

Penatalaksanaan Ulser Kronis pada Kedua Lateral Lidah

Laporan Kasus

Nirmala D., Palmasari A., Nafi'ah., Isidora KS., Lukisari C

Dosen dan Mahasiswa FKG UHT, Jl Arif Rahman Hakim 150, Surabaya 60111

Kontak person : Nirmala D.: HP.: 081 347 694 194., e-mail : nirmala.dewi@hotmail.com

Abstrak

Latar belakang. Ulser adalah lesi yang paling umum yang terjadi di dalam rongga mulut. Stomatitis aftosa rekuren (SAR) adalah salah satu lesi dan biasanya sembuh dalam waktu maksimal 14 hari. Ulser lain yang disebabkan trauma, akan sembuh ketika trauma dieliminasi. Posterior lateral lidah merupakan tempat yang sering ulser yang persistensi akan menjadi ganas. **Kasus.** Seorang wanita berusia 54 tahun, mengeluhkan rasa sakit di seluruh mukosa rongga mulutnya, rasa sakit itu berulang sejak suaminya meninggal sekitar 5 tahun yang lalu. Beliau telah mengunjungi beberapa dokter, mengkonsumsi banyak obat-obatan modern atau tradisional akan tetapi ulser masih persisten. **Tatalaksana,** mencatat semua riwayat secara cermat dan teliti, dan mengirim untuk melakukan FNAB di Rumah Sakit Dr Ramelan. Hasilnya adalah infeksi peradangan supuratif kronis. Beliau diberi vitamin, obat kumur, antasida dan kortikosteroid secara oral, ditambah beberapa obat-obatan yang diharapkan dapat meningkatkan kondisinya umumnya. **Simpulan.** Beberapa terapi ulser kronis pada lateral posterior lidah harus didukung dengan pemeriksaan HPA.

Kata kunci : Ulser, kronik, lateral lidah

Ucapan terima kasih penulis kepada pasien untuk izin kasus yang akan disajikan dalam acara ini.

PENDAHULUAN

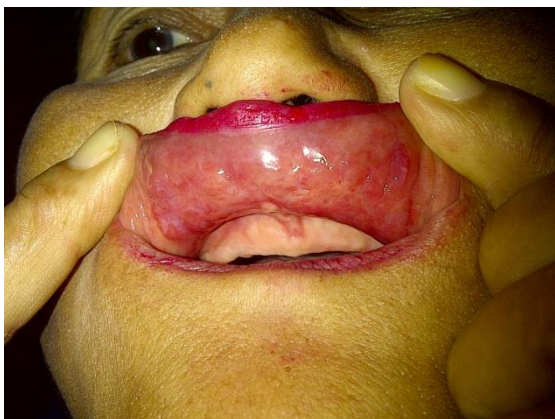
Ulser rongga mulut berulang adalah salah satu masalah yang paling umum dilihat oleh dokter yang mengelola penyakit mukosa rongga mulut. Ada beberapa penyakit yang harus dimasukkan dalam diagnosis diferensial dari seorang pasien yang hadir dengan riwayat ulser berulang dari mulut, termasuk stomatitis aftosa rekuren^{1,2}.

Stomatitis Aftosa Rekuren (SAR) adalah kelainan yang ditandai dengan ulser yang rekuren terbatas pada mukosa rongga mulut, pada pasien tanpa tanda-tanda lain dari penyakit. Banyak spesialis dan peneliti dalam pengobatan rongga mulut tidak lagi mempertimbangkan SAR menjadi penyakit tunggal, melainkan beberapa keadaan patologis dengan manifestasi klinis yang serupa. Gangguan imunologi, hematologi, defisiensi, dan alergi atau kelainan psikologi semuanya terlibat dalam kasus-kasus SAR^{1,3}.

Beberapa ulser sering ditemukan, tetapi jumlah, ukuran, dan frekuensi mereka bervariasi. Mukosa bukal dan labial yang paling sering terlibat. Lesi jarang terjadi pada palatal atau gingiva¹⁻⁴.

Kebanyakan pasien dengan SAR, memiliki antara 2-6 lesi pada setiap kejadian, mengalami beberapa kejadian dalam setahun. Penyakit ini merupakan gangguan bagi sebagian besar pasien dengan SAR ringan, tetapi dapat mematikan untuk pasien dengan lesi parah sering terjadi, terutama yang diklasifikasikan sebagai ulser aftosa mayor. Pasien dengan ulser aftosa mayor berkembang menjadi lesi yang parah, yang lebih besar dari 1 cm dan dapat mencapai 5 cm, sebagian besar di mukosa rongga mulut dapat ditutupi dengan ulser yang lebih besar yang dapat menjadi konfluen. Lesi sangat menyakitkan dan mengganggu bicara dan makan. Banyak dari pasien ini terus pergi dari satu dokter ke yang lain, mencari "obat". Lesi dapat berlangsung selama berbulan-bulan, dan terkadang salah didiagnosa sebagai karsinoma sel skuamosa, penyakit granulomatosa kronis atau pemfigoid. Lesi sembuh perlahan-lahan dan meninggalkan bekas luka yang dapat mengakibatkan penurunan mobilitas dari ovula, lidah, dan merusak bagian dari mukosa rongga mulut¹⁻³.

Kasus seorang wanita berusia 54 tahun mengeluhkan rasa sakit di seluruh mukosa rongga mulutnya. Rasa sakit itu berulang sejak suaminya meninggal sekitar 5 tahun yang lalu. Beliau telah mengunjungi beberapa dokter, mengonsumsi banyak obat-obatan modern atau tradisional akan tetapi ulser masih persisten.



Tatalaksana kasus, menurut tampilan klinis didiagnosis suspek SAR mayor. Riwayat dan pemeriksaan oleh dokter yang memiliki pengetahuan harus dapat membedakan SAR dari lesi akut primer seperti stomatitis virus, atau dari lesi multiple kronis seperti pemfigoid, penyakit jaringan ikat, reaksi obat atau gangguan dermatologi. Riwayat harus menekankan gejala diskrasia darah, mengeluh sistemik, dan lesi yang berhubungan kulit, mata, genital atau rektal. Pemeriksaan laboratorium harus digunakan bila ulser memburuk atau melewati usia 25 tahun. Biopsi hanya diindikasikan jika diperlukan untuk penyakit lain, khususnya penyakit granulomatosa, penyakit Crohn atau sarkoidosis⁴⁻⁸.

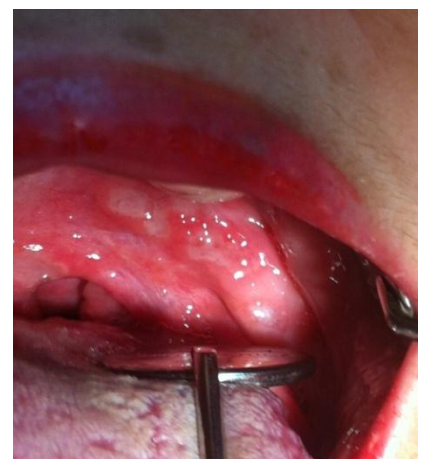


Pasien dengan SAR mayor yang parah harus mengetahui faktor-faktor yang terkait, termasuk penyakit jaringan ikat dan tingkat abnormal dari serum zat besi, folat, vitamin B12, dan ferritin. Pasien dengan kelainan nilai-nilai ini harus dirujuk ke spesialis penyakit dalam, untuk menyingkirkan gejala

malabsorpsi dan untuk memulai terapi pengganti yang tepat. Para dokter juga dapat memilih untuk pasien yang memiliki alergi makanan atau sensitivitas gluten diselidiki dalam kasus yang parah tahan terhadap bentuk-bentuk lain dari perawatan⁵⁻⁸.

Pasien dikirim untuk melakukan *Fine Needle Aspiration Biopsies* (FNAB) di Rumah Sakit Dr Ramela, Surabaya. Hasilnya adalah infeksi peradangan supuratif kronis.

Resep harus berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit. Beliau diberi obat kumur, antasida, vitamin, dan kortikosteroid secara oral.



Pembahasan

Pada kunjungan pertama pasien, dokter memeriksanya secara menyeluruh

Riwayat medis diambil secara sistematis, begitu pula pemeriksaan klinis.

Para dokter berpengalaman mampu membuat suspek diagnosis, setelah prosedur di atas dilakukan.

Menurut diameter lesi, lokasi dan tingkat keparahan, suspek diagnosis adalah karsinoma sel skuamosa.

Untuk diagnosis yang tepat, beliau dikirim ke Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan pemeriksaan FNAB. Sambil menunggu hasilnya, beliau diberi obat kumur, antisida, vitamin dan kortikosteroid secara oral. Obat-obatan yang diresepkan didukung oleh riwayat penyakitnya. Obat-obatan yang dikonsumsi dari berbagai dokter menyebabkan terjadinya gastritis, keadaan ini menghalangi absorpsi nutrisi dari makanan yang masuk. Beliau mengeluh rasa sakit pada seluruh mukosa rongga mulutnya, meskipun mengkonsumsi banyak obat-obatan. Kondisi ini membuat merasa tidak nyaman untuk fungsi rongga mulut beliau, sehingga asupan gizi beliau kurang. Beliau tampak kurus dan sakit.

Menurut ulser mayor di seluruh mukosa rongga mulut beliau, dokter memberikan obat kumur yang poten dan kortikosteroid secara oral.

Semua obat-obatan yang diresepkan di atas, seharusnya mengurangi keluhan sakit pada beliau, untuk mengembalikan kondisi kesehatan beliau, sehingga ulser akan sembuh.

Hasil pemeriksaan FNAB, yang diambil dari ulser di lateral lidah dan mukosa bibir adalah radang kronis supuratif.

Kondisi ini didukung oleh para peneliti, bahwa lamanya durasi lesi, dapat mengakibatkan diagnosis granulomatosa.

Pada kunjungan yang kedua, lesi berkurang, tetapi belum benar-benar sembuh. Beliau diberitahu untuk mengikuti aturan pengobatan dengan tepat, hanya untuk membantu mendapatkan kondisinya kembali.

Pada kunjungan yang ketiga, lesi jauh lebi baik, sehingga beliau ingin pulang (luar pulau, kaltim / Samarinda). Pada perjalanan pulang beliau diperingatkan untuk minum obat secara teratur.

Beberapa hari kemudian beliau menelpon, sekitar rongga mulutnya terdapat lesi kecil dan banyak, karena beliau tidak bisa menghindari beberapa makanan yang beliau gunakan untuk dimakan.

Beliau disarankan untuk melakukan tes sensitivitas untuk beberapa obat-obatan dan makanan, tetapi tidak ada kontak lagi terhadap beliau.

Simpulan. Beberapa terapi ulser kronis pada lateral posterior lidah harus didukung dengan pemeriksaan HPA.

Referensi

1. Greenberg MS and Glick M. Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment. Tenth Edition. 2003. BC Decker Inc. p. 63-64.
2. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine. Second Edision. 2008. Churchill Livingstone. Toronto.p. 151-157.
3. Sonis ST., Fazio RC., Fang LST. Oral Medicine Secrets.2003. Hanley & Belfus, Inc. Philadelphia. p.199-205.
4. Laskaris G. Treatment of oral Diseases A Concise Textbook. 2005. Thieme Stutgard-New York.p.15-17.
5. Field A and Longman L. Tyldesley's Oral Medicine. Fifth Edition. 2004. Oxford University Press.p.49-60.
6. Wray D., Lowe GDO., Dagg JH., Felix DH., Scully C. Texbook of General and Oral Medicine. 2003. Churchill Livingstone.p. 225- 233.
7. Cawson RA and Odell EW. Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 2000. Churchill Livingstone. P. 183-200.
8. Siles RI.,Hsieh FH. Alergy blood testing : A practical guide for clinicians. Cleveland Clinic Journal of Medicine Volume 78 – Number 9, September 2011. p.585 – 592.