



CASE REPORT

Management of Stomatitis Aphthous Recurrent in Patients with Multiple Systemic Diseases - Case Report

Audiawati Surachmin¹, Fathia Sabila², Ahmad Ronal¹, Nurfianti¹

¹ Department of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Universitas YARSI

² Dentist, Alumni of the Faculty of Dentistry, Universitas YARSI, Jakarta Indonesia

Abstract

Introduction: A 63 year old patient with multiple systemic diseases came in complaining that there were many ulcer in his oral cavity. Providing the best treatment for ulcers in the patient's oral cavity. **Case Report:** A 63 year old male patient came to RSGM YARSI on March 20 2019 with complaints of mouth ulcers on the left side of his tongue for the previous 3 days. The patient had a history of heart disease and hypertension for 8 years and had undergone heart surgery. History of stroke occurred 3 months ago. During the visit, the patient also informed that he was taking medication related to his illness. **Discussion:** The patient received garg therapy. Chlorhexidine gluconate 0.2% and ungt. Triamcinolone acetone 0.1% 5gr to reduce pain and eliminate bacteria and fungi. During the 1 week follow-up, there were still lesions but they were no longer painful. In the second week, the lesions had disappeared and healed. **Conclusion:** In this case, we found an ulcerated lesion on the patient's left ventral tongue. The cause of the lesion is unknown but is suspected to be predisposing factors such as drugs, systemic disease and poor oral hygiene conditions.

Keywords: SAR, Hypertension, Stroke.

Corresponding Author:

Email: audiawati@yarsi.ac.id

PENATALAKSANAAN SAR PADA PASIEN YANG DISERTAI DENGAN MULTIPLE PENYAKIT SISTEMIK – LAPORAN KASUS

Abstrak

Pendahuluan: Seorang pasien berusia 63 tahun dengan berbagai penyakit sistemik datang dengan keluhan banyak sariawan di rongga mulutnya. Memberikan perawatan terbaik untuk sariawan di rongga mulut pasien. **Studi kasus:** Seorang pasien laki-laki berusia 63 tahun datang ke RSGM YARSI pada tanggal 20 Maret 2019 dengan keluhan sariawan pada lidah sebelah kiri sejak 3 hari sebelumnya. Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi selama 8 tahun dan pernah menjalani operasi jantung. Riwayat stroke terjadi 3 bulan yang lalu. Pada saat kunjungan, pasien juga menginformasikan bahwa ia sedang mengonsumsi obat yang berhubungan dengan penyakitnya. **Pembahasan:** Pasien menerima terapi garg. Klorheksidin glukonat 0,2% dan ungt. Triamsinolon asetonida 0,1% 5gr untuk mengurangi rasa sakit dan menghilangkan bakteri dan jamur. Selama 1 minggu masa tindak lanjut, masih terdapat lesi namun sudah tidak terasa nyeri. Pada minggu kedua, lesi telah menghilang dan sembuh. **Kesimpulan:** Pada kasus ini, kami menemukan lesi ulserasi pada lidah ventral kiri pasien. Penyebab lesi tidak diketahui tetapi diduga karena faktor predisposisi seperti obat-obatan, penyakit sistemik dan kondisi kebersihan mulut yang buruk.

Kata Kunci: SAR, Hipertensi, Stroke

PENDAHULUAN

Stomatitis Aphthous Rekuren (SAR) atau yang lebih sering disebut sebagai 'sariawan berulang', adalah salah satu kondisi peradangan pada rongga mulut dengan ciri khas lesi ulserasi yang umum dijumpai pada anak-anak dan orang dewasa. Lesi ini adalah salah satu lesi oral yang sering menjadi keluhan karena adanya nyeri yang muncul. Kondisi inflamasi pada mukosa mulut menyebabkan rasa sakit saat aktivitas makan, menelan dan berbicara serta pada kondisi tertentu juga termasuk saat membuka dan menutup mulut. Gambaran khas SAR adalah ulserasi yang dapat sembuh sendiri terutama terjadi pada mukosa mulut yang tidak berkeratin. Ulserasi dapat sembuh secara spontan dalam waktu 7-14 hari. Etiologi belum diketahui hingga saat ini namun terdapat faktor predisposisi bersifat multifaktorial.¹ Prevalensi SAR dilaporkan bervariasi antara 0,9 dan 78%. Proporsi SAR di Indonesia menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 adalah 2,8% dengan persentase tertinggi pada rentang usia 15-24 tahun, yaitu sebanyak 3,7%.¹⁰ Kasus di Amerika Serikat tercatat prevalensi sebesar 0,89% pada orang dewasa dan 1,64% pada anak-anak. Kasus di Iran (2005), Jordania (2008), India (2010-2012) dan China (2013-2017) melaporkan prevalensi berkisar antara 25,2%, 70%, 21,7%, dan 27,17%. Rata-rata kasus tampaknya memuncak antara usia 10 dan 19 tahun dan frekuensinya menurun dengan bertambahnya usia pasien.² Pada Laporan kasus ini kami melaporkan temuan SAR yang terjadi pada pasien dengan riwayat multipel Penyakit sistemik. Diketahui beberapa faktor predisposisi yang dapat terjadi adalah perubahan pada kondisi sistemik diantaranya perubahan hormonal, defisiensi nutrisi, Imunodefisiensi, penyakit sistemik dan dugaan penggunaan obat-obatan secara polifarmako. Gangguan sistemik yang dilaporkan diantaranya defisiensi nutrisi yang menyebabkan anemia, Sindrom Behcet, Neutropenia siklik, Infeksi HIV, PFAPA, Arthritis reaktif, Sweet syndrome, Magic syndrome. Pasien pada laporan kasus ini diketahui selama bertahun-tahun memiliki riwayat penyakit jantung, Stroke dan Hipertensi

serta riwayat Infeksi COVID-19 baru-baru ini. Rongga mulut adalah bagian dari tubuh manusia yang merupakan refleksi yang jelas dari kondisi komprehensif jaringan heterogen dalam anatomi manusia.

STUDI KASUS

Pasien laki-laki berusia 63 tahun datang ke RSGM YARSI pada tanggal 20 Maret 2019 dengan keluhan terdapat sariawan pada bagian lidah sebelah kiri sejak 3 hari sebelumnya. Pasien mengeluhkan rasa sakit dan perih saat makan dan saat bangun tidur. Pasien mengatakan sebenarnya jarang mengalami sariawan. Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi sejak 8 tahun yang lalu dan sudah dilakukan tindakan operasi jantung. Riwayat stroke terjadi 3 bulan yang lalu. Saat kunjungan, pasien juga menginformasikan sedang mengonsumsi obat-obatan terkait penyakitnya, yaitu Lixiana®, Bioprexum®, V-bloc®, Atorvastatin®, dan Plavix®. Pasien mengaku terakhir kontrol memeriksakan ke dokter gigi ±7 bulan yang lalu. Keadaan umum pasien baik saat datang, kebiasaan menyikat gigi 2x sehari saat pagi dan malam hari dan pasien menggunakan gigi tiruan lepasan dengan kondisi mulai longgar.



Gambar 1. Ulser pada ventral lidah kiri

Pada pemeriksaan ekstra oral, bentuk wajah simetris dan oval, kelenjar limfe normal dan perioral terlihat sedikit kering. Pada pemeriksaan intra oral, ditemukan ulser tunggal pada ventral lidah kiri regio gigi 33 yang berbentuk oval, berukuran <1cm, berwarna putih kekuningan dengan halo eritema, berbatas jelas. Terdapat juga karies pada gigi 13, 15, 21, 22, dan 47.



Gambar 2. Kontrol 1 minggu tampak masih terdapat lesi pada ventral lidah kiri

Pada kunjungan pertama, pasien diberikan obat kumur *Chlorhexidine gluconate* 0,2% untuk dikumur 2x sehari saat pagi dan malam hari kemudian diberikan salep Kortikosteroid *Triamcinolone acetonide* 0,1% 5gr dioleskan 3x sehari pada lesi. Pada kunjungan kedua tanggal 27 Maret 2019 pasien datang untuk kontrol sariawan. Tampak masih terdapat lesi ulser, berwarna kemerahan namun nyeri sudah berkurang. Pada kunjungan ketiga tanggal 5 April

2019 pasien datang untuk control kembali. Pada pemeriksaan ekstra oral menunjukkan tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan intra oral, lesi terlihat sudah hilang dan sembuh.



Gambar 3. Kontrol 2 minggu tampak lesi sudah hilang dan sembuh

PEMBAHASAN

Oral aphthous atau SAR atau biasa yang dikenal sebagai sariawan berulang, sudah lama dikenal di Kedokteran gigi selama ribuan tahun. Istilah *aphthae* berasal dari kata Yunani *aphthi*, yang berarti “membakar” pertama kali digunakan oleh filsuf Hippocrates untuk menggambarkan rasa sakit yang terkait dengan gangguan secara umum pada mulut (Stomatitis Aphthous).³ Stomatitis Aphthosa Rekuren (SAR) merupakan penyakit paling umum yang mempengaruhi rongga mulut, ditandai dengan gangguan berulang pada mukosa mulut dengan bentuk ulser yang dalam. Dilaporkan 25% dari ulkus rekuren terjadi pada orang dewasa dan 40% pada anak-anak.³

Prevalensi SAR berjumlah sekitar 20% dari populasi. Stomatitis Aftosa Rekuren (SAR) dimulai pada akhir masa kanak-kanak, antara usia 10 dan 20 tahun dan terus berlanjut telah ditemukan lebih umum di kalangan perempuan daripada laki-laki. Etiologi SAR masih belum jelas tetapi secara sementara dikaitkan dengan faktor lingkungan dan genetik, termasuk; stres, trauma kimia atau fisik, infeksi, penyakit sistemik, disfungsi hormon, defisiensi nutrisi (seng, folat dan vitamin B12), alergi makanan (misalnya; coklat, kopi, kacang tanah, sereal, almond, dan keju).⁴ Trauma lokal, faktor genetik, defisiensi nutrisi, infeksi virus dan bakteri, dan gangguan kekebalan atau endokrin semuanya telah terlibat sebagai faktor etiologi dari ulserasi oral yang sering.³

Tingkat keparahan stomatitis diwakili oleh salah satu dari tiga sub tipe. Tiga bentuk dari SAR yaitu: Minor pada >70% kasus, Mayor (10%), dan Herpetiform (10%). Ketiga sub tipe ini berbeda dalam morfologi, distribusi, keparahan, dan prognosis. Terlepas dari karakteristiknya yang berbeda, semua bentuk tipe lesi memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup dan mengganggu kegiatan sehari-hari.³

Patogenesis SAR masih belum jelas. Banyak faktor yang terkait dengan pembentukan penyakit ini, termasuk riwayat keluarga, hipersensitivitas makanan, riwayat berhenti merokok, stres psikologis dan gangguan kekebalan tubuh. Namun, untuk bukti ini, seringkali kurang dibuktikan dengan analisis risiko statistik. Disregulasi kekebalan terkait dengan beberapa pemicu dapat menyebabkan terjadinya SAR.

Peran sistem imun dan proses inflamasi diketahui memiliki peranan dalam analisis bioinformatika. Diketahui bahwa respon hiperimun tipe-Th1 mendukung reaksi inflamasi sebelum timbulnya ulserasi. Selain itu, faktor risiko genetik dapat menentukan kerentanan individu terhadap SAR; khususnya, pada polimorfisme DNA dari reseptor NOD-like 3, toll-like receptor 4, interleukin (IL) -6, E-selectin, IL-1 β dan TNF- α gen. Namun, meskipun sejumlah besar faktor diperiksa, penyebab mendasar yang memicu ulser masih belum dapat dijelaskan.⁵

SAR Minor

SAR minor merupakan bentuk SAR yang paling umum dan sekitar >70% pasien memiliki lesi jenis ini. Minor aphthous dapat melibatkan mukosa non-keratin di rongga mulut (mukosa labial dan bukal, bagian mulut dan permukaan ventral atau lateral lidah). Selain itu, ulser biasanya terkonsentrasi di bagian anterior mulut.⁶ SAR minor biasanya terjadi pada pasien yang berusia 5 hingga 19 tahun. Karakteristik dari tipe ini, yaitu ditandai oleh beberapa ulserasi bulat <10mm, superfisial, dan disertai pseudomembran berwarna abu-abu dan haloeritematososa.³

Klasifikasi SAR minor tidak tergantung pada dimensi lesi saja, tetapi pada sejumlah tampilan klinis lainnya seperti jumlah ulser dari 1 hingga 5, bentuk ulser agak bervariasi sesuai dengan lokasi lesi, lebih bulat pada mukosa labial atau bukal (Gambar 4) dan memanjang di sulkus bukal. Aphthae minor tidak menyebabkan jaringan parut meskipun bertahun-tahun mengalami ulserasi berulang dan cenderung sembuh dalam 10-14 hari.⁶



Gambar 4. SAR Minor⁶

SAR Mayor

SAR mayor, kurang umum terjadi dibandingkan lesi SAR minor (sekitar 10-15% dari semua SAR). Lesi ini memiliki penampilan yang mirip dengan SAR minor; namun, diameternya >10 mm, lebih dalam, sering menimbulkan bekas luka seperti jaringan parut dan dapat bertahan selama berminggu-minggu hingga berbulan-bulan (Gambar 5). Lesi ini memiliki kecenderungan muncul pada bibir, lidah, palatum lunak, dan faucet palatal dan menyebabkan nyeri dan disfagia yang signifikan. SAR mayor juga sering ditemukan pada pasien imunodefisiensi seperti pada pasien yang terinfeksi *human immunodeficiency virus* (HIV). Aphthae mayor menimbulkan risiko jaringan parut yang signifikan.⁶



Gambar 5. SAR Mayor⁶

SAR Herpetiformis

SAR herpetiform hanya merupakan 5-10% dari semua kasus SAR. Terdapat kemiripan istilah ini dengan infeksi virus herpes simpleks (HSV). Ulkus herpetiformis berukuran kecil (1-2 mm) dan beberapa ulser muncul secara multipel (jumlah 5-100) pada saat bersamaan (Gambar 6).

Meskipun setiap mukosa mulut non keratin mungkin terlibat, lokasi khas yang terkena adalah margin lateral dan permukaan ventral lidah dan bagian mulut. Ulser dapat berwarna abu-abu dan tanpa batas eritematosa.⁶ Ulser ini memiliki ukuran kecil, menyebabkan nyeri, dan dapat membuat aktivitas makan dan berbicara menjadi sulit. Terjadinya ulser dapat berlangsung selama sekitar 7-14 hari, dan periode remisi bervariasi. Ulser herpetiform dapat bergabung untuk membentuk area yang lebih luas. Pasien yang terkena sebagian besar adalah perempuan dan umumnya ulser tersebut memiliki onset usia lebih tua daripada jenis SAR lainnya.⁶ Terlepas dari sub tipe, lesi SAR dapat menghambat kemampuan seseorang untuk berbicara, menelan, dan pemeliharaan kesehatan gigi secara efektif.³



Gambar 6. SAR Herpetiformis⁶

Faktor predisposisi dari SAR yang telah diketahui diantaranya yaitu:⁶

- **Perubahan hormon**

McCullough et al., melaporkan bahwa pasien wanita dengan SAR terkait timbulnya ulserasi oral dengan siklus menstruasi, kehamilan, dan dismenore. Telah dilaporkan bahwa SAR biasanya membaik selama kehamilan, mungkin juga dipengaruhi oleh perubahan hormone selama kehamilan.⁶

- **Trauma**

Pasien SAR sering melaporkan terdapat ulser aphthous di lokasi trauma, terutama karena menyikat gigi atau missal pada kasus tempat injeksi anestesi lokal dan perawatan gigi.⁶

- **Obat-obatan**

Boulinguez et al., melaporkan bahwa ada hubungan antara penggunaan beberapa obat seperti (natrium hipoklorit - piroksikam - fenobarbital - fenindione - asam niflumic - nicorandil – gold salts - kaptopril) dan SAR. Lebih lanjut, penggunaan obat lain seperti obat antiinflamasi non-steroid (NSAID, mis., Asam pro-propionat, asam fenilasetat, dan diklofenak) dapat merangsang pembentukan ulser oral.⁶

- **Hipersensitivitas makanan**

Beberapa makanan seperti coklat, kopi, kacang tanah, sereal, almond, stroberi, keju, tomat, dan tepung terigu (mengandung gluten) dapat terlibat pada beberapa pasien. Besu et al., melaporkan bahwa ada hubungan yang kuat antara kadar protein serum anti-sapi serum tinggi imunoglobulin A (IgA), antibodi IgG dan IgE dan manifestasi klinis pada ulser aphthous rekuren.⁶

- **Hereditas**

Riwayat keluarga mungkin memiliki peran dalam pembentukan SAR dan laporan kasus dalam keluarga yang sama muncul dalam 24-46% kasus. Ulser cenderung terjadi lebih awal dan lebih parah dalam kasus pada mereka yang tidak memiliki riwayat keluarga dan pada pasien dengan riwayat keluarga SAR.⁶

- **Penyakit sistemik yang berhubungan dengan SAR**

Gangguan sistemik yang berhubungan dengan lesi SAR adalah defisiensi nutrisi yang mengarah ke anemia, sindrom Behçet, neutropenia siklik, infeksi HIV, PFAPA, artritis reaktif, Sweet's sindrom, sindrom Magic.⁶

Penyakit Behçet adalah kelainan multisistemik yang ditandai oleh ulkus oral dan genital dan kulit (eritema nodosum, vaskulitis pustular), okular (uveitis anterior atau posterior), artritis, vaskular (baik vaskulitis arteri dan vena), sistem saraf pusat (keterlibatan saraf vaskulitis) dan keterlibatan pencernaan. Prevalensi penyakit ini dilaporkan 1: 250 hingga 1: 1000 di Turki dan 0,1: 100.000 hingga 0,6: 100.000 di AS dan Eropa utara.⁶

Stomatitis aftosa merupakan kelainan yang berpotensi melemahkan pada orang yang terinfeksi HIV, sekitar 5-15% pasien terinfeksi HIV mengembangkan stomatitis aftosa. Meskipun lesi oral aphthous dapat terjadi pada orang yang imunokompeten, tetapi biasanya lesi ini lebih terbatas daripada yang terlihat pada orang dengan penekanan kekebalan. Orang yang terinfeksi HIV secara khas memiliki ulser oral yang lebih besar, lebih menyakitkan, sembuh lebih lambat, dan lebih sering kambuh dibandingkan dengan orang yang imunokompeten.⁶

Pada neutropenia siklik, sirkulasi neutrofil berkurang atau bahkan tidak ada untuk sementara waktu. Penyakit ini ditandai dengan episode demam periodik yang dimulai selama masa bayi dan dikaitkan dengan otitis, furunkel, mastoiditis, dan SAR.⁶

Lesi aphthous oral juga dapat dikaitkan dengan sindrom PFAPA, 5-7 artritis reaktif (Reiter's syndrome), 5-7 sindrom Sweet "dermatosis neutrofilik demam akut" 3-7 dan Magic Syndrome.⁶ Diagnosis SAR didasarkan pada pemeriksaan yang cermat. Biopsi insisional atau eksisi ulser direkomendasikan hanya dalam kasus-kasus yang sulit dipastikan, misal ketika dicurigai adanya penyakit mulut berupa ulser dengan keganasan. Karakteristik mikroskopis SAR diketahui tidak spesifik. Lesi pre-ulseratif menunjukkan sel mononuklear amonatory subepithelial dengan sel mast yang melimpah, edema jaringan ikat dan neutrofil yang melapisi margin. Kerusakan pada epitel biasanya dimulai pada lapisan basal dan berkembang melalui lapisan akhirnya mengarah ke ulserasi dan permukaan eksudasi.⁵

Perawatan SAR menjadi pengalaman yang dapat menyulitkan bagi dokter gigi, karena sangat sulit untuk menentukan penyebab pasti dari lesi termasuk faktor predisposisi yang berperan. Oleh karena itu, tujuan utama perawatan diarahkan untuk mengurangi gejala dan mengurangi keparahan serta durasi ulser termasuk juga tindakan pencegahan berulangnya lesi. Bentuk terapi berkisar dari aplikasi topikal hingga pemberian obat sistemik secara sistemik. Perawatan yang akan dimulai secara praktis juga tergantung pada tingkat keparahan ulser yang terkait dengan penyakit sistemik.⁷

Beberapa pasien memiliki episode SAR yang berlangsung hanya beberapa hari, hanya terjadi beberapa kali setahun, yang mungkin memerlukan terapi paliatif untuk mengatasi rasa nyeri dan tindakan penjagaan kebersihan mulut yang baik. Penggunaan obat dipertimbangkan untuk pasien yang mengalami beberapa kali episode SAR disertai dengan gejala nyeri hebat dan sulit mengunyah makanan. Dokter gigi harus menentukan kemungkinan adanya dampak kekurangan gizi atau riwayat alergi sebelum memulai pemberian terapi obat untuk SAR. Kozlak et al., menyarankan bahwa mengonsumsi vitamin B12 dan asam folat dalam jumlah

yang cukup mungkin merupakan strategi yang berguna untuk mengurangi jumlah dan durasi episode SAR. Pengobatan konvensional SAR termasuk Glukokortikoid dan terapi Anti mikroba, yang dapat diaplikasikan dalam bentuk topical pasta, obat kumur, suntikan intralesi dan pemberian obat secara sistemik dengan per oral. Anestesi topikal seperti lidokain hidroklorida 2% juga dapat digunakan untuk meredakan nyeri.⁶

Beberapa contoh obat yang diberikan pada SAR, yaitu:

- **Topical therapy**

Saat ini, manajemen SAR ditujukan untuk perawatan suportif. Tidak ada pengobatan farmakologis yang bersifat menyembuhkan, meskipun beberapa modalitas telah efektif dalam mengurangi rasa sakit dan eritema serta meningkatkan tingkat reepitelisasi yang terkait dengan penyembuhan lesi. Dianjurkan untuk melakukan perawatan secara bertahap, menetapkan perawatan yang sesuai untuk pasien, dan mencari kemungkinan faktor predisposisi.³

Beberapa obat topikal dengan mekanisme berbeda efektif dalam menangani lesi SAR. Pengobatan topikal ditujukan juga untuk pencegahan super infeksi, perlindungan ulser, analgesia, mengurangi peradangan, dan mengobati ulser aktif misal dengan memberikan *Chlorheksidin gluconate* 0,2% kumur kepada semua pasien dengan SAR dengan dosis yang disesuaikan untuk setiap pasien dengan tujuan untuk mengurangi kemungkinan superinfeksi dengan bakteri gram positif dan gram negatif serta jamur. Selain itu, secara in vitro, obat kumur ini telah terbukti memiliki aktivitas melawan virus seperti virus herpes simpleks [HSV], Citomegalovirus [CMV], Influenza, dan virus syncytial pernapasan [RSV]. *Chlorhexidine gluconate* juga efektif dalam menghilangkan dan mencegah pembentukan biofilm yang biasa ditemukan dalam rongga mulut.³

- **Topical gel, cream, ointments**

Obat-obatan topikal diberikan pada target lesi; oleh karena itu, lebih baik menggunakan berbagai jenis bahan adhesif dalam bentuk obat racikan. Kortikosteroid topikal dapat mengatasi proses inflamasi yang terkait dengan terjadinya aphthae. Obat-obatan tersebut dapat bekerja pada limfosit dan mengubah respons sel efektor terhadap endapan imunopatogenesis (misal pada terjadinya Trauma dan reaksi hipersensitivitas makanan). Kenalog® banyak digunakan secara Orabase. Meng et al., telah mengindikasikan bahwa salep adhesif oral Amlexanox® sama efektif dan amannya dengan tablet adhesive oral Amlexanox® dalam perawatan SAR minor. Namun sediaan pasta tampaknya lebih nyaman digunakan jika dibandingkan dengan bentuk sediaan tablet. Beberapa glukokortikoid topikal seperti Fluocinonide dan Clobetasol mungkin lebih disukai bila digunakan langsung atau dicampur dengan orabase.⁶

- **Pengobatan sistemik**

Penggunaan obat ini di indikasikan untuk ulserasi yang parah dan terus-menerus terjadi, serta manajemen topikal tidak efektif dalam kasus ini. Prednisolon dan Colchicine dosis rendah keduanya efektif dalam mengobati SAR. Mengingat bahwa kedua terapi memiliki kemanjuran yang serupa, namun Colchicine dikaitkan dengan lebih banyak efek samping. De Abreu et al., melaporkan bahwa Clofazimine harus dipertimbangkan untuk pengobatan SAR. Selain itu, Weckx et al., melaporkan bahwa Levamisole tidak efektif dalam pengobatan profilaksis SAR. Kaya et al., melaporkan Levamisole yang aktif secara imunologis, yaitu senyawa tromimetik untuk mengatur reaksi imun yang dimediasi sel dengan mengembalikan fungsi limfosit T perifer dan fagosit dengan merangsang prekursor limfosit T untuk berdiferensiasi menjadi sel dewasa.⁶

Manifestasi oral pada kelainan sistemik

Fakta yang dapat diterima secara wajar bahwa rongga mulut adalah bagian dari tubuh manusia adalah refleksi yang jelas dari kondisi komprehensif jaringan heterogen dalam anatomi manusia. Mayoritas kondisi patologi memiliki manifestasi awal biasanya di rongga mulut. Jadi sangat disarankan bahwa tidak hanya dokter gigi tetapi juga tenaga medis lainnya harus memiliki keterampilan dan visi terbaik untuk mengidentifikasi tanda-tanda patologi baik pada jaringan lunak maupun jaringan keras di rongga mulut yang dapat mengalami gejala klinis seperti lesi, perubahan warna atau hilangnya jaringan yang terkait dengan penyakit sistemik. Sebagian besar penyakit sistemik kini telah dapat diidentifikasi dan dikaitkan dengan kondisi spesifik patologi oral yang terbukti patognomonik untuk kondisi tersebut.⁸

Penyakit yang dimiliki oleh pasien pada laporan kasus ini adalah Stroke iskemik yang merupakan penyakit yang disebabkan karena berkurangnya pasokan darah ke otak yang menyebabkan kematian sel-sel otak. Pengurangan pasokan darah disebabkan oleh pembentukan bekuan darah atau trombus di dalam pembuluh darah. Berbagai penelitian telah mengaitkan juga penyakit periodontal dengan stroke iskemik.⁹

Kim et al., dalam studi kasus-kontrol mereka, menemukan hubungan yang signifikan antara periodontitis dengan stroke iskemik. Lesi periodontitis atau patologi oral lainnya, seperti karies, atau osteitis periapikal diketahui melibatkan mikroorganisme patogen periodontal yang melepaskan endotoksin dalam sirkulasi sistemik. Bakteri patogen oral, sitokin, dan LPS dalam sirkulasi sistemik dapat meningkatkan kejadian Aterosklerosis dan mempengaruhi pembekuan darah, fungsi trombosit, dan sintesis PG, sehingga berkontribusi terhadap timbulnya stroke iskemik. Laporan kasus mayoritas menyarankan fokus infeksi oral primer seperti kebersihan mulut yang buruk, periodontitis, abses gigi, mucositis dengan ulserasi oral sebagai sumber infeksi dan berkontribusi faktor risiko dalam perkembangan penyakit SSP.⁹

Pada pasien ini juga diketahui memiliki *Cardiovascular disease* (CVD) yang merupakan penyebab kematian terbesar di dunia. CVD mencakup penyakit jantung koroner (PJK), serta gagal jantung kongestif, stroke serebrovaskular, penyakit arteri perifer, penyakit arteri karotis, dan penyakit aortoiliac. Aterosklerosis adalah bagian dari patogenesis dalam perkembangan PJK. Endapan plak aterosklerotik pada lapisan dalam dinding arteri menandai proses ini. Aterosklerosis terkait erat yang melibatkan kompleksitas dinamika genetik dan lingkungan. Inflamasi dalam arteri memiliki peran definitif dalam perkembangan aterosklerosis yang diperdebatkan selama beberapa tahun terakhir. Beberapa karya ilmiah epidemiologis telah mengidentifikasi hubungan antara tingkat tinggi reaktan fase akut seperti protein C-reaktif (CRP), brinogen, serum Amiloid A dengan aterosklerosis dan risiko terkait terjadinya CVD/PJK.⁸

Konsep kesehatan mulut yang buruk, seperti penyakit periodontal yang parah atau kronis, termasuk ulser di rongga mulut dapat membuat pasien berisiko mengalami berbagai penyakit sistemik seperti CVD. Kebiasaan menyikat gigi dengan metode yang salah juga dapat mengakibatkan peningkatan kadar *C-reactive protein* (CRP) dalam darah.⁸

KESIMPULAN

Pada kasus ini, kami menemukan adanya lesi ulser pada bagian ventral lidah kiri pasien. Pasien memiliki riwayat penyakit sistemik, yaitu gangguan jantung, hipertensi, dan stroke. Lesi yang ditemukan yaitu SAR minor. Tanda dan gejala klinis dari lesi ini yaitu berwarna putih kekuningan dengan haloeritema. Penyebab dari munculnya lesi tidak diketahui tapi dicurigai dari faktor predisposisi seperti obat-obatan, dan penyakit sistemik serta kondisi kebersihan mulut yang kurang baik. Masih perlunya penelurusan lebih mendalam pada kasus ini dengan

melakukan kontrol rutin pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Puri N, Gill JK, Kaur H, Kaur N, Kaur J. Recurrent aphthous stomatitis: Therapeutic management from topicals to systemics. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 2015 Apr 1;3(2):165.
2. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomedical Reports*. 2019 Aug 1;11(2):47-50.
3. Edgar NR, Saleh D, Miller RA. Recurrent aphthous stomatitis: a review. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*. 2017 Mar;10(3):26.
4. Yuliana Y, Winias S, Hendarti HT, Soebadi B. Recurrent trauma-induced aphthous stomatitis in adjustment disorder patients. *Dental Journal (Majalah Kedokteran Gigi)*. 2019 Sep 30;52(3):163-7.
5. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomedical Reports*. 2019 Aug 1;11(2):47-50.
6. Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. *Journal of international oral health: JIOH*. 2015 May;7(5):74.
7. Puri N, Gill JK, Kaur H, Kaur N, Kaur J. Recurrent aphthous stomatitis: Therapeutic management from topicals to systemics. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 2015 Apr 1;3(2):165.
8. Pala A, Chowbey R, Sonvanshi N, Patel D, Shah A, Venkatesh C. A review on oral manifestations of systemic diseases. *Int J Oral Health Med Res*. 2016;2(6):131-2.
9. Patil R, Gondivkar SM, Gadbail AR, Yuwanati M, Mankar M, Likhitar M, Sarode S, Sarode G, Patil S. Role of oral foci in systemic diseases: An update. *International Journal of Contemporary Dental & Medical Reviews*. 2017;2017.
10. RI K. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta; 2018.181-187.