

LESI ULSERASI RONGGA MULUT YANG SERING DIJUMPAI: BERHUBUNGAN DENGAN INFEKSI VIRUS

Siti Aliyah Pradono

Staf pengajar Ilmu Penyakit Mulut
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Siti Aliyah Pradono: Lesi Ulserasi Rongga Mulut Yang Sering Dijumpai Berhubungan Dengan Infeksi Virus. Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.2003;10(Edisi Khusus): 389-393

Abstract

The oral mucosa is the target of a number of infectious processes caused by a range of organism. Viruses is one of the organism which is considered in oral mucosal damage. Recently, the main viruses causing oral mucosal infections are the large herpes group. This article discuss herpes simplex virus and varicella zoster virus that cause herpetic stomatitis and herpes zoster, with particular attention to the typical oral manifestations, current treatment options. Dentists should recognize the clinical appearances of the diseases, so the appropriate therapy can be done.

Key words: Oral ulceration; virus infection

Pendahuluan

Lesi ulserasi rongga mulut merupakan kelainan rongga mulut yang paling sering dijumpai dan dapat disebabkan oleh banyak faktor. Virus merupakan salah satu organisme yang dapat menyebabkan kerusakan mukosa mulut dengan manifestasi berupa ulserasi. Berdasarkan literatur virus golongan herpes merupakan virus yang paling sering menyebabkan infeksi pada manusia.^{1,2}

Pada makalah ini akan dibahas dua penyakit rongga mulut yang disebabkan oleh infeksi 2 dari 8 jenis virus golongan herpes, yaitu infeksi virus Herpes simpleks yang menyebabkan Stomatitis Herpetika dan infeksi virus Varicella zoster yang menyebabkan Herpes zoster. Seorang dokter gigi perlu mengenali gambaran klinik penyakit tersebut agar bila

menemukan kasus di klinik dapat melakukan pengelolaan pasien dengan tepat dan adekuat.

Stomatitis Herpetika

Ada dua tipe virus herpes simpleks(VHS), yaitu VHS tipe 1 dan VHS tipe 2. Umumnya VHS 1 menyebabkan infeksi oral, facial dan ocular, sedangkan VHS tipe 2 menyebabkan infeksi genital dan kulit pada tubuh bagian bawah. Namun keduanya dapat menimbulkan infeksi baik oral maupun genital melalui kontak orogenital.³

Paparan pertama VHS di mulut berupa *acute primary herpetic gingivostomatitis*. Infeksi primer lebih sering ditemukan pada anak-anak (6 bulan atau 5 tahun), tetapi dapat juga mengenai usia dewasa (sekitar 20 thn), bahkan lansia

(sekitar 70 thn).^{3,4} Dapat bersifat ringan atau subklinis terutama yang terjadi pada anak-anak, terbukti dari pemeriksaan serologi pada populasi mengindikasikan > 50% dari pasien berusia 20 tahun telah terinfeksi VHS.^{1,2,4} Infeksi virus ini dapat pula menimbulkan manifestasi klinik yang biasanya diawali dengan riwayat yang khas yaitu adanya masa prodromal viraemia, berupa demam, lemah dan limfadenopati, kadang-kadang disertai pula dengan kesulitan menelan dan mengunyah makanan, serta sakit pada otot-otot (*myalgia*), yang dapat menyebabkan dehidrasi pada anak-anak. Hal tersebut berlangsung 1-2 hari, kemudian timbul vesikel, ber dinding tipis dikelilingi daerah peradangan, vesikel akan cepat pecah menjadi ulserasi yang dapat mengenai seluruh mukosa mulut, beberapa vesikel dapat bersatu sehingga membentuk ulserasi yang cukup besar. Daerah faring akan terlihat meradang, lesi dapat mengenai bibir dan daerah sekitar mulut. Kriteria diagnostik yang penting pada infeksi primer ini adalah timbulnya peradangan dan pembengkakan pada seluruh marginal gingival. Pada penderita dengan fisik yang sehat penyakit akan sembuh dalam waktu lebih kurang 1 - 2 minggu tanpa meninggalkan bekas.^{2,5}

Secara klinik kelainannya dibedakan dari lesi akibat stomatitis alergika atau eritema multiforme. Perbedaan dapat terlihat dari gejala prodromalnya yang pada eritema gejala sistemik dan lokal timbul bersamaan. Kelainan intra oral dibedakan dari *acute necrotizing ulcerative gingivitis*, pada penyakit ini tidak diikuti dengan gejala prodromal dan lesi terbatas pada gingiva. Penyakit lain yang sering memberikan gambaran klinik yang hampir sama adalah stomatitis aftosa rekuren (SAR), perbedaannya berdasarkan temperatur tinggi pada gejala prodromal dan lesi vesikel atau ulserasi di daerah keratin mukosa mulut pada infeksi VHS. Vesikel pada penyakit hand-foot-and-mouth dibedakan dengan adanya vesikel pada kulit anggota gerak, sedang pada herpangina vesikel hanya terbatas pada daerah orofaring kedua penyakit tersebut

disebabkan oleh infeksi virus Coxsackie.^{2,5,6}

Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit dan gejala klinik, Bila gejala klinik kurang mendukung maka beberapa tes dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis yang tepat. Tes yang paling akurat dengan isolasi virus, tetapi hal ini sangat sulit dilakukan. Pemeriksaan lain yang sering dilakukan untuk menguatkan diagnosis yaitu pemeriksaan sitologi, teknik imunofluoresensi, teknik *polymerase chain reaction* (PCR) dan titer antibody yang meningkat kurang lebih 4 kali lipat.^{4,5}

VHS yang masuk dan menimbulkan infeksi primer dalam tubuh manusia akan menetap dalam ganglion trigeminal dan dapat aktif kembali pada keadaan tertentu. Beberapa faktor/keadaan yang dapat mengaktifasi VHS bisa berupa faktor endogen atau eksogen antara lain stress, trauma operasi, pencabutan gigi, perubahan hormonal, demam tinggi, sinar matahari, obat-obatan, terapi radiasi, transplantasi sum-sum tulang dan keadaan lain yang menekan imun tubuh.^{7,8,9}

Rekurensi pada umumnya menimbulkan lesi berupa vesikel atau ulserasi pada daerah vermilion border yang dikenal sebagai *herpes labialis* atau *cold sore* dan dalam rongga mulut pada mukosa berkeratin yaitu palatum durum dan gingiva.^{2,5} Herpes labialis dapat melibatkan kulit sekitar bibir, lesi berupa vesikel dapat pecah menjadi ulser, kemudian menjadi krusta coklat kekuningan. Sedangkan intraoral herpes rekuren mengenai palatum durum atau gingiva, berupa ulserasi dan jarang dijumpai dalam bentuk vesikel.^{7,8} Gejala rekurensi biasanya ringan dan bersifat lokal, lesi rekurensi berlangsung lebih kurang 7 - 10 hari. Rekurensi pada pasien imunokompromais memberikan gambaran klinik atypical, lesi cenderung ekstensif dan agresif, berlangsung lebih lama, kadang-kadang tidak pernah sembuh dan sangat sakit.^{8,10}

Penatalaksanaan infeksi VHS bervariasi tergantung tipe dan lokasi infeksi serta kondisi sistemik pasien. Umumnya penyembuhan penyakit tergantung dari kompetensi sistem imun pasien itu sendiri.

Terapi medikasi diberikan terutama pada pasien dewasa dan pasien dengan imunokompromais medis.^{2,3} Acyclovir sebagai salah satu obat anti virus banyak digunakan untuk mempercepat kesembuhan disamping menjaga keseimbangan cairan tubuh dan nutrisi pengganti.^{2,3} Topikal pencyclovir lebih efektif dibandingkan dengan topikal acyclovir dalam mengatasi herpes labialis, walaupun digunakan pada waktu infeksi sudah terjadi.¹¹ Peneliti lain membuktikan bahwa Ethosomal acyclovir yang diberikan secara topikal dapat mempercepat kesembuhan pada herpes labialis dibanding dengan krem zovirax.¹² Pemberian acyclovir oral untuk pencegahan timbulnya herpes labialis tidak memberi hasil yang baik walaupun dosisnya ditambah.¹³

Herpes Zoster

Herpes zoster merupakan reaktifasi virus varicella-zoster. Mengenai 10-20% populasi, yang dapat mengenai semua umur, tetapi insiden meningkat seiring dengan meningkatnya usia dan meningkat 15 kali lipat pada penderita infeksi human immunodeficiency virus (HIV).¹⁴

Infeksi primer dari varicella-zoster biasanya terjadi pada masa kanak-kanak berupa chickenpox. Pada umumnya penderita chickenpox akan sembuh total dan memiliki kekebalan tubuh seumur hidup, tetapi virus tetap berada laten dalam ganglion trigeminal.²

Reaktifasi dapat terjadi karena beberapa kondisi atau faktor seperti pada reaktifasi VHS yaitu, stres, trauma fisik dan keadaan imunokompromis. Pasien dengan penyakit yang menyebabkan penurunan imun tubuh seperti infeksi HIV, keganasan, khemoterapi dan terapi radiasi merupakan risiko tinggi terkena herpes zoster.¹⁴ Virus varicella zoster sangat infeksius, penyebaran bisa melalui saluran pernafasan. Saat timbul rasa gatal dan nyeri pada tempat lesi akan berkembang, maka saat itu merupakan periode yang sangat infeksius.²

Gejala klinik biasanya didahului dengan rasa sakit, rasa terbakar, parestesi atau gatal beberapa hari sebelum timbulnya vesikel di kulit.^{6,14,15} Lesi mempunyai ciri khas berupa vesikel bergerombol, unilateral

sepanjang saraf sensorik yang terkena. Lesi di kulit lebih sering ditemukan di daerah paha. Daerah muka bisa mengenai kulit dan mukosa yaitu pada daerah yang dipersarafi oleh nerves trigeminal dan cabang-cabangnya. Di kulit, lesi vesikel, bergerombol dan dapat bersatu yang akhirnya membentuk krusta, sedang lesi pada mukosa akan mudah pecah membentuk ulserasi yang dangkal dan luas dengan tepi tidak beraturan. Lesi sembuh lebih kurang satu bulan. Rasa sakit yang persisten terjadi sehubungan dengan timbulnya vesikel di kulit.^{2,5,14}

Postherpetic neuralgia biasanya dihubungkan dengan proses radang yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada neuron saraf sensoris. Kerusakan dapat berupa demielinisasi sampai nekrosis dari neuron saraf sensoris. Komplikasi lain yang dapat terjadi antara lain timbulnya superinfeksi pada lesi mukokutan, kebutaan karena nekrosis akut pada retina dan neuropati. Hal tersebut akan menyulitkan pada waktu perawatan.^{2,15}

Herpes zoster dalam mulut sangat mudah dibedakan dari lesi ulserasi atau vesikel lainnya karena ciri khasnya berupa lesi yang unilateral dan memberikan rasa sakit didaerah salah satu cabang trigeminal yang terkena.^{5,6} Kesalahan diagnosis dapat terjadi bila gejala prodromal sudah timbul tetapi lesi yang khas belum terlihat. Pada keadaan tersebut sering kali dilakukan perawatan yang tidak diperlukan misal perawatan endodontik atau pencabutan gigi.⁵ Herpes zoster dapat mengenai ganglion genikulata dengan gejala vesikel pada daerah telinga luar dan pada mukosa mulut serta adanya *Bell's palsy* dikenal sebagai *Ramsay Hunt syndrome*, tetapi hal ini sangat jarang terjadi.^{6,15}

Perawatan herpes zoster terutama bertujuan untuk mempercepat kesembuhan agar tidak terjadi *postherpetic neuralgia*. Penggunaan acyclovir sering dilakukan untuk mempercepat kesembuhan, mengurangi rasa sakit dan mencegah komplikasi. Dosis yang digunakan adalah 4 kali lebih besar daripada dosis untuk VHS yaitu 800 mg diberikan 5 kali per hari.^{2,5} Pemberian kortkosteroid dengan tujuan pencegahan terhadap timbulnya

postherpetic neuralgia pada pasien usia lanjut masih sering diperdebatkan. Beberapa peneliti mengatakan pemberian steroid bersama dengan acyclovir yang diberikan dalam waktu 72 jam setelah timbul gejala di kulit dapat membantu mempercepat kesembuhan dan mencegah komplikasi, sedang sebagian lain menyetujui tidak bermakna. Perlu diingat dalam penggunaan steroid pasien harus dalam pengawasan yang ketat terhadap efek yang tidak diinginkan dari steroid seperti, gangguan ginjal, hipertensi, diabetes melitus, ulkus peptikum dan osteoporosis.^{2,5,14}

Pembahasan

VHS dan HZ merupakan keluarga virus herpes yang dapat menyebabkan infeksi pada manusia. Keduanya menimbulkan lesi klinik yang sama yaitu berupa vesikel bergerombol pada mukosa atau kulit, hanya pada infeksi VHS lesi dapat mengenai seluruh mukosa mulut sedang infeksi HZ distribusi disepanjang persarafan yang terkena infeksi.

Lesi vesikel atau ulserasi lain di rongga mulut dapat menyulitkan dalam menentukan diagnosis. Selama masih ditemukan ciri khas dari masing-masing penyakit seperti adanya gejala prodromal sistemik yang mendahului timbulnya lesi dalam mulut pada stomatitis herpetika dan rasa sakit, gatal serta parestesi yang mendahului lesi herpes zoster. Ulserasi dari infeksi VHS juga mempunyai ciri khas berupa vesikel bergerombol dapat menyatu sehingga bila pecah membentuk ulserasi yang dangkal dengan tepi tidak beraturan terutama mengenai daerah berkeratin pada mukosa mulut. Demikian pula dengan herpes zoster tetapi distribusinya unilateral dan segmental tergantung saraf yang terkena. Pada keadaan lesi yang agresif dan luas diperlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis. Pemeriksaan dapat berupa isolasi virus, pemeriksaan sitologi, pemeriksaan titer antibodi, metode PCR.

Pemberian antivirus menjadi penting pada pasien dewasa dan lansia serta

pada pasien dengan kompromis imun. Pasien yang relatif sehat lesi akan sembuh dalam waktu beberapa minggu, yang terpenting adalah menjaga kebersihan mulut dan meningkatkan daya tahan tubuh. Komplikasi berupa *postherpetic neuralgia* sering dijumpai pada penderita herpes zoster dengan usia di atas 50 tahun. Pemberian steroid sehubungan dengan pencegahan komplikasi tersebut harus mempertimbangkan kondisi sistemik pasien karena efek yang tidak diinginkan dari steroid.

Kesimpulan

VHS dan HZ dapat menimbulkan infeksi pada manusia dan bertambah parah seiring dengan meningkatnya usia. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesa dari riwayat gejala prodromal yang timbul, gambaran klinik yang khas, dan pemeriksaan penunjang yang akan memberikan hasil yang spesifik. Prognosis baik, karena pada umumnya akan sembuh sendiri. Pemberian antivirus dapat membantu mempercepat kesembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pada penderita lansia atau penderita dengan kompromis imun.

Daftar Pustaka

1. Wray D, Lowe GD. *Textbook of General and Oral Medicine*. Edinburg: Churchill Livingstone. 1999: 259-271
2. Birek C. Herpes Virus-Iduced Diseases: Oral Manifestation and Current Treatment Options. *Journal of the Californian Dental Association*. 2000.
3. Ajar AH, Chauvin PJ. Acute Herpetic Gingivostomatitis in Adults: A Review of 13 Cases, Including Diagnosis and Management. *J. Can. Dent Assoc*. 2002.68(4):247-51.
4. Holbrook WP, Goodmundsson GT and Ragnarsson KT. Herpetic Gingivostomatitis in otherwise healthy adolescents and young adults. *Actaodontol. Scand*. 2001.59:113-115.

5. Greenberg MS, Glick M. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. 10th Ed. BC. Decker. 2003: 50-84.
6. Regezi JA, Sciubba JJ and Jordan RCK. *Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlation*. 4th Ed. St Louis. Saunders. 2003: 1-21.
7. Woo SB, Keung Lee SF. Oral recrudescence herpes simplex virus infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;83:239-43
8. Oakley C, Epstein JB, Sherlock CH. Reactivation of Oral Herpes Simplex Virus: Implication for clinical management of herpes simplex recurrence during radiotherapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;84:272-8
9. Logan HL cs. Immune, stress and mood markers related to recurrent oral herpes outbreaks. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;86:48-54
10. Gomez RS cs. Oral recurrent herpes virus infection and bone marrow transplantation survival. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001;91:552-556.
11. Femiano F, Gombos F and Scully C. Recurrent herpes labialis: efficacy of topical therapy with penciclovir compared with acyclovir. *Oral Diseases*. 2001;7:31-3
12. Horwitz E. Cs. A clinical evaluation of a novel liposomal carrier for acyclovir in the topical treatment of recurrent herpes labialis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999. 87:700-705.
13. Raborn GW cs. Oral acyclovir in prevention of herpes labialis A randomized, double-blind, multi-centered clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;85:55-9.
14. Stankus SJ, Dlugopolsky M and Packer D. Management of Herpes Zoster (Shingles) and Postherpetic Neuralgia. *American Family Physician*. 2000 April 15:1-8
15. MacFarlane LL, Simmons MM, Hunter H. The Use Corticosteroid in the Management of Herpes Zoster. *J Am Board Fam Pract* 1998. 11(3):224-228.