan tar 25% dalam berbagai basis diketahui cukup efektif pada psoriasis tipe plak kronik. Preparat ini merupakan preparat non iritan, dan efek samping yang serius tidak dijumpai walaupun terapi ini dilakukan dalam jangka waktu yang lama ^(1,7,8)

7. 5-Fluorourasil (5 FU)

5-fluorourasil (5-FU) dapat digunakan pada terapi psoriasis kuku. Fritz melaporkan memberi perbaikan pada spots oil dan hyperkeratosis subungual pada 59 pasien yang diberikan topikal 5-FU. Efek samping yang terjadi berupa iritasi dan hiperpigmentasi. ^(2,12)

B. Pengobatan sistemik

1. Retinoid

Asitretin (derivate vitamin A) merupakan terapi yang sering digunakan untuk psoriasis pustular. Cara kerja retinoid mengatur pertumbuhan dan diferensiasi

terminal keratinosit, dengan demikian hiperploriferasi dapat mencapai tingkatan normal Setelah melewati membrane sel, akan membentuk retinoid kompleks dengan protein pengikat sitosolik, dimana bahan ini setelah transioklaf kedalam nucleus akan mengatur transkripsi gen melalui elemen respon nucleus. Dan mempunyai efek anti inflamasi seperti menghambat fungsi nucleus. Pada pustular psoriasis dosis asitretin 0,25-0,5 mg/kg/hari selama 3 bulan sangat baik. ^(2,10,13)

Efek samping bisa terjadi granuloma piogenik, kuku menjadi parah, pruritus generalisata, kekeringan pada kulit dan hilangnya stratum korneum telapak tangan dan kaki sehingga timbul rasa sakit pada daerah tersebut. Kemungkinan dapat terjadi kerontokan rambut selama terapi, nyeri otot dan sendi serta keluhan gastrointestinal dapat terjadi. Diperlukan monitoring fungsi hati dan ginjal, gula darah dan lipid serum. ^(2,10,13)

2.Siklosporin

Siklosporin adalah polypeptide siklik yang digunakan secara luas untuk mencegah penolakan graft. Bahan ini banyak digunakan untuk terapi psoriasis. Cara kerja setelah obat ini berpenetrasi kedalam sel melalui reseptor yang diduga berperan, siklosporin terikat ke silofilin, yaitu anggota kelompok immunofilin. Komplek siklosporin –siklofilin akan berikatan dengan fosfatase kalsineurin sehingga memblok kemampuan untuk melakukan defosforitase komponen sitosolik dari factor transkripsi NF-AT. Terjadinya kelainan translokasi komponen NF_AT diperlukan untuk aktifitas fungsional untuk memperbesar transkripsi gen IL-2. ^(2,8)

Terapi siklosporin pada efektif pada *acrodermatitis continua of hallopeau*. Dosis siklosporin dimulai dari dosis 2,5-3 mg/kgBB yang dibagi dalam dua dosis/hari. Dosis ini dapat ditingkatkan sampai maksimal 5 mg/kg/hari. Mahrle dan kawan-kawan melaporkan memberikan hasil 17,5% pada pasien pemberian siklosporin 2,5-5,0 mg/kg selama 10 minggu. Terjadinya efek samping berupa

5. Tazaroten

Tazaroten adalah suatu retinoid yang digunakan secara topikal yang dapat mengurangi ketebalan skuama dan plak dengan efektif maupun terbatas dalam mengurangi eritema yang ada. Dibanding obat topical psoriasis yang lain tazaroten memiliki efikasi yang lebih rendah. Namun efikasinya dapat ditingkatkan dengan mengkombinasinya dengan terapi UVB. Tazaroten 0,1 % gel atau cream yang diberikan selama 12-24 minggu dapat mengurangi psoriasis kuku pada matrik kuku dan badan kuku. Efek samping yang terjadi iritasi pada kulit, rasa panas, pengelupasan pada area paronychia. ^(2,10)

6. Tar

Penggunaan tar dalam bentuk tar batubara atau tar kayu (birch, pinus, beech). Sudah lama diketahui dalam sejarah pengobatan anti psoriasis. Tar ini mengandung banyak campuran zat yang kebanyakan zat tersebut tidak dapat dijelaskan dengan baik. sediaan tar 25% dalam berbagai basis diketahui cukup efektif pada psoriasis tipe plak kronik. Preparat ini merupakan preparat non iritan, dan efek samping yang serius tidak dijumpai walaupun terapi ini dilakukan dalam jangka waktu yang lama ^(1,7,8)

7. 5-Fluorourasil (5 FU)

5-fluorourasil (5-FU) dapat digunakan pada terapi psoriasis kuku. Fritz melaporkan memberi perbaikan pada spots oil dan hyperkeratosis subungual pada 59 pasien yang diberikan topikal 5-FU. Efek samping yang terjadi berupa iritasi dan hiperpigmentasi. ^(2,12)

B. Pengobatan sistemik

1. Retinoid

Asitretin (derivate vitamin A) merupakan terapi yang sering digunakan untuk psoriasis pustular. Cara kerja retinoid mengatur pertumbuhan dan diferensiasi

kelainan fungsi ginjal yang biasanya reversible setelah obat dihentikan, dan dapat terjadi hipertensi, peningkatan kadar kolesterol dan trigliserida^(2,8)

3. Metotreksat (MTX)

Metotreksat (MTX) sudah banyak digunakan sebagai regimen terapi sistemik untuk psoriasis yang berat dan paling berguna pada bentuk psoriasis pustular. Cara kerja MTX menghambat sintesa DNA dengan melakukan kompetisi dengan dihidrofolat reduktase, diduga bekerja secara primer pada basal keratinosit yang membelah cepat pada lesi psoriasis. MTX memiliki efek anti inflamasi yang dimediasi melalui akumulasi 5-aminoimidazol-4- karboksiamid ribonukliotida (AICAR) intraseluler ,sehingga meningkatkan pelepasan adanosin. Adanosin memiliki efek anti inflamasi terutama pada neutrofil, bekerja sebagai penghambat adhesi dan penghambat produksi intermediet oksidan reaktif.^(2,8,18-20)

Dosis MTX biasanya digunakan 10 dan 25 mg sekali seminggu. MTX jug dapat diberikan secara oral dengan dosis 5 mg yang diberikan tiap 12 jam selama priode 36 jam. Pada psoriasis kuku 20- 37,5 mg sekali seminggu dapat memberi perbaikan.^(2,8,17-20)

Efek samping paling sering di jumpai adalah mual, muntah, lemas, sakit kepala dan alopesia. MTX dapat diekresikan terutama lewat ginjal maka pasien dengan disfungsi ginjal terapi MTX dapat meningkatkan toksisitas sehingga dapat dihindari. Hepatotoksitas merupakan hal utama yang harus dipertimbangkan dalam terapi MTX, pasien dengan riwayat liver atau ketergantungan alcohol harus dihindari. Resiko fibrosis atau serosis hati meningkat pada penggunaan MTX dosis kumulatif lebih kecil 5 gr harus diawasi perubahan struktur heparnya.^(2,8,17-20)

4. Agen Biologis

Efalizumab. Saat ini hanya sedikit informasi yang tersedia mengenai efektivitas efalizumab pada kuku psoriasis. Dalam penelitian pada 30 pasien yang diobati

dengan efalizumab, menilai respon klinis berdasarkan PASI dan skor modifikasi NAPSI, yang berhubungan dengan pruritus, dan lesi pada kulit kepala, telapak tangan. Setelah 24 minggu, diamati pengurangan skor NAPSI yang signifikan, dengan itu menunjukkan efektivitas obat untuk mengobati kuku psoriasis. ^(2,19-22)

Etanercept. Pada kasus-kasus terisolasi di mana etanercept telah dilaporkan efektif untuk pengobatan kuku psoriasis. Dalam serangkaian 40 kasus baru dilaporkan oleh kelompok kami, kami menemukan bahwa sebagian besar pasien yang memiliki kuku lesi pada awal pengobatan menunjukkan perbaikan pada lesi tersebut. ^(2,19-22)

Infliximab. Untuk saat ini, bersama dengan alefacept, infliximab adalah agen biologis yang informasinya paling banyak mengenai kemanjurannya pada kuku psoriasis. Hal ini menyebabkan kemajuan yang cepat pada lesi kulit, perbaikan yang signifikan dapat diamati pada minggu kesepuluh, pengurangan skor NAPSI sampai 56% dapat diamati pada minggu ke 24, dan efeknya dipertahankan sampai minggu 50. ^(2,19-22)

Fotokemoterapi (PUVA)

Penggunaan psoralen plus UVA sistemik untuk terapi psoriasis diperkenalkan oleh Pareish dkk. Efektivitas PUVA dalam menyembuhkan berbagai penyakit telah banyak diketahui dan dipastikan oleh studi klinis di Amerika Serikat dan Eropa. Terapi ini terdiri dari obat fotosensitizer oral seperti 8-metoksipsoralen (8MOP) atau trimetoksipsoralen dengan dosis konstan (0,6 - 0,8 mg/kgBB). Dan kemudian diberikan UVA bisa dimulai, dengan dosis yang biasa diberikan 1 J/cm² tergantung tipe kulit pasien. Dosis UVA dinaikkan seiring dengan peningkatan suberitema yang biasanya bervariasi mulai dari 0,5-1,5 J/cm² pemberian UVA dapat menimbulkan eritematosa. Terapi dilakukan 2 atau 3 kali seminggu, atau 5 kali per minggu dibawah pengawasan yang ketat. Pemberian dosis psoralen dan UVA yang lebih rendah dan pemberian dengan waktu yang panjang dapat menyebabkan psoriasis tidak respon terhadap terapi ini. ^(2,8)

Kerja psoralen 8-MOP berhubungan dengan DNA. Dengan energy yang diperoleh dari UVA maka psoralen secara kovalen melakukan cross link dengan asam nucleus diantara rangkaian yang berhadapan dengan daerah dupleks pada DNA yang terlibat. PUVA efektif pada berbagai dermatosis yang beberapa diantaranya berhubungan dengan hiperproliferasi. Psoralen dan UV (PUVA) dilaporkan dapat untuk onikolisis, salmon patched, sub unguis hiperkeratosis, dan tidak efektif pada untuk pitting nail^{7,8}.

Efek samping dan gejala overdosis antara lain: mual, pusing dan sakit kepala, ±95% obat ini dikeluarkan melalui ginjal dalam 8 jam. Selama 8 jam ini sensitivitas kulit terhadap sinar matahari akan meningkat. (7-9)

5. Terapi Bedah

Terapi bedah dapat dilakukan untuk penyakit psoriasis kuku, jika pengobatan lain gagal. Selama pembedahan matrik dapat dilepaskan untuk mencegah pertumbuhan kuku kembali. Prosedur ini dilakukan dengan anastesi lokal. Berikan informasi pada pasien mengenai rasa tidak nyaman setelah operasi dan kemungkinan kuku yang tumbuh terganggu. Menghindari trauma terhadap kuku, yang akan mencegah onikolisis dan kemungkinan terjadi kolonisasi bakteri sekunder pada kuku, adalah penting. Pasien harus tetap menjaga kuku bersih dan kering. (2,3)

Prognosis

Psoriasis merupakan penyakit yang kronis dan tak dapat diprediksi. Pada beberapa pasien dapat sembuh secara spontan, sedangkan yang lain dapat terjadi remisi dan eksaserbasi. Pengobatan topikal dan sistemik dapat mengurangi beratnya penyakit. Meskipun psoriasis tidak menyebabkan kematian, tetapi bersifat kronis dan residif. (1-4)

Kesimpulan

Perubahan bentuk kuku pada psoriasis yaitu terjadinya perubahan pada beberapa bagian organ kuku yaitu pada lipatan kuku proximal, matriks kuku dan hiponikium, derajat keterlibatan tergantung pada lokasi psoriasis dan lamanya suatu penyakit.. Pengobatan pada psoriasis kuku ditujukan pada aspek psikososial pada pasien yang menderita psoriasis kuku, dengan menghindari kuku kering dan melindungi kuku dari trauma. Beberapa pilihan terapi psoriasis kuku yaitu; kortikosteroid topikal, kortikosteroid intralesi dan sistemik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Nail Psoriasis in Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolf K editors in *Fitzpatrick Dermatology in General Medicine*, 8th ed vol 1, 2012; p. 1442-47.
2. Regana MS, Umber P. Diagnosis and Management of nail psoriasis. *Practical Dermatology*, 2008, p. 34-43.
3. Puri N, Mahajan BB. Nail Changes in Psoriasis – A profile. *Journal of Pakistan Association of Dermatologist* 2011; 21(3); 165-69.
4. Schons KR, Murussi N, Neumaier W, Knob CF, Beber AA, Monticelo OD. Nail Psoriasis : a review of the literature. *An Bras Dermatol* 2014; 89(2): 312-7.
5. Kerkhof PCvd, Schalkwijk J. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. Spain: Mosby Elsevier; 2008.
6. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Psoriasis. *Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology*. 5 ed. New York: Mc Graw Hill; 2005. p.5463
7. Berker DD. Management of Psoriatic Nail Disease. *Elsevier* 2009; p. 39-43.
8. Berker DD, Forslind B. The Structure and Properties of Nails and Periungual Tissue in Forsling B, Lindberg M editors in *Skin, Hair, and Nails* , 2005; p.378-410.
9. Haneke E. Nail Psoriasis. *Dept Dermatol Belgium*. 2012; p.141-78.
10. Gudjonsson JE, Elder JT. Nail Psoriasis in Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolf K editors in *Fitzpatrick Dermatology in General Medicine*, 8th ed vol 1, 2012; p. 329-45.
11. Griffiths CEM, Barker JNWN. Psoriasis in Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C editors in *Rooks Textbooks of Dermatology*, 8th ed, 2010; p.20.22-25.
12. Mitra A, Atillasoy E. Topical Therapies for Psoriasis in *Psoriasis.USA*, 2012 ; p.310-25.
13. Battista MN, Richer V, Marcil I, Benohanian A. Treatment of Nail Psoriasis with Intralesional Triamcinolone Acetonide using A Needle-Free Jet Injector ; a Prospective Trial. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, Vol 18, No 1 2014: pp 38-4.
14. Jong EMG, Menke HE, Praag MCG, Kerkhof VD. Dystrophic Psoriatic Fingernails Treated with 1% 5 Fluorouracil in a Nail Penetration- Enhancing Venicle; A Double Blind Study. *Dermatology*, 1999; p. 314-8.

15. Tosti A, Ricotti C, Romanelli P, Camelli N, Praccini BM. Evaluation of the Efficacy of Acitretin Therapy for Nail Psoriasis. *Arch Dermatology*. 2009;145(3); 269-71.
16. Lebhowl M. A Clinician's Paradigm in The Treatment of Psoriasis. *Journal of The American Academy Of Dermatology*, Vol 53, Number 1.2005.
17. Flytstrom I, Stenberg B, Svensson A. Metotreksat vs. ciclosporin in psoriasis: effectiveness, quality of life and safety. A randomized controlled trial. *Br J Dermatol*2008;158:116-21.
18. Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M. Metotreksat and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol*2009;60:824-37.
19. Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M. Metotreksat and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol*2009;60:824-37.
20. Kyriakou A, Patsatsi A, Sotiriadis. Biologic Agents in Nail Psoriasis : Efficacy data and considerations. *Expert Opin. Biol. Ther.* (2013), 13(12), p.1-8.
21. Takahashi MD, Choula EN, Dorantes GL, Roselino AM, Santamaria J, Allevato MA et al. Efalizumab in the treatment of Scalp, Palmoplantar and Nail Psoriasis ; Results of a 24- week Latin American Study. *Archives of Drug Info.* 2010; 3:1-8.
22. Kutlubay Z, Engin B, Songur A, Tuzun Y. TNF α Antagonist in the Treatment of Nail Psoriasis. *J Turk Acad Dermatol.* 2012, p.1-5.

226

Rekomendasi

[Empty rectangular box]

Karya ilmiah yang diperiksa ini diterima validator tanggal :

- Bisa diproses lanjut
- Tak bisa diproses lanjut dengan alasan-alasan berikut yakni :

memudah bahasa

[Large empty rectangular box for reasons]

Disetujui Oleh :
Ketua Tim Validasi,

Prof. dr. Muh. Nasrum Massi, Ph.D

Makassar, *20 Maret*2017

Validasi
Tim Kelompok Ilmu Kesehatan,

- 1. Dr. dr. Syafril Kamsul Arif, Sp. An. KIC-KAKV, 1.....
- 2.....
- 3.....

2. dr. St. Wahyuni M, Ph.D

3. dr. Firdaus, Ph.D

cc6

**LEMBAR
HASIL PENILAIAN SEJAWAT SEBIDANG ATAU PEER REVIEW
KARYA ILMIAH : MAKALAH**

Judul Makalah (paper) : **Inherited Epidermolysis Bullosa**

Jumlah penulis : 1 (satu) orang

Status Pengusul : Pertama

Identitas Makalah : a. Nama Makalah

b. ISBN/ISSN

c. Tahun terbit, tempat pelaksanaan

d. Penerbit/orginiser : Tahun 2016

: Departmen Ilmu Keswehatan Kulit dan Kelamin Fak. Kedokteran Unhas

e. Alamat Repository PT/web Prisiding : -

g. Terindeks di (jika ada) : -

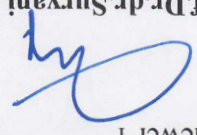
Kategori Makalah Ilmiah : Makalah Forum Ilmiah Internasional
 Makalah Forum Ilmiah Nasional
 (beri √ pada kolom yang tepat)

Hasil Penilaian Peer Review:

Komponen Yang dinilai	Nilai Maksimal Makalah 3x100% = 3		Nilai Akhir yang di peroleh
	Internasional	Nasional	
a. Kelengkapan unsur isi Artikel (10%)		8%	0,24
b. Ruang lingkup dan kedalaman pembahasan (30%)		28%	0,84
c. Kecukupan dan kemutakhiran data/informasi dan Metodologi 30%		28%	0,84
d. Kelengkapan unsur dan kualitas terbitan/prosiding (30%)		28%	0,84
Total=(100%)		91%	2,73
Nilai pengusul=			
Catatan penilaian paper oleh reviewer			

Makassar, 19 Januari 2017

Reviewer 1



Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc., Sp.GK
 NIP. 19600504 196601 2 002

Unit Kerja: Fakultas kedokteran

ccb

LEMBAR
HASIL PENILAIAN SEJAWAT SEBIDANG ATAU PEER REVIEW
KARYA ILMIAH : MAKALAH

Judul Makalah (paper) : **Dignosis dan Penatalaksanaan Psoriasis Kuku**
Jumlah penulis : 1 (satu) orang
Status Pengusul : Pertama
Identitas Makalah : a. Nama Makalah : -
b. ISBN/ISSN : -
c. Tahun terbit, tempat pelaksanaan : Tahun 2016
d. Penerbit/orginiser : Departtmen Ilmu Keswehatan Kulit dan Kelamin Fak. Kedokteran Unhas
e. Alamat Repository PT/web Prising : -
g. Terindeks di (jika ada) : -

Kategori Makalah : Makalah Forum Ilmiah Internasional
(beri √ pada kolom yang tepat) Makalah Forum Ilmiah Nasional

Hasil Penilaian Peer Review:

Komponen Yang dinilai	Nilai Maksimal Makalah 3 x 100% = 3		Nilai Akhir yang di peroleh 2,73
	Internasional <input type="checkbox"/>	Nasional <input type="checkbox"/>	
a.Kelengkapan unsur isi Artikel (10%)		0%	0,24
b.Ruang lingkup dan kedalaman pembahasan (30%)		20%	0,84
c.Kecukupan dan kemutakhiran data/informasi dan Metodologi 30%		20%	0,84
d.Kelengkapan unsur dan kualitas terbitan /prosiding (30%)		27%	0,81
Total=(100%)		91%	2,73
Nilai pengusul=			
Catatan penilaian paper oleh <i>reviewer</i>			

Makassar, 19 Janauri 2017

Reviewer 2

Prof.dr.Muh. Nasrum Massi, Ph.D
NIP. 19670910 19960310

Unit Kerja: Fakultas kedokteran

LEMBAR VALIDASI KARYA ILMIAH

A. IDENTITAS (diketik oleh pengusul)

A.1. Identitas pengusul (diisi oleh pengusul karya ilmiah)

Nama Lengkap (tanpa gelar) : Farida Tabri
Prodi, Jurusan, Fakultas : Departemen Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin
Usulan menjadi Asisten Ahli/Lektor/LK/KG (*) dalam bidang : Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin

A.2. Identitas karya ilmiah (diisi oleh pengusul karya ilmiah)

Alamat jurnal online :
Alamat repository jurnal/buku/prosiding/laporan penelitian(*) :
Judul artikel jurnal/buku/laporan penelitian (*) : -

Judul (untuk karya bab dalam buku atau prosiding) : **Diagnosis dan Penatalaksanaan Psoriasis Kuku**
Nama para penulis (tersusun lengkap) : -
Nama dan ISSN Jurnal, Vol. No., Halaman :
Bulan dan Tahun terbit : Tahun 2016
ISBN buku/prosiding, penerbit dan tahun terbit : -

Ket : (*) lingkari yang sesuai

B. Asesmen (validator member centang '✓' dan/atau member informasi yang relevan pada kotak persegi)

B.1 Media

B.1.1 Buku/Prosiding : ISBN valid tidak valid, alasan :

B.1.2 Jurnal : asli fotocopy
ISSN : valid tidak valid, alasan :

Jenis : Internasional (*) valid tidak valid, alasan :
Nasional (*) valid tidak valid, alasan :

Kategori (*) : k1 k2 k3 k4 k5 k6 k7 k8
K1 : Jurnal internasional bereputasi SJR : atau Imfact Factor dari Thomson Reuters :

K2 : Jurnal Internasional terindek pada database internasional bereputasi
K3 : Jurnal internasional terindeks DOAJ, CABI, Copernicus
K4 : Jurnal nasional terakreditasi dengan no.SK : berlaku hingga

K5 : Jurnal Nasional berbahasa Indonesia terindek pada DOAJ
K6 : Jurnal Nasional berbahasa Internasional terindek pada DOAJ
K7 : Jurnal Nasional tidak terakreditasi

K8 : Jurnal Ilmiah yang ditulis dalam Bahasa Resmi PBB namun tidak memenuhi syarat jurnal internasional

Konsistensi : ya tidak, fakta :

Terlibat *Self-Citation* : ya tidak, fakta :

Ket : (*) mengacu pada pedoman Operasional PAK Kenaikan Pengkat/Jabatan Fungsional Dosen (Dirjen Dikti, 2014)

B.2.2.1. Kemiripan judul : tidak ada ada, fakta :

B.2.2.2. Kesesuaian pada factor kepenulisan (authorship) :

Sesuai sampul/daftar isi : ya tidak, fakta :

Sesuai kompetensi : sesuai tidak sesuai, fakta :

Sesuai kontribusi : ya tidak, fakta :

B.2.3. Pelanggaran Etika : tidak ada

Jika ada pelanggaran, kategorinya adalah :

- Plagiasi diri, fakta :
- Plagiasi orang lain, fakta :
- Publikasi ganda, fakta :
- Kontributor tak berhak, fakta :

B.2.4. Akurasi rujukan : akurat tak akurat

Ketidak akuratan ditemukan pada :

- Sitasi in-teks, fakta :
- Daftar pustaka, fakta :
- Sitasi in-teks dan daftar pustaka, fakta :