

## Management Of Recurrent Aphthous Stomatitis (Ras) Mayor In Buccal Mucosa

Ayu Yonenda\*, Ayu Mashartini Prihantini\*\*

\*College Student Fac. of Dentistry. Jember Univ, East Java-Indonesia, \*\*Department Oral Medicine, Fac. of Dentistry Jember Univ, East Java-Indonesia

Correspondence: [ayumashartini@gmail.com](mailto:ayumashartini@gmail.com)

### Abstract

**Background:** Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) is an oral mucosal lesion which is frequently occurred but the cause is still unclear (idiopathic). RAS major is one of the clinical forms of RAS that has deep ulcers characteristic and pain, 1-2 cm in diameter, last up to 3-6 weeks and leave scars. **Case:** Male, 15 years old, with ulcer on the left buccal mucosa, elongated shape  $\pm$  2 cm, white ulcer basis, clear redness boundaries and pain since 7 days ago. It had recurrent history since he was 7 years old and never received therapy but it would heal itself after  $\pm$  3 weeks. There was RAS history from his family. Patient was treated temporarily with triamcinolone acetonide 1 mg and multivitamin (B complex, vitamin A, C, E and Zinc). **Discussion:** RAS major associated with history of chemical and physical trauma. The rapid enlargement of lesion's size might be associated with lower of immune status. The therapy was 1 mg triamcinolone acetonide and multivitamin (B complex, vitamin A, C, E and Zinc) provided the satisfactory results.

**Keyword:** Recurrent Aphthous Stomatitis, triamcinolone acetonide

### Pendahuluan

Stomatitis aftosa rekuren (SAR) merupakan suatu kondisi peradangan mukosa rongga mulut dengan karakteristik ulserasi ulang kambuhan dan masa bebas ulkus selama beberapa hari hingga minggu<sup>1,2,3,4,5,6</sup>. SAR merupakan suatu kondisi yang sangat umum dengan prevalensi sebesar 20% dari populasi<sup>2,3,6,7,8,9,10</sup> dan prevalensi pada kelompok anak-anak sebesar 5-10%<sup>1</sup>.

Ada tiga jenis SAR yang saat ini ditemukan dengan memiliki gejala klinis masing-masing yaitu SAR minor, mayor dan herpetiformis<sup>11</sup>. Tipe minor paling umum ditemukan, prevalensinya berkisar (80-95%), SAR tipe mayor (10-15%), dan SAR tipe herpetiformis (5-10%)<sup>12</sup>. Beberapa penelitian melaporkan prevalensi SAR di negara-negara dengan angka kejadian tertinggi di Amerika Serikat mencapai 60%, Thailand 46,7%, Swedia 2%, Spanyol 1,9%, Malaysia 0,5%<sup>13</sup>.

Stomatitis aftosa rekuren (SAR) adalah ulser berulang pada mukosa rongga mulut tanpa adanya tanda-tanda dari suatu penyakit. Penyakit ini relatif ringan karena tidak

bersifat membahayakan jiwa dan tidak menular, namun bagi orang-orang yang menderita SAR dengan frekuensi yang sangat tinggi akan merasa sangat terganggu. Menurut beberapa ahli SAR merupakan suatu penyakit yang berdiri sendiri, tetapi lebih merupakan gambaran keadaan patologis dengan gejala klinis yang sama<sup>14,15</sup>.

Gambaran klinis SAR mayor diawali dengan gejala prodromal yang jarang disadari oleh penderita yang digambarkan sebagai rasa sakit sekitar 24-48 jam sebelum terjadi ulser. Semua jenis SAR timbul dengan bentuk yang sama baik bulat maupun oval, sakit dan berbatas eritema. Secara klinis SAR dibagi menjadi 3 bentuk umum, yaitu SAR minor, SAR mayor dan SAR herpetiformis. SAR minor merupakan jenis ulser yang paling sering terjadi (sekitar 80%) dari semua kasus yang ada, timbul pada mukosa tidak berkeratin, ulsernya berukuran kecil (< 1cm) sehingga tidak menimbulkan jaringan parut dapat sembuh sekitar 7-10 hari. SAR mayor merupakan jenis ulser yang jarang terjadi (sekitar 10%), tetapi merupakan ulser yang paling parah karena berdiameter besar ( $\geq$  1cm), dapat timbul di dorsum lidah, *masticatory* mukosa atau gingiva dan bila sembuh dapat menimbulkan jaringan parut. SAR herpetiform merupakan jenis ulser yang paling jarang terjadi (sekitar 5-10%), berdiameter sangat kecil tidak lebih besar dari 1mm, namun timbul dalam kelompok 10-100 buah yang bergabung menjadi menjadi user<sup>16,17,18,19</sup>.

Etiologi SAR hingga saat ini masih tidak diketahui dengan pasti. Terdapat beberapa faktor yang dikatakan berperan dalam pemunculan SAR, yaitu genetik, defisiensi hematinik, hipersensitivitas terhadap makanan, infeksi bakteri dan virus, perubahan hormonal, stress psikologik, obat-obatan dan trauma lokal. Pemunculan SAR mencapai puncak pada dekade kedua. Berdasarkan jenis kelamin, SAR cenderung lebih banyak ditemukan pada wanita<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Penatalaksanaan dari SAR dibagi dalam dua tahap, yaitu pengobatan simptomatis suportif dan pengendalian faktor predisposisi. Pengobatan simptomatis dan suportif dilakukan karena pada penyakit SAR hingga saat ini masih belum diketahui dengan pasti penyebabnya, sehingga hanya mengobati keluhannya saja. Tujuan pengobatan simptomatik adalah mengurangi gejala, mengurangi jumlah dan ukuran ulkus. Obat yang dapat digunakan antara lain: obat kumur antibiotika (*chlorhexidine gluconate* 0,2%) atau kortikosteroid topikal (*triamcinolone in orbise*). Obat kumur *chlorhexidine* 0,2% dapat digunakan untuk

meredakan durasi dan ketidaknyamanan pada SAR. Kortikosteroid dapat mengurangi rasa sakit pada peradangan yang ada. Perawatan suportif dapat dilakukan dengan instruksi pengaturan diet, pemberian obat kumur salin hangat dan anjuran untuk beristirahat dengan cukup<sup>20,21</sup>. Pengendalian faktor predisposisi dilakukan sebelum memulai terapi yang spesifik. Faktor predisposisi dapat diketahui dengan cara mengumpulkan informasi tentang faktor genetik yang kemungkinan berperan, trauma yang terlibat, faktor hormonal yang berperan, juga kondisi stres dan faktor imunologi. Faktor sistemik perlu diperhatikan usia penderita, pada lansia kemungkinan adanya keterlibatan kondisi sistemik lebih besar bila dibandingkan pasien usia pertengahan. Faktor lokal perlu diperhatikan adanya trauma ataupun faktor lain yang dapat mengiritasi mukosa, seperti tepi gigi, karies ataupun tambalan yang tajam, perlu dihindari makanan yang keras dan merangsang. OH penderita juga penting diperhatikan<sup>20,21</sup>.

## **Kasus**

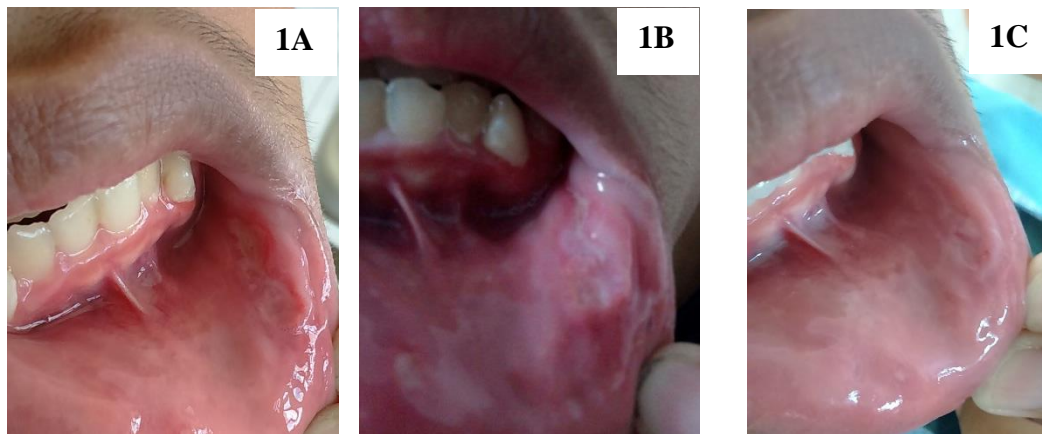
Pasien seorang laki-laki berusia 15 tahun, suku Jawa dengan berat badan 48 kg dan tinggi 168 cm, siswa sekolah menengah atas di SMAN 1 Pandaan. Pada anamnesa pasien mengeluhkan sariawan pada pipi sejak 7 hari yang lalu, setelah pasien makan-makanan pedas. Pasien sering mengalami sariawan setelah tergigit atau makan makanan pedas dan akan sembuh dengan sendirinya setelah 3-4 minggu. Pasien mengaku belum pernah mengobati keluhannya. Pasien mengalami sariawan secara berulang sejak usia 7 tahun dengan tempat sariawan yang berpindah-pindah. Saat kunjungan pasien merasa sariawannya sakit. Pemeriksaan klinis intraoral ditemukan ulser memanjang dengan panjang 2 cm, dasar putih, batas jelas kemerahan dan sakit pada mukosa pipi kiri (Gambar 1A). Pemeriksaan ekstraoral tidak ditemukan kelainan. Diagnosa yang ditegakkan adalah SAR mayor.

## **Tata Laksana Kasus**

Terapi yang diberikan adalah terapi simptomatis berupa kortikosteroidtopikal (*triamcinolone aceonide 1 mgin orbase*) dan suportif berupa multivitamin B-complex, A,C,E dan Zinc (Becomzet) serta pemberian instruksi yaitu menjaga kebersihan rongga

mulut, menjaga pola makan dengan gizi seimbang, mengonsumsi obat sesuai anjuran dan kontrol pada hari ke-7 pasca terapi.

Pada hari ke-3 setelah terapi pasien sudah tidak merasakan sakit pada sariawannya. Pemeriksaan ekstraoral tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan intraoral menunjukkan lesi berbentuk ulser memanjang dengan panjang 2 cm, batas jelas kemerahan, dasar putih, tidak sakit (Gambar 1B). Pada kunjungan kontrol hari ke-7 setelah terapi, pasien sudah tidak mengeluhkan sakit pada sariawannya. Pemeriksaan klinis ekstraoral tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan klinis intraoral ditemukan jaringan parut memanjang, berwarna putih, batas jelas tanpa kemerahan pada lokasi ulser (Gambar 1C). Jaringan parut menandakan bahwa ulser sudah sembuh dan terapi selesai, pasien hanya diinstruksikan untuk tetap menjaga kebersihan rongga mulutnya dan menjaga pola makan dengan gizi seimbang.



Gambar 1. Gambaran klinis SAR Mayor pada pasien pada awal perawatan (1A), hari ke-3 setelah perawatan (1B) dan hari ke-7 setelah perawatan (1C).

## Pembahasan

Pada kasus ini, lesi diawali dengan rasa terbakar pada mukosa pipi. Hal ini sesuai dengan gejala klinis dari SAR mayor yaitu lesi diawali dengan gejala prodormal berupa rasa terbakar dan sakit pada kelenjar limfoid regional. SAR muncul tanpa didahului oleh demam atau *malaise*, serta tidak didahului oleh lenting. Hal ini yang membedakan lesi SAR dengan lesi infeksi virus yang diawali dengan lenting, demam dan *malaise*.

Ditemukan adanya 2 orang anggotakeluarga sedarah (anggota keluarga dengankakek dan nenek yang sama dengan pasien)dengan keluhan sariawan hilang timbul. Hal inimenandakan keterlibatan faktor genetik. Hal inisesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa faktor genetik menjadi faktor predisposisi pada40% kasus SAR<sup>2,3</sup>.

Pasien mengaku akan sariawan ketika tergigit atau makan makanan pedas, hal ini menandakan bahwa faktor predisposisi lainnya adalah trauma, baik trauma kimiawi maupun trauma fisik. Trauma yang terjadi akan menyebabkan jejas yang berujung pada pembentukan ulcer.

Pemeriksaan klinis intra oral dilakukan untuk menegakkan diagnosa sesuai panduan yang diberikan oleh Natah SS, dkk<sup>3</sup>. Empat kriteria mayor yang terpenuhi adalah beberapa buah ulkus dangkal berbentuk lonjong ataubulat berdiameter tidak lebih dari 1 cm dengan tepi regular dikelilingi eritema tanpa didahului lenting, dasar ulkus kuning-kelabu,rekurensi lebih dari 3 kali dalam 3 tahun terakhir dan tidak pernah pada lokasi yangsama, adanya rasa sakit yang dieksaserbasi oleh pergerakan pada daerah berulkus, serta semuaulkus sembuh spontan meninggalkan jaringan parut.

Terapi yang diberikan setelah dilakukan pemeriksaan klinis adalah pemberian kortikosteroidtopikal (*triamcinolone aceonide 1 mgin orbase*) dengan tujuan untuk mengurangi rasa sakit pada sariawan penderita sehingga asupan makanan dari penderita tetap adekuat sehingga penyembuhan akan lebih cepat. Selain pemberian kortikosteroid, penderita juga diberi multivitamin sebagai terapi suportif agarpenyembuhan jaringan lebih cepat.

Pada kunjungan selanjutnya, yaitu pada hari ke-3 terlihat adanya perbaikan. Penderita sudah tidak merasakan sakit pada sariawannya, sehingga pasien sudah bisa mengkonsumsi makanan dengan teratur. Walaupun terjadi perbaikan namun hasil belum memuaskan. Terapi dan instruksi juga kembali diberikan pada penderita.

Kunjungan selanjutnya pada hari ke-7 terlihat adanya perbaikan yang sangat memuaskan. Saat dianamnesa, penderita mengaku sudah tidak sakit dan ulser sudah menjadi jaringan parut berwarna putih, batas jelas tanpa disertai kemerahan. Keluhan dalam rongga mulut penderita sudah jauh berkurang. Selama terapi penderita tidak mengonsumsi makanan pedas untuk mempercepat penyembuhan dan memperpanjang jangka kekambuhan

SAR. Pada kasus ini terlihat bahwa faktor trauma (kimiawi dan fisik) serta faktor genetik sangat berpengaruh dalam peningkatan rekurensi dan keparahan lesi SAR.

## Kesimpulan

Dari pembahasan dapat disimpulkan bahwa eliminasi faktor predisposisi, pemberian kortikosteroid topikal dan pemberian multivitamin dapat mempercepat penyembuhan lesi SAR mayor.

## Pustaka

1. Porter S, Scully C. *Aphthous Ulcers (recurrent)*. Clin Evid. 2004. 12.
2. Field EA, Allan RB. *Review Article : OralUlceration – Aetiopathogenesis, clinicalDiagnosis and Management in theGastrointestinal clinic*. Aliment PharmacolTher. 2003. 18 : 949-62
3. Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Hayrinen-Immonen R. Recurrent Aphthous Ulcers Today :A Review of the Growing Knowledge. *Int JOral Maxillofac Surg*. 2004; 33 : 221-34
4. Mirowski GW, Nebesio CL. *AphthousStomatitis*. <http://www.emedicine.com/derm/topic486.htm>
5. Scully C. *Aphthous Ulcers*. <http://www.emedicine.com/ent/topic700.htm>
6. Natah SS. *Recurrent Aphthous Ulcers :Immuno-pathological aspects*. Academicdissertation. Helsinski. 2001.
7. Greenberg MS, Glick M. *Burket's OralMedicine : Diagnosis and Treatment*. 10th ed. BC Decker Inc. Ontario. 2003. 63-65.
8. Melamed F. *Aphthous Stomatitis*. <http://www.ed.ucla.edu/modules/wfsection/article.php?articleid=207>
9. Sedghizadeh PP, Shuler CF, Allen CM, BeckFM, Kalmar JR. *Celiac Disease and RecurrentAphthous Stomatitis : A Report and Review ofthe Literature*. Oral surg Oral Med Oral PatholOral Radiol Endod. 2002; 94 : 474-78.
10. Katz J, Chaushu G, Peretz B. *Recurrent OralUlcerations Associated with Recurrent HerpesLabialis-Two Distinct Entities?*. CommunityDent Oral Epidemiol. 2001; 29 : 260-3
11. Fernandes R, Tucky T, Lam P, Allidina S, Sharifi S, Nia D. The best Treatment for Aphthous Ulcers: An Evidence-Bassed Study of Literature. MeSH Dent J. 2006; 7: 1-7.
12. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. *Oral Medicine*. Edinburg. New York. Oxford. St Louis. Sydney Toronto: Churchill livingstone; 2005. p. 447-51.
13. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Reccurent Aphthous Stomatitis. Oral Dis [serial online]. 2006 [cited 2013 April 18]; 12 (1) : 1-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16390463>
14. GreenbergMS, GlickM. *Burkets oral medicines diagnosis and treatmens*. 10<sup>th</sup> ed., Philadelpia, London, Mexico City, New York, St Louis, San Paulo, Sydney: J.B. Lippincott Company., 2004; 63-65

15. Lubis E. *Saya kok sering mengalami saraiwan?*. Harian Analisa 2008.
16. Nurdiana, jusri M. *Penatalaksanaan Stomatitis Aftosa Rekuren Mayor dengan Infeksi Sekunder*. Dentofasial Jurnal Kedokteran Gigi. Makassar: 2011. 10 (1). hal 42-6.
17. Wulandari EAT, Setyawati T. *Tata Laksana SAR Minor untuk Mengurangi Rekurensi dan Keparahan*. Indonesian Journal of Dentistry. Jakarta: 2008. 15 (2). Hal 147-154
18. Cawson RA, Odell EW. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine* 7<sup>th</sup> edition. Churchill Livingstone. London: 2002. Hal 192-5
19. [Lewis MAO, Jordan RCK. Oral Medicine. Manson Publishing. London: 2004. Hal: 24-5](#)
20. Marwati E. *Penatalaksanaan Nyeri pada Stomatitis Aftosa Rekuren*. Dentistry Jakarta Selatan PDGI. Jakarta: 2011.
21. Haikal M. *Aspek Immunologi Stomatitis Aftosa Rekuren*. FKG Universitas Sumatra Utara. Medan: 2009.