

Dermatitis Kontak Iritan Et Causa Asam Salisilat Pada Lesi Post Herpes Zoster Thoracalis Sinistra

Diana Mayasari, Andika Yusuf Ramadhan

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis kontak iritan merupakan penyakit yang cukup sering mengenai masyarakat ditandai dengan 80% kasus dermatitis di Indonesia merupakan dermatitis kontak iritan. Insidensi dermatitis kontak iritan akibat obat di Indonesia mencapai 7,3 setiap 10.000 orang. Salah satu penyebabnya adalah penggunaan asam salisilat dengan konsentrasi >5%. Paparan asam salisilat dengan konsentrasi >5% pada lesi patologi seperti herpes zoster dapat menimbulkan dermatitis kontak iritan dengan efloresensi beragam dan lesi yang luas. Pria, 61 tahun datang ke poli penyakit kulit dan kelamin dengan keluhan sensasi panas dan nyeri serta timbul kemerahan pada kulit setelah penggunaan salep asam salisilat 12% pada lesi herpes zoster *thoracalis sinistra*. Sebelumnya pasien terdiagnosis herpes zoster dan sudah mengalami perbaikan, pasien lalu membeli dan menggunakan salep asam salisilat 12% dengan frekuensi 5 kali setiap hari selama 4 hari pada lesi herpes zoster. Efloresensi yang muncul setelah paparan asam salisilat 12% berupa *patches* eritematosa, sebagian hiperpigmentasi dengan permukaan berskuama disertai dengan papul berdistribusi diskret berukuran lentikuler hingga numular berbentuk ireguler dengan batas tak tegas disertai dengan likenifikasi. Pasien didiagnosis dengan dermatitis kontak iritan et causa asam salisilat dan herpes zoster perbaikan. Terapi yang diberikan berupa menghentikan paparan asam salisilat, pengobatan sistemik dan topikal. Pengobatan sistemik yang diberikan *ceterizine* 10 mg setiap 24 jam oral. Sedangkan pengobatan topikal yang diberikan berupa *deoxymethasone cream* serta *chloramphenicol cream* dioles setelah mandi 3 kali setiap hari.

Kata kunci: asam salisilat, dermatitis kontak iritan, herpes zoster

Irritant Contact Dermatitis Caused By Salicylate Acid On Post Left Thorax Herpes Zoster Lession

Abstract

Contact irritant dermatitis is common disease that affect society, it shown that 80% dermatitis cases in Indonesia is contact irritant dermatitis. Incidence of drugs related contact irritant dermatitis in Indonesia about 7,3 every 10.000 people. One of the cause of drugs related dermatitis contact irritant is usage of salicylic acid with concentration >5%. Salicylic acid exposure with a concentration of > 5% in pathologic lesions such as herpes zoster may produce irritant contact dermatitis with multiple eflorescence and extensive lesions. Male, 61 year-old came to dermatoveneurology clinic with complaints of heat, pain sensation and skin redness after used salicylic acid 12% salve on herpes zoster thoracalis sinistra lesion. Previously patients was diagnosed with herpes zoster and undergone improvement, than patients bought and used salicylic acid 12% salve with frequency 5 times a day for 4 days. Eflorescence that arise after exposure of salicylic acid 12% in the form of erythematous patches, partial hyperpigmentation with scaly surface accompanied by papule disks with the size of lenticular to numular and irregular-shaped distributed with borderless boundary and lichenification. Patient is diagnosed with irritant contact dermatitis caused by salicylic acid with herpes zoster resolution. Patients were treated by discontinuing exposure to salicylate drugs, systemic and topical treatments. Systemic treatment include ceterizine 10 mg every 24 hour oral. While topical treatment include deoxymethasone cream and chloramphenicol cream apply after bathing 3 times every day.

Keywords: contact irritant dermatitis, herpes zoster, salicylate acid

Korespondensi: Andika Yusuf Ramadhan, S.Ked., alamat: Jalan Kopi Ujung No 12 Rajabasa Bandar Lampung, Indonesia. 35145, HP 081282383819, email: andikayusufr@gmail.com

Pendahuluan

Dermatitis kontak merupakan bentuk respon inflamasi kulit terhadap paparan bahan atau substansi tertentu, dapat berupa alergen maupun bahan iritan.¹ Peradangan yang diakibatkan oleh paparan alergen dikenal dengan dermatitis kontak alergi (DKA). Sebaliknya, paparan terhadap bahan iritan disebut dengan dermatitis kontak iritan. Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah peradangan pada kulit yang ditandai dengan

timbul efloresensi berupa eritema, edema, dan *scale/skuama*.^{1,2}

Dermatitis kontak iritan merupakan salah satu penyakit kulit non infeksi yang cukup sering. Hal tersebut ditandai dengan 90% - 95% kasus dermatitis merupakan dermatitis kontak iritan di Amerika Serikat, sedangkan di Indonesia mencapai 80% dari keseluruhan kasus dermatitis.³ Pada populasi geriatri, angka kejadian berkisar 11%, yang terdiri atas dermatitis kontak adalah alergi dan dermatitis

kontak iritan.⁴ Pada populasi geriatri terjadi proses menua yang menyebabkan adanya perubahan degeneratif secara struktural, fisiologis, dan imunologis.⁴ Perubahan tersebut terjadi secara alamiah akibat penuaan intrinsik dan akumulasi kerusakan ekstrinsik oleh faktor lingkungan seiring bertambahnya usia.⁵

Dalam kehidupan sehari-hari, bahan iritan yang menyebabkan DKI meliputi air, deterjen, berbagai pelarut, asam, basa, bahan adhesi, cairan bercampur logam, kosmetik, minyak oles, dan substansi topikal lainnya.² Salah satu substansi topikal yang umum menyebabkan dermatitis kontak iritan adalah obat keratolitik. Insiden tahunan dermatitis kontak iritan terkait dengan obat mencapai 7,3 setiap 10.000 orang di Indonesia, yang umumnya menyerang lengan bawah dan telapak tangan.³ Obat keratolitik topikal yang umumnya digunakan secara *widespectrum* adalah asam salisilat. Salah satu efek dari penggunaan asam salisilat > 5% dengan penggunaan berkala dapat menimbulkan dermatitis kontak iritan.⁴

Pada dasarnya iritan merusak kulit dengan cara memindahkan lapisan minyak dan pelembab dari lapisan terluar, membiarkan iritan masuk ke struktur epidermis lebih dalam dan menyebabkan kerusakan lebih lanjut dengan cara memicu proses inflamasi.⁷ Proses penetrasi bahan iritan menuju epidermis sendiri dipengaruhi oleh hidrasi kulit, komposisi folikel rambut serta kadar keratinosit dan keadaan patologi pada kulit.⁷

Herpes zoster merupakan penyakit kulit infeksi dengan etiologi virus herpes zoster, umumnya diakibatkan oleh reaktivasi virus varicella zoster yang dorman pada ganglion simpatis dan kranial. Lesi yang ditimbulkan herpes zoster sendiri bergantung dengan jumlah dermatom yang terkena, sehingga lesi yang ditimbulkan cukup luas. Patologi kulit yang muncul pada herpes zoster terdiri atas degenerasi balon disertai dengan akantolisis keratinosit yang menyebabkan intraepidermal vesikel.² Keadaan patologi seperti akantolisis keratinosit merupakan salah satu faktor yang memperkuat penetrasi iritan menuju struktur dermis yang lebih dalam.^{2,3} Dalam hal ini penulis akan melaporkan kasus dermatitis kontak iritan pada pasien geriatri yang diakibatkan oleh paparan topikal asam salisilat 12%, sulfur presipitatum 10%, asam benzoat 5%, camphora 3% dan menthol 1% dalam

bentuk vehikulum *ointment* pada lesi post herpes zoster.

Kasus

Pria, 61 tahun datang ke poli penyakit kulit dan kelamin dengan keluhan utama berupa timbul rasa gatal disertai dengan panas sejak 5 hari yang lalu. Keluhan yang dirasa muncul pada bagian dada kiri dan menjalar kearah ketiak kiri. Keluhan nyeri bersifat kontinyu dan tidak terdapat aktivitas yang mempengaruhi keluhan. Pada kulit dada kiri hingga ketiak kiri, timbul kemerahan disertai dengan bentol-bentol kemerahan yang semakin lama semakin meluas. Sekitar 11 hari yang lalu, sebelum timbul keluhan pasien pergi ke puskesmas dan terdiagnosis herpes zoster *thoracalis sinistra* dan diterapi dengan asam mefenamat 500 mg 3 kali setiap hari peroral, asiklovir 800 mg 5 kali setiap hari peroral dan *clobetazole cream* yang dioles 3 kali setiap hari setelah mandi. Ketika obat *clobetazol cream* habis pasien mencari pengobatan sendiri dengan membeli obat salep dengan kandungan kandungan asam salisilat 12%, *camphora* 3%, mentol 1% dan asam benzoat 5%. Salep dioleskan pada lesi sebanyak 5 kali setiap hari setelah mandi. Keluhan gatal dan kulit kemerahan kemudian muncul setelah pemakaian salep pada hari ke 2 penggunaan salep tersebut. Ketika diolesi pasien mengaku awalnya keluhan hilang tapi semakin lama salep yang diolesi menimbulkan rasa gatal dan panas yang berlebih. Sejak diolesi salep tersebut bagian dada pasien semakin memerah dan menimbulkan bentol bentol pada area yang diolesi. Keluhan gatal yang awalnya hilang semakin berat ketika diolesi salep tersebut. Pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan tertentu, riwayat kontak dengan serangga ataupun bahan iritan sebelum gejala dirasakan disangkal. Riwayat konsumsi obat-obatan dalam jangka lama juga disangkal oleh pasien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, *compos mentis*, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,8°C dan *respiratory rate* 18 kali/menit. Status generalis didapatkan kepala, leher, thoraks, abdomen dalam batas normal. Pada status dermatologis didapatkan Regio *thoracalis pars linea midclavicularis sinistra* hingga *linea axilaris posterior* dengan efloresensi tampak *patches* eritematosa, sebagian hiperpigmentasi dengan permukaan

berskuama disertai dengan papul berdistribusi diskret berukuran lentikuler hingga numular berbentuk ireguler dengan batas tak tegas. Tampak likenifikasi pada sebagian bekas luka yang telah mengering.



Gambar 1. Efloresensi regio thoracalis

Pasien didiagnosis dengan dermatitis kontak iritan et causa asam salisilat dengan herpes zoster perbaikan. Pasien ditatalaksana dengan penatalaksanaan umum dan khusus. Tatalaksana umum meliputi :

- a. Memberikan penjelasan tentang penyakit yang sedang dialami pasien kepada pasien dan keluarganya.
- b. Memberikan informasi tentang penyebab dan prognosis penyakit yang dialami pasien, kepada pasien dan keluarganya. Serta meminta kerjasama keluarga pasien untuk merawat pasien.
- c. Menghentikan salep yang digunakan
- d. Tidak menggaruk bagian yang gatal terlalu kuat dan mengonsumsi obat secara teratur.

Tatalaksana khusus yang diberikan berupa pengobatan sistemik diberikan cetirizin 10 mg satu kali setiap hari. Pengobatan topikal yang diberikan berupa *deoxymethasone cream* 2 kali setiap hari dioles setelah mandi dan *chloramphenicol* 2% 3 kali setiap hari. Prognosis pada pasien ini adalah *bonam* untuk *quo ad vitam, quo ad functionam* dan *quo ad sanationam*.

Pembahasan

Diagnosis dermatitis kontak iritan pada pasien ini ditegakan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Berdasarkan

hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan hal-hal yang mendukung diagnosis yaitu:

1. Keluhan subjektif berupa gatal, panas dan kemerahan.
2. Penggunaan salep dengan konsentrasi asam salisilat 12%, sulfur presipitatum 10%, asam benzoat 5%, camphora 3% dan menthol 1% yang dioles dengan frekuensi 5 kali pada setiap hari setelah mandi.
3. Efloresensi yang muncul berupa patches eritematosa, hiperpigmentasi kulit, skuama, papul dan likenifikasi.

Berdasarkan poin diatas, dapat disimpulkan pasien mengalami dermatitis yang merupakan bentuk peradangan kulit pada agen non infeksi. Pada kasus ini pasien didiagnosis dengan dermatitis kontak iritan. Hal tersebut dikarenakan terdapat kecocokan antara gejala klinis yang dialami oleh pasien dengan kriteria diagnosis dermatitis kontak iritan. Dermatitis kontak iritan adalah suatu kelainan yang ditimbulkan oleh efek sitotoksik lokal langsung dari bahan iritan baik fisika maupun kimia, yang bersifat tidak spesifik, pada sel-sel epidermis dengan respon peradangan pada dermis dalam waktu dan konsentrasi yang cukup.⁹

Manifestasi dermatitis kontak pada geriatri umumnya mengacu pada gambaran dermatitis kontak secara umum.¹⁰ Gambaran klinis atau efloresensi DKI maupun DKA pada geriatri secara klinis bervariasi, yaitu dapat berupa eritematosa berskuama tanpa disertai vesikel rasa gatal maupun sensasi terbakar.¹⁰ Perubahan sistem imun pada populasi geriatri menyebabkan berkurangnya eritema sebagai tanda iritasi kulit yang dapat diobservasi. Sebagian besar dermatitis kontak bermanifestasi klinis subakut dan kronik.¹⁰ Namun apabila terdapat pajanan dengan iritan kuat, misalnya: asam kuat atau basa kuat, dapat bermanifestasi akut berupa vesikel dan area eritematosa yang sesuai pola distribusi pajanan. Petunjuk klinis yang paling dapat dipercaya adalah distribusi geografisnya.^{8,10}

Lokasi dan distribusi dermatitis dapat menjadi petunjuk penting diagnosis dermatitis kontak pada populasi usia lanjut. Dermatitis kontak awalnya terdapat pada area kulit yang terpajan.¹⁰ Namun dalam perkembangannya, dapat menyebar ke tempat lain yang lebih jauh baik dengan kontak yang tidak disengaja, atau dalam kondisi tertentu, misalnya

autosensitisasi.¹⁰ Pada DKI, kontak pertama dengan iritan dapat menimbulkan kelainan kulit.⁸ Diagnosis DKI mudah ditegakkan pada kontak dengan iritan kuat, misalnya: pajanan asam kuat, yang menimbulkan reaksi DKI akut dalam beberapa menit. Namun pajanan iritan lemah kronik yang dialami populasi geriatri menampilkan manifestasi klinis subakut maupun kronik, sehingga menjadi lebih sulit didiagnosis. Menurut Scalf et al. didapatkan kriteria diagnosis DKI pada pasien geriatri yang terangkum pada tabel 1.¹⁰

Tabel 1. Kriteria Diagnosis DKI pada Geriatri¹⁰

Kriteria Subjektif Mayor		Kriteria Subjektif Minor	
a.	Awitan dalam beberapa menit-jam setelah pajanan	a.	Awitan dalam 2 minggu setelah pajanan
b.	Gejala : nyeri, rasa terbakar, rasa tidak nyaman disertai gatal terutama pada awal kejadian	b.	Beberapa individu dalam lingkungan yang sama terkenan akibat adanya pajanan secara berkelompok
Kriteria Objektif Mayor		Kriteria Objektif Minor	
a.	Macula eritemotisa, hiperkeratosis dan fisura disertai dengan vesikulasi	a.	Lesi dermatitis dengan batas tegas
b.	Terjadi penyembuhan jika pajanan dihindari	b.	Kecenderunga kecil dermatitis meluas
c.	Hasil uji temple negatif terhadap allergen yang berhubungan	c.	Adanya vesikel disekitar bercak eritemotosa, erosi bula atau kelainan morfologis. Hal ini menandakan perbedaan konsentrasi maupun waktu kontak yang menggambarkan kerusakan kulit yang bervariasi.

Kriteria yang ditampilkan pada tabel 1, bertujuan untuk mempermudah klinisi dalam menegakan diagnosis dermatitis kontak iritan pada populasi geriatri. Hal tersebut dikarenakan perubahan struktur kulit serta sistem imun mempengaruhi reaksi inflamasi terhadap bahan iritan. Pada kasus ini didapatkan pasien geriatri yang memenuhi kriteria diagnosis mayor maupun minor yang terdiri dari: awitan muncul dalam hari hingga minggu pasca terpapar pajanan, gejala subjektif seperti nyeri disertai dengan gatal dan panas, serta efloresensi bercak eritemotosa, kelainan morfologis seperti likenifikasi, berskuama dan berbatas tegas. Serta Terjadi penyembuhan jika pajanan dihindari.¹⁰

Pada pasien ditemukan gejala klinis yang semakin memberat akibat pemberian obat salep. Dalam hal ini pasien menggunakan

salep yang mengandung asam salisilat 12%, sulfur presipitatum 10%, asam benzoat 5%, camphora 3% dan menthol 1% dengan frekuensi penggunaan sebanyak 5 kali. Tentunya dengan dosis dan durasi penggunaan obat salep tersebut menyebabkan efek sitotoksik terhadap kulit pasien sehingga menimbulkan efloresensi berupa eritema, edema, skuama dan likenifikasi.^{4,5}

Asam salisilat merupakan *monohydroxybenzoid acid* yang merupakan bagian dari *phenol acid*. Asam salisilat merupakan bahan metabolit aktif dari asetisaisilat obat dermatotopikal yang biasa digunakan pada kasus dengan patologi kulit hiperkeratosis yang bertujuan untuk *peeling* lapisan stratum korneum.⁷ Umumnya digunakan sebagai pada kasus *warts*, psoriasis, acne vulgaris dan dermatitis seboroik. Asam salisilat berperan dalam keratolitik dengan mencegah terjadinya fosforilasi oksidasi pada level seluler dan meningkatkan *metabolic rate*. Hal tersebut menyebabkan alterasi pada konsumsi oksigen, penggunaan glukosa intrasel dan produksi panas, sehingga menyebabkan *injury* pada sel yang diikuti dengan *peeling* dari keratinosit.¹¹

Penetrasi asam salisilat ke dalam epidermis dipengaruhi oleh beberapa keadaan yang terdiri atas keadaan patologi kulit, derajat hidrasi kulit dan vehikulum obat yang digunakan. Asam salisilat menyebabkan dermatotokisitas pada konsentrasi dan pajanan tertentu.¹² Berdasarkan data toksikologi asam salisilat, aplikasi asam salisilat dengan vehikulum *ointment* atau salep dengan konsentrasi 1% - 15% dapat menimbulkan *injury* pada epidermis dalam jangka waktu dua hingga 14 hari.¹¹ Efloresensi yang dapat muncul akibat pajanan asam salisilat sendiri berupa eritema, edema, fisura disertai dengan eksfoliasi keratin.¹² Pada dasarnya pajanan dermal, asam salisilat memiliki ambang batas toksisitas yang bervariasi, bergantung dengan jumlah konsentrasi asam salisilat dan frekuensi aplikasi asam salisilat. Sebagai contoh, asam salisilat 2% dengan bahan dasar *cream* non alkohol dengan pajanan 24 jam secara oklusif selama 5 hari dapat menimbulkan iritasi sedang. Pada pemeriksaan histopatologi ditemukan sel yang terpapar asam salisilat mengalami pembengkakan atau degenerasi bengkak keruh diikuti dengan eksfoliasi pada stratum korneum. Penambahan sulfur 3%-6%

pada asam salisilat 3% dapat mengakselerasi eksfoliasi dan menimbulkan dermatitis.¹¹

Pada kasus didapatkan pasien sebelumnya menderita herpes zoster thoracalis sinistra dan dalam terapi asiklovir, serta menggunakan salep yaitu vehikulum *ointment* dengan bahan dasar yang terdiri atas asam salisilat 12%, sulfur presipitatum 10%, asam benzoat 5%, camphora 3% dan menthol 1%. Berdasarkan literatur didapatkan bahwa penetrasi salisilat semakin baik dengan vehikulum *ointment*, status hidrasi yang pada kasus ini pasien mengoleskan salep setelah mandi, penambahan asam benzoat sebanyak 3%, serta penggunaan berulang dengan komposisi >5%.¹¹ Selain itu, kulit yang diolesi memiliki keadaan patologi berupa herpes zoster yang menyebabkan penetrasi iritan semakin kuat. Apabila dibandingkan komposisi salep yang digunakan, durasi, frekuensi aplikasi obat, keadaan patologi, serta cara pengolesan. Tentunya asam salisilat menjadi bahan iritan utama yang cocok pada penyakit pasien.¹³

Diagnosis banding yang mungkin pada kasus ini, terdiri atas neurodermatitis dan dermatitis kontak alergi. Diagnosis neurodermatitis dapat disingkirkan karena gejala klinis yang muncul pada pasien berupa timbul rasa gatal yang dipicu dengan penggunaan obat salep dan efloresensi yang muncul berupa *patches*, eritema dengan hiperpigmentasi dan disertai permukaan yang berskuama. Sedangkan, neurodermatitis gejala rasa gatal biasanya muncul pada fase istirahat, terkait dengan stress, rasa gatal yang sangat hebat hingga pasien dapat menggaruk menggunakan benda-benda kasar serta efloresensi yang dominan berupa likenifikasi dengan lokasi predileksi di regio *nuchae*, *dorsum pedis*, *lateral femur*, *gluteal* dan *terkadang brachium lateral*.^{3,4}

Diagnosis dermatitis kontak sendiri terdiri atas dermatitis kontak iritan dan dermatitis alergi. Apabila dilihat pada tabel 2 yang merupakan tabel perbandingan antara dermatitis akut alergi dan iritan. Terlihat bahwa pasien mengalami dermatitis iritan yang mana memiliki ciri khas berupa : gejala muncul akut, lesi awal berupa makula vesikel atau bula, disebabkan oleh bahan iritan dan onset pada kontak pertama. Pada kasus ini onset yang muncul berupa 2 minggu, lesi berupa vesikel disertai dengan makula, iritan pemicu berupa salep dan muncul saat kontak pertama.

Sehingga diagnosis pada kasus merujuk pada dermatitis kontak iritan.⁷

Tabel 2. Perbandingan DKI dan DKA^{1,2,3}

No.	DKI	DKA
a. Onset cenderung akut	a. Onset Cenderung kronik	
b. Semua orang bisa terkena	b. Hanya orang tertentu (riwayat alergi/sensitisasi) yang terkena	
c. Lesi awal berupa : makula, eritema, vesikel, bula, dan erosi.	c. Lesi awal berupa : makula, eritema, papula, melebar dari tempat awal	
d. Penyebab : iritan primer	d. Penyebab : alergen	
e. Tergantung konsentrasi bahan iritan dan status swar kulit. Terjadi jika bahan iritan melewati ambang batas	e. Tidak tergantung dengan konsentrasi. Konsentrasi rendah sekalipun sudah dapat memicu DKA. Bergantung pada tingkat sensitisasi	
f. Onset pada saat kontak pertama	f. Onset pada saat kontak berulang	

Terapi yang diberikan pada pasien ini berupa terapi umum dilanjutkan dengan terapi khusus. Terapi umum yang diberikan meliputi : edukasi terkait penyakit pasien yang meliputi penyebab, pencetus serta faktor yang memperparah penyakit, seperti penggunaan salep pencetus dan menggaruk lesi kulit.

Pada dasarnya penatalaksanaan pada DKI terdapat tiga prinsip utama, yaitu penghentian pajanan terhadap bahan iritan yang dicurigai, perlindungan bagian tubuh yang terpapar, dan penggantian bahan iritan dengan yang tidak bersifat iritan.³ Pajanan penyebab dermatitis kontak iritan dalam hal ini berupa salep dengan kandungan asam salisilat 12%. Sehingga penggunaan salep tersebut harus segera dihentikan dan dilanjutkan dengan terapi dermatitis kontak iritan berupa pemberian obat topikal disertai dengan sistemik.¹⁰

Pemilihan obat topikal untuk pasien geriatri cukup sulit, secara umum, bentuk sediaan salep lebih baik dari pada krim dalam pengobatan dermatitis kontak. Hal ini disebabkan sediaan salep umumnya memiliki potensi sensitisasi lebih rendah dibandingkan sediaan *cream*.¹⁰ Meskipun kortikosteroid topikal efektif untuk sebagian besar pasien dermatitis kontak, individu dengan keterlibatan lebih dari 25% area permukaan tubuh yang bertahan secara lokal dalam kulit selama berminggu-minggu setelah pajanan), mungkin

membutuhkan kortikosteroid sistemik.¹⁰ Kortikosteroid topikal tidak boleh digunakan terus menerus karena dapat menyebabkan takifilaksis dan beberapa efek samping merugikan, misalnya: atrofi dan stria. Katarak atau glaukoma dapat timbul selama aplikasi kortikosteroid topikal pada area periorbital.¹⁰ Pemberian kortikosteroid sistemik berperan terhadap osteoporosis dan dapat memperparah ulkus peptikum, hipertensi, serta diabetes melitus.¹⁰

Pengobatan sistemik yang dapat diberikan dapat berupa antihistamin yang bertindak sebagai antipruritus. Antihistamin yang dipilih sebaiknya disesuaikan dengan pekerjaan pasien, yang mana antihistamin generasi pertama memiliki efek sedatif yang cukup kuat.¹⁴ Sehingga penggunaan antihistamin generasi kedua seperti *cetirizine* dan *loratadine* lebih baik diberikan pada *day worker*.¹⁴

Simpulan

Dermatitis kontak iritan merupakan efek sitotoksik lokal langsung dari bahan iritan pada sel-sel epidermis, dengan respon peradangan pada dermis. Kerusakan kulit dapat diperparah ketika pasien memiliki patologi kulit penyerta. Penyakit kulit penyerta dapat memberikan efek penetrasi bahan sitotoksik kedalam sel, sehingga kerusakan yang timbul dapat bersifat luas dan parah. Telah ditegakan diagnosis dermatitis kontak iritan et causa asam salisilat pada lesi post herpes zoster. Diagnosis ditegakan berdasarkan kriteria diagnosis Sclaf et al pada pasien geriatri setelah pajanan asam salisilat 12% pada lesi post herpes zoster. Terapi yang diberikan mengacu pada terapi dermatitis kontak iritan pada geriatri menurut Sulistyaningrum et al yang meliputi menghentikan pajanan, pemberian obat topikal kortikosteroid dan obat simtomatik sistemik.

Daftar Pustaka

- Wolff K. Dermatitis. Dalam Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology 7th ed. Singapore; 2014.
- Djuand A. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 6. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010.
- Armando A, Taylor JS, Sood A. Irritant Contact Dermatitis. Dalam: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. USA: McGraw Hill; 2008.
- Watkins SA, Maibach HI. The hardening phenomenon in irritant contact dermatitis: an interpretative update. Contact Dermatitis. 2009; 60(3):123-30.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implication of skin aging: Cutaneous disorders in elderly. Am J Clin Dermatol. 2009; 10(2): 73-86.
- Helfrich YR, Sachs DL, Voorhees JJ. Overview of skin aging and photoaging. J Derm Nursing 2008; 20(3): 177-83.
- Fluhr JW, Akengin A, Bornkessel A, Fuchs S, Praessler J, Norgauer J, et al. Additive impairment of the barrier function by mechanical irritation, occlusion and sodium lauryl sulphate in vivo. Br J Dermatol. 2005; 153(1):125-31.
- Jacobs JJ, Lehé CL, Hasegawa H, Elliott GR, Das PK. Skin irritants and contact sensitizers induce Langerhans cell migration and maturation at irritant concentration. Exp Dermatol. 2006; 15(6):432-40.
- Bourke J, Coulson I, English J. Guideline for the Contact Dermatitis: an Update. British Journal of Dermatology. England; 2008:946-55.
- Sulistyaningrum SK, Widaty S, Triestianawati W, Soedarmi S, Saili S. Dermatitis kontak iritan dan alergi pada geriatri. Media Dermatol-venerologi Indonesia. 2011; (28):29-40
- Madan RK, Levitt. A review of toxicity from topical salicylic acid preparation. J Am Acad Dermatol. 2014; (4): 788-92.
- Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, McMillan N, Schauben JL. 2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 32nd Annual Report. Clin Toxicol (Phila). 2015; 53 (10):962-1147
- Pearlman BL, Gambhir R. Salicylate intoxication: a clinical review. Postgrad Med. 2009; 121(4):162-8
- Anderson PO, Knoben JE. Handbook of clinical drug data 10th ed. McGraw-Hill International; 2008.