



ISSN 0216-0773

MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

Editorial: Spektrum kajian dermatologi, venereologi, dan estetika: Dari edukasi hingga penatalaksanaan klinis

Insidens penyakit kulit di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Tangerang: Sebuah studi potong lintang

Awitan kekambuhan pada pasien psoriasis vulgaris pascaterapi injeksi ke-8 *secukinumab* 300 mg dan faktor yang memengaruhinya di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode 2022-2024

Uji diagnostik frambusia pada anak dengan metode *rapid diagnostic test* (RDT) di daerah perbatasan Papua Nugini dan Papua-Jayapura

Pengaruh edukasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dalam pencegahan skabies di pesantren di Jatinangor

Studi retrospektif hemangioma infantil di rumah sakit pusat rujukan di Surakarta Jawa Tengah

Herpes zoster aberans dengan manifestasi eritema multiforme bulosa pada pasien geriatri imunokompromi: Laporan kasus

Tantangan tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien sindrom imunodefisiensi akuisita

Hidroksiklorokuin sebagai terapi ajuvan pada pemfigoid bulosa yang dicurigai akibat konsumsi ampisilin

Kombinasi laser fraksional CO₂ dan *platelet-rich fibrin* sebagai terapi skar akne atrofi: Laporan kasus

Peran antioksidan pada melasma

MDVI	Vol. 52	No. 2	Hal. 65–121	Jakarta Apr–Jun 2025	ISSN 0216-0773
------	---------	-------	-------------	-------------------------	----------------

DAFTAR ISI

Editorial: Spektrum kajian dermatologi, venerologi, dan estetika: Dari edukasi hingga penatalaksanaan klinis <i>Nurdjannah Jane Niode</i>	65
---	----

ARTIKEL ASLI

Insidens penyakit kulit di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Tangerang: Sebuah studi potong lintang <i>Elly Dainty Arifin*, Andravina Pranathanian</i>	66–70
Awitan kekambuhan pada pasien psoriasis vulgaris pascaterapi injeksi ke-8 <i>secukinumab</i> 300 mg dan faktor yang memengaruhinya di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta periode 2022-2024 <i>Erliana Tantri Harsono*, Fajar Waskito, Agnes Sri Siswati, Raden Roro Rini Andayani, Miya Khalidah</i>	71–75
Uji diagnostik frambusia pada anak dengan metode <i>rapid diagnostic test</i> (RDT) di daerah perbatasan Papua Nugini dan Papua-Jayapura <i>Inneke Viviane Sumolang*, Astrina Rosaria Indah, Timothy Verellino Reba, Jefferson Nelson</i>	76–79
Pengaruh edukasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dalam pencegahan skabies di pesantren di Jatinangor <i>Kultsum Khairatun Hisan*, Risa Miliawati Nurul Hidayah, Lulu Eva Rakhmilla, Erda Avriyanti, Endang Sutedja</i>	80–89
Studi retrospektif hemangioma infantil di rumah sakit pusat rujukan di Surakarta Jawa Tengah <i>Suci Widhiati*, Alfina Rahma, Endra Yustin Ellistasari, Adniana Nareswari</i>	90–94

LAPORAN KASUS

Herpes zoster aberans dengan manifestasi eritema multiforme bulosa pada pasien geriatri imunokompromi: Laporan kasus <i>Dionisius Ivan Yonathan Halim, Lili Legiawati*, Shannaz Nadia Yusharyahya, Rinadewi Astriningrum</i>	95–98
Tantangan tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien sindrom imunodefisiensi akuisita <i>Reinanda Marizki Ramadhani*, Windy Keumala Budianti, Eylene Meisyah Fitri, Michael Sie Shun Ling, Windy Atika Hapsari</i>	99–103
Hidroksiklorokuin sebagai terapi ajuvan pada pemfigoid bulosa yang dicurigai akibat konsumsi ampicilin <i>Rudi Chandra*, Samuel Septrian Putranto, Marlina Sinaga</i>	104–108
Kombinasi laser fraksional CO ₂ dan <i>platelet-rich fibrin</i> sebagai terapi skar akne atrofi: Laporan kasus <i>Sonia Diovani*, Dwi Retno Adi Winarni, Sri Awalia Febriana, Miya Khalidah, Marcella Anggatama</i>	109–115

TINJAUAN PUSTAKA

Peran antioksidan pada melasma <i>Ninda Sari*, Nanda Earlia, Mimi Maulida</i>	116–121
--	---------

SPEKTRUM KAJIAN DERMATOLOGI, VENEREOLOGI, DAN ESTETIKA: DARI EDUKASI HINGGA PENATALAKSANAAN KLINIS

Edisi ke-2 MDVI tahun 2025 ini menghadirkan sepuluh artikel ilmiah yang merepresentasikan keberagaman topik dermatologi, venerologi, dan estetika serta pendekatan dalam praktik klinis dan akademik. Artikel-artikel terpilih terdiri dari 5 artikel asli, 4 laporan kasus, dan 1 tinjauan pustaka, yang telah dikaji oleh dewan redaksi untuk disajikan dalam edisi ini guna mendukung pemenuhan kebutuhan informasi ilmiah sejawat dokter spesialis dan calon dokter spesialis dermatologi, venerologi, dan estetika.

Lima artikel asli memperkaya literatur dengan data klinis yang edukatif dan relevan. Kajian retrospektif hemangioma infantil menyoroti karakteristik pasien mencakup awitan dan manifestasi klinis lesi serta faktor risiko di rumah sakit pusat rujukan, di Surakarta. Penelitian edukasi pencegahan skabies di lingkungan pesantren di Jatinangor, menunjukkan bahwa intervensi sederhana tetapi terukur memberikan hasil yang efektif dalam upaya pencegahan penularan skabies. Studi insidens penyakit kulit dan kelamin di RSUD Tangerang dengan hasil yang didominasi oleh vitiligo, sifilis, dan skabies bermanfaat untuk perencanaan layanan berbasis data. Sementara itu, data awitan kekambuhan pasca terapi secukinumab pada psoriasis vulgaris di RSUP Dr. Sardjito memberikan gambaran terkait efektivitas dan dinamika terapi biologik. Sedangkan, pemanfaatan *rapid diagnostic test* untuk frambusia pada anak di wilayah perbatasan Papua-Jayapura menginformasikan pentingnya metode diagnostik sederhana, cepat, dan aplikatif dalam menjawab tantangan penyakit tropis terabaikan di daerah dengan keterbatasan akses.

Laporan kasus dalam edisi ini turut memberikan berbagai informasi klinis yang bermanfaat. Mulai dari penggunaan hidoksiklorokuin sebagai terapi ajuvan pada pemfigoid bulosa pasca konsumsi ampisilin, hingga tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien sindrom

imunodefisiensi akuisita yang membutuhkan pendekatan selektif dan multidisiplin. Selain itu, kombinasi modalitas laser fraksional CO₂ dan *platelet-rich fibrin* menunjukkan pendekatan yang efektif dalam penatalaksanaan skar akne. Terdapat pula, kasus herpes zoster dengan manifestasi eritema multiforme bulosa pada pasien geriatrik imunokompromi yang mengingatkan kembali tentang pentingnya diagnosis tepat dan dini serta tata laksana yang adekuat pada pasien rentan.

Tinjauan pustaka dalam edisi ini mengangkat isu yang sering dijumpai dalam praktik sehari-hari, yaitu peran antioksidan dalam tata laksana melasma, dengan penjabaran terkait pendekatan patofisiologi dan strategi terapi aplikatif. Dengan demikian, beragam pendekatan dalam edisi ini turut memperkaya khasanah informasi ilmiah bagi penguatan praktik klinis yang aplikatif dan relevan dengan kebutuhan nyata di lapangan.

Kami menyampaikan terima kasih kepada para penulis, mitra bestari, dan pembaca setia yang terus mendukung kualitas publikasi MDVI. Semoga artikel-artikel dalam edisi ini bermanfaat bagi para pembaca serta menjadi inspirasi dalam pengembangan keilmuan dan praktik kedokteran.

*Nurdjannah Jane Niode
Tim Editor MDVI*

TANTANGAN TATA LAKSANA PSORIASIS VULGARIS BERAT PADA PASIEN SINDROM IMUNODEFISIENSI AKUISITA

Reinanda Marizki Ramadhani*, Windy Keumala Budianti, Eyleny Meisyah Fitri,
Michael Sie Shun Ling, Windy Atika Hapsari

Departemen Dermatologi dan Venereologi
FK Universitas Indonesia/RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Prevalensi psoriasis dilaporkan meningkat pada pasien sindrom imunodefisiensi akuisita (SIDA). Tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA merupakan tantangan tersendiri karena dibutuhkan pertimbangan terapi yang selektif untuk meminimalkan efek samping terutama pada kondisi imunokompromi. Resolusi lengkap psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA dilaporkan pada kasus ini. **Kasus:** Seorang laki-laki 37 tahun mengeluh bercak merah bersisik tebal pada kulit kepala, wajah, badan, dan kedua tungkai yang dirasakan memberat sejak 3 bulan lalu. Pasien memiliki riwayat SIDA namun putus obat. Pada regio kulit kepala, wajah, badan, dan ekstremitas ditemukan plak eritematosa, multipel, skuama putih kering kasar berlapis, *body surface area* 46,5%, skor *psoriasis area severity index* 39,6. Pasien diberikan fototerapi *narrowband* UV-B (NB-UVB), obat anti retroviral (ARV), terapi topikal, serta tata laksana dengan kelompok studi HIV/AIDS dan gigi mulut. **Diskusi:** Terdapat perbedaan alur tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA. Lini pertama, penggunaan ARV, fototerapi, terapi topikal dengan keterlibatan multidisiplin. Lini kedua retinoid oral dan bila rekalsitran baru dipertimbangkan pemberian obat non biologik atau obat biologik secara hati-hati. **Kesimpulan:** Pemilihan tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA memiliki alur berbeda karena harus sangat selektif dengan pertimbangan risiko dan manfaat yang sesuai. Terapi kombinasi fototerapi NB-UVB, terapi topikal, obat ARV, dan kerja sama multidisiplin pada kasus ini memberikan resolusi lengkap.

Kata kunci: psoriasis vulgaris berat, sindrom imunodefisiensi akuisita, tata laksana

SEVERE PSORIASIS VULGARIS TREATMENT CHALLENGES IN ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME PATIENT

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of psoriasis is increased in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Managing severe psoriasis vulgaris in AIDS patients is challenging, as it requires careful selection of therapy to minimize side effects particularly in immunocompromised conditions. In this case, we reported a complete resolution of severe psoriasis vulgaris in a patient with. **Case:** A 37-year-old man complained of thick scaly skin rashes on the scalp, face, trunk, and extremities that had worsened for three months. The patient had a history of AIDS but discontinued the medication. Scalp, face, trunk, extremities region multiple erythematous plaques with thick scales, *body surface area* was 46.5% and the *psoriasis area severity index* was 39.6. Patient was treated with narrow-band UV-B (NB-UVB) phototherapy, anti-retroviral therapy (ARV), topical therapy, and managed through multidisciplinary collaboration. **Discussions:** The management of severe psoriasis vulgaris in patients with AIDS differs from that in general population. First line therapy includes anti retroviral drug, phototherapy, topical therapy and collaboration with HIV/AIDS study group and dental department. The second line is oral retinoid and if still recalcitrant, non biologic or biologic agents should be cautiously considered to prevent severe side effects. **Conclusions:** Treatment selection for severe psoriasis vulgaris in AIDS patients requires a highly individualized approach with a careful assessment of risks and benefits. Combination therapy of NB-UVB phototherapy, topical therapy, ARV therapy, and multidisciplinary collaboration led to complete resolution of the condition.

Keywords: severe psoriasis vulgaris, acquired immunodeficiency syndrome, treatment

Masuk : 30 Agustus 2024
Revisi : 28 September 2024
Publikasi : 30 Juni 2025

*Korespondensi:

Jl. Diponegoro 71, Jakarta Pusat
Telp: 0816-707-990
E-mail: reinandamarizki@gmail.com

PENDAHULUAN

Psoriasis merupakan penyakit inflamasi kronik dimediasi oleh sistem imun adaptif yang ditandai oleh peradangan kulit, hiperplasia epidermis, dan gangguan psikososial.¹ Prevalensi psoriasis di dunia bervariasi antara 0,1-9% dengan prevalensi terendah di Asia dan tertinggi di Norwegia.^{1,2} Pasien dengan psoriasis seringkali memiliki komorbid lain yang dapat memengaruhi kondisi penyakit, tata laksana, dan prognosis. Pasien yang terinfeksi *Human immunodeficiency virus* (HIV) memiliki risiko tinggi untuk mengalami psoriasis.²

HIV adalah suatu retrovirus yang menyerang dan merusak sistem imun manusia secara bertahap sehingga menyebabkan defek pada sistem imun dan dapat menimbulkan manifestasi psoriasis atipikal maupun psoriasis derajat berat.³ Prevalensi psoriasis meningkat pada pasien yang mengalami infeksi HIV dan sindrom imunodefisiensi akuisita (SIDA) yaitu sebanyak 4-6%.⁴ Prevalensi ini lebih tinggi dibandingkan dengan psoriasis pada populasi umum.³ Selain itu, pasien psoriasis dengan HIV/AIDS lebih berisiko untuk gagal pengobatan yang biasa diberikan.⁴ Pemilihan tata laksana psoriasis terutama pada pasien dengan SIDA merupakan suatu tantangan bagi para klinisi karena keterbatasan pilihan terapi.³ Pertimbangan yang sangat seksama dibutuhkan untuk menentukan tata laksana pasien psoriasis dengan SIDA.

KASUS

Seorang laki-laki berusia 37 tahun mengeluh bercak merah bersisik tebal pada kulit kepala, wajah, badan, kedua lengan, siku dan kedua tungkai yang dirasakan memberat sejak 3 bulan lalu. Keluhan awal berupa timbulnya bercak merah yang terasa gatal sejak 15 tahun yang lalu, dimulai dari leher yang perlahan perlahan meluas ke wajah, dada, punggung, kedua lengan, siku dan kedua tungkai. Bercak awal berukuran kecil yang kemudian meluas sebesar telapak tangan. Pasien merupakan seorang penyandang SIDA sejak 8 tahun yang lalu dan diagnosis tersebut disampaikan kepada pasien pada saat kunjungan pertama untuk pengobatan psoriasis. Pasien mengonsumsi obat antiretroviral sejak 2015-2018 namun pasien putus obat. Sejak 1 tahun terakhir, terdapat perubahan bentuk kuku menebal dan bertekstur kasar. Pasien mengeluh kulit kepala sering berketombe, serta terdapat bercak merah disertai sisik kekuningan berminyak pada area dahi, dan sekitar alis sejak 3 bulan lalu.

Pada pemeriksaan fisik di area kulit kepala, *hairline*, dada, perut, punggung, kedua lengan, siku, bokong, kedua tungkai: plak eritematosa, multipel, lentikular-plakat, diskret-konfluens, sirkumskrip, dengan skuama putih kering kasar tebal berlapis. Skor *body surface area* (BSA): 46,5%, *psoriasis area severity index* (PASI): 39,6, *visual analog scale* (VAS) gatal: 3, dan indeks kualitas hidup dermatologi (IKHD): 14 (sangat



Gambar 1. Pemeriksaan saat kunjungan awal. Gambar (A-G) area kulit kepala, hairline, dada, perut, punggung, kedua lengan, siku, bokong, kedua tungkai: plak eritematosa, multipel, lentikular-plakat, diskret-konfluens, sirkumskrip, dengan skuama putih kering kasar tebal berlapis, BSA 46,5%, PASI 39,6, IKHD 14; (H) Pemeriksaan dermoskopi *red dotted vessels* terdistribusi homogen (panah merah), *pink background*, *white scale* (panah kuning).

berpengaruh terhadap kehidupan pasien). Kuku digiti 1-3 manus bilateral onikodiskolorasi kecoklatan, *nail pitting*, dan onikolisis. Kuku digiti 4-5 manus bilateral *nail pitting*, dengan *salmon patch*. Regio kuku digiti 1-5 pedis bilateral onikodiskolorasi kecoklatan, *nail pitting*, onikolisis dengan skor *nail psoriasis severity index* (NAPSI) total 41 untuk kuku tangan dan kaki. Area kedua alis, lipatan nasolabial ditemukan plak eritematosa, multipel, lentikuler-numular, sirkumskrip, dengan skuama putih kuning berminyak. Pada pemeriksaan dermoskopi regio lengan kiri didapatkan gambaran *red dotted vessels* terdistribusi homogen, *pink background*, *white scale*. Hasil pemeriksaan laboratorium CD4 150 sel/mm³. Pasien didiagnosis psoriasis vulgaris berat, psoriasis kuku, dermatitis seboroik, dan SIDA.

Pasien dikonsultasikan ke Bagian Gigi dan Mulut untuk evaluasi fokal infeksi dan ke Bagian Kelompok Studi Khusus HIV/AIDS terkait pemberian obat anti retroviral. Pasien diberikan terapi kombinasi fototerapi *narrowband* UV-B 330 mJ/cm² dengan dosis dinaikkan sebesar 20% tiap kunjungan, obat anti retroviral (kombinasi zidovudine 300 mg dan lamivudine 150 mg dua kali sehari, serta dolutegravir 50 mg satu kali sehari). Pasien diberikan juga terapi topikal berupa salep desoksimeson -0,25% dalam vaselin album yang dioleskan 2 kali sehari (pagi-sore), *liquor carbonis detergent* 5% dalam vaselin album yang dioleskan 2 kali sehari (siang-malam), *oleum cocos* oles 1 kali sehari pada kulit kepala diamkan semalaman, vaselin album yang dioleskan 2 kali sehari setelah mandi. Untuk dermatitis seboroik diberikan krim ketokonazol 2% dioleskan 2 kali

sehari pada wajah. Setelah 6 bulan terapi, didapatkan hasil BSA 0%, PASI 0, delta PASI 100%, IKHD:2 (berpengaruh ringan terhadap kehidupan pasien). Setelah pemberian terapi kombinasi, didapatkan resolusi lengkap.

DISKUSI

Pada kasus ini pasien memenuhi kriteria psoriasis vulgaris berat yaitu BSA > 10%, PASI > 10, dan IKHD > 10, disertai keterlibatan kuku yang merupakan area sulit untuk diterapi pada psoriasis. Pasien penyandang SIDA sejak tahun 2015. Psoriasis dapat dijumpai pada berbagai tahapan infeksi HIV, bahkan pada beberapa pasien dapat berupa penanda awal infeksi HIV.⁵ Pada pasien HIV/SIDA yang mengalami psoriasis, biasanya ditemukan bentuk atipikal dengan derajat berat, serta seringkali gagal dengan pengobatan yang umum digunakan.³

Terdapat berbagai modalitas terapi yang dapat diberikan pada pasien psoriasis vulgaris berat yaitu terapi topikal, fototerapi, terapi sistemik biologik dan non biologik. Terapi sistemik biologik dan non biologik bukan merupakan pilihan lini pertama pengobatan psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA, mengingat efek immunosupresif terapi sistemik yang dapat semakin memperburuk kondisi imunodefisiensi pasien. Selain itu, efek samping terapi sistemik seperti infeksi oportunistik dapat lebih mudah terjadi jika diberikan pada pasien yang mengalami SIDA.⁶ Sehingga, terdapat perbedaan alur tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA dengan pasien psoriasis vulgaris berat pada umumnya.

Terapi lini pertama pada pasien psoriasis vulgaris



Gambar 2. Pemeriksaan setelah 6 bulan terapi. Status dermatologikus: area kulit kepala, hairline, dada, perut, punggung, kedua lengan, siku, bokong, kedua tungkai: bercak hiperpigmentasi, multipel, diskret-konfluens, sirkumskrip. BSA 0%, PASI 0, delta PASI 100%, IKHD:2 (berpengaruh ringan terhadap kehidupan pasien).

derajat ringan-sedang dengan SIDA berupa terapi topikal antara lain emolien, steroid, tar, vitamin D analog (*calcipotriene*), tazaroten, kombinasi kalsipotriol dan betametason dipropionat.⁵ Penggunaan steroid potensi tinggi harus digunakan dengan hati-hati jika pasien mendapatkan ARV ritonavir atau cobicistat.⁷ Untuk psoriasis derajat sedang-berat, terapi lini pertama yang direkomendasikan adalah kombinasi fototerapi, terapi topikal, dan penggunaan obat antiretroviral.^{5,7} Fototerapi baik UVB atau PUVA dinyatakan aman untuk pasien psoriasis dengan HIV. Berbagai studi menunjukkan bahwa fototerapi dengan UVB tidak memengaruhi kadar *viral load*, kadar plasma HIV-1 dan CD4 pada pasien yang diterapi dengan UVB, bahkan setelah 3 tahun fototerapi pada pasien HIV dikatakan tidak terdapat infeksi oportunistik maupun keganasan.⁵

Berbagai studi juga melaporkan terdapat perbaikan klinis psoriasis pada pasien yang diterapi dengan ARV. Pada beberapa pasien SIDA dengan psoriasis, ARV bahkan dapat digunakan sebagai monoterapi. Terdapat studi yang melaporkan perbaikan lesi 90% pada 24 pasien psoriasis vulgaris dengan SIDA yang diberikan zidovudine.⁵ Terapi lini kedua dapat diberikan retinoid oral baik asitretin saja atau kombinasi asitretin dengan fototerapi dengan dosis yang sama seperti pada pasien non-HIV atau bisa lebih tinggi.^{5,7} Efikasi asitretin dinilai baik, dengan perbaikan sebesar 36% setelah pemberian selama 20 minggu, tanpa mengganggu sistem imun. Efek samping pemberian asitretin harus dimonitor ketat karena adanya risiko hipertrigliseridemia dan pankreatitis jika dikombinasikan bersama dengan ARV tertentu, misalnya zidovudin, efavirenz, dan *protease inhibitor*.⁵

Pada kasus yang *recalcitrant* dapat dipertimbangkan lini selanjutnya berupa penggunaan obat sistemik biologik dan non-biologik dengan sangat hati-hati.^{5,7} Untuk modalitas terapi obat sistemik non-biologik dapat dilakukan dengan pemberian metotreksat, hidroksiurea, dan siklosporin. Penggunaan siklosporin hanya diberikan kurang dari 12 minggu terutama pada kondisi yang membutuhkan respons terapi cepat seperti eritroderma, dan dilakukan dengan pemantauan ketat.⁸ Untuk obat biologik dapat diberikan anti TNF alpha (etanercept, infliximab), anti IL-17 (secukinumab), anti IL-12 dan IL-23 (ustekinumab), dan sebagainya.⁵ Efek samping penggunaan obat biologik antara lain risiko progresif multifokal leukoensefalopati akibat reaktivasi *John Cunningham virus*, infeksi kandida, dan tuberkulosis. Namun jika digunakan pada pasien SIDA dengan kondisi yang terkontrol, obat biologik dapat bermanfaat dan tidak mengganggu CD4 maupun *viral load*.⁷ Berdasarkan panduan dari the *American Academy of Dermatology and National Psoriasis Foundation (AAD-NPF)* penggunaan terapi sistemik biologik pada pasien

psoriasis dengan SIDA dapat diberikan jika CD4 lebih dari 200 sel/mm³ dan *viral load* terkontrol.^{3,9} Terdapat beberapa studi yang melaporkan efektivitas secukinumab pada pasien psoriasis vulgaris berat yang mengalami kekambuhan namun dengan CD4 > 200 sel/mm³ dan *viral load* yang terkontrol.³ Pemberian profilaksis infeksi oportunistik, monitor ketat kadar CD4, dan *viral load* harus dilakukan selama pemberian obat sistemik biologik dan non-biologik. Oleh karena itu pada pasien ini dipilih kombinasi fototerapi, terapi topikal disertai konsumsi obat antiretroviral. Menghindari faktor pemicu seperti alkohol, merokok, serta melakukan kerja sama multidisiplin juga sangat penting untuk dilakukan agar dapat diberikan tata laksana yang komprehensif.

KESIMPULAN

Pemilihan tata laksana psoriasis vulgaris berat pada pasien SIDA memiliki tantangan tersendiri dan alur yang berbeda karena harus sangat selektif dengan pertimbangan risiko dan manfaat yang sesuai. Terapi kombinasi fototerapi NB-UVB, terapi topikal, dan obat ARV pada kasus ini memberikan resolusi lengkap.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak ada.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada

DAFTAR PUSTAKA

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Dalam: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael A, dk. *Fitzpatrick's Dermatology* 9th ed. McGraw-Hill Education; 2019. p. 457–97.
2. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020. p. 369.
3. Gong J, Wu W, Qiu L, Wang X, Bao J, Wang J, Cheng L, Fu Z, Hu F. Interleukin-17A Inhibitor Secukinumab Treatment in HIV-Positive Psoriasis Patient: A Case Report. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022 Dec 30;15:2949-2956. doi: 10.2147/CCID.S395348. PMID: 36605452; PMCID: PMC9809383.
4. Fernandes, S., Pinto, G. M., & Cardoso, J. (2011). Particular clinical presentations of psoriasis in HIV patients. *International Journal of STD & AIDS*, 22(11):653–654. doi:10.1258/ijsa.2011.010525
5. (SIDA guideline) Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr, Gladman DD, Hsu S, Kalb RE, Lebwohl MG, Strober BE; National Psoriasis Foundation. Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Feb;62(2):291-9. doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.047. Epub 2009 Jul 31. PMID: 19646777.

6. Queirós N, Torres T. HIV-Associated Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* (Engl Ed). 2018 May;109(4):303-311. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.09.014. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29361272.
7. Lipworth AD, Freeman EE, Saavedra AP. Cutaneous manifestations of HIV and Human T-Lymphotropic Virus. Dalam: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael A, dk. *Fitzpatrick's Dermatology* 9th ed. McGraw-Hill Education; 2019. p. 3121–22.
8. Morar N, Willis-Owen SA, Maurer T, Bunker CB. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. Vol. 10, *The Lancet Infectious Diseases*. 2010. p. 470–8.
9. Xu J, Gill K, Flora A, Kozera E, Frew JW. The impact of psoriasis biologic therapy on HIV viral load and CD4+ cell counts in HIV-positive individuals: A real-world cohort study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. 2023. p. 1659–63.