

## AFTE REKUREN

Oleh: Drg. Debora L. Tumilisar\*

### Abstract

*Recurrent aphthae is one of the most common lesions frequently seen by dentist and general medical practitioners characterized by painful ulcers of oral mucosa. It is believed that up to 20% of the population are affected recurrent aphthae with a greater incidence among young adults and women. The prevalence recurrent aphthae increases on professional on high socioeconomic groups. The aetiology of recurrent aphthae has not been clear. Several factors has been reported as aetiology of recurrent aphthae including nutritional deficiencies, stress, trauma, hormonal changes, allergic diet, haematological abnormality. Diagnosis recurrent aphthae is established by the history, appearance and recurrence pattern of the lesions. Because no single aetiology has been identified, there is no spesific treatment of recurrent aphthae. The principle treatment of recurrent aphthae is more symptomatically to provide pain relief, aiding the resolution of ulceration and reduction of the frequency attacks except when there is haematological abnormality, stress or allergic agent*

### Pendahuluan

Afte rekuren (atau stomatitis aftosa rekuren atau *cancer sores* atau ulkus aftosa) yang dikenal sehari-hari dengan nama sariawan merupakan lesi di rongga mulut yang paling sering dijumpai baik oleh seorang dokter gigi maupun dokter umum (Antoon 1980; Lamey 1991; Regezi 1989; Wall 1994). Penelitian membuktikan afte rekuren ini sudah bisa terjadi pada usia dini/anak-anak (Wall 1994). Penelitian para sarjana menemukan bahwa lebih dari 20 % populasi dunia pernah menderita afte rekuren (Antoon 1980 ; Lamey 1991; Regezi 1989 ; Wall 1994). Penelitian dari 21 negara yang berbeda menemukan bahwa hampir 50 % wanita dan 40 % pria pernah mengalami afte rekuren minimal 2 kali dalam kehidupannya (Antoon 1980; Lamey 1991). Prevalensi afte rekuren ini cenderung meningkat pada kelompok tenaga profesional dan pada kelompok dengan sosio-ekonomi tinggi (Regezi 1989).

Lesi afte rekuren ini mempunyai ciri khas berupa sakit yang hebat dan kadang-kadang tidak seimbang dengan besarnya lesi dan dapat mengganggu fungsi

---

\* Dosen Tetap Fakultas Kedokteran Ukrida

pengunyahan maupun fungsi bicara. Namun demikian, penyebab afte rekuren ini belum jelas. Penelitian para sarjana belum dapat mengidentifikasi penyebab tunggal afte rekuren (Regezi 1989; Wall 1994). Banyak penelitian malah menganggap afte rekuren ini bukan sebagai *single disease* kemiripan gambaran klinis berupa suatu ulkus. (Greenberg 1984; Wood 1991). Hal ini mengakibatkan terapi afte rekuren ini sering menimbulkan masalah baik bagi dokter gigi maupun dokter umum.

## Etiologi

Etiologi afte rekuren sampai sekarang belum jelas. Tampaknya ada faktor-faktor presipitasi yang menyebabkan mukosa mulut mudah terluka. Kecenderungan untuk menderita afte rekuren ini ada hubungannya dengan faktor keturunan. Hal ini didukung dengan penelitian yang menemukan bahwa insidens afte rekuren ini meningkat pada anak-anak yang orang tuanya menderita afte rekuren. Insidens afte rekuren ini juga lebih besar pada anak kembar identik dibandingkan anak kembar non-identik (Lamey 1991; Wall 1994).

Pada awalnya banyak yang menduga afte rekuren ini sama dengan stomatitis herpetika yang disebabkan oleh virus Herpes simplex 1 (Greenberg 1984; Regezi 1989; Wood 1991). Hal ini disebabkan karena kedua-duanya mempunyai karakteristik yang sama dalam beberapa hal seperti sama-sama merupakan ulkus superfisial di rongga mulut yang sakit, rekuren dan disertai dengan pembesaran kelenjar limfe regional. Ulkus-ulkus tersebut di atas juga sama-sama sembuh secara spontan tanpa komplikasi dalam waktu 8 sampai 14 hari. Penelitian mengenai virus sebagai penyebab afte rekuren ternyata hanya bisa membuktikan adanya virus Herpes simplex pada beberapa kasus saja (Greenberg 1984; Regezi 1989). Penelitian lain melaporkan bahwa penyebab afte rekuren adalah *Streptococcus* tipe I. (Antoon 1980 ; Greenberg 1984). Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang menemukan adanya kuman ini dalam darah selama periode aktif *peradenitis mucosa necrotica recurrens* dan kuman ini tidak ada dalam darah pada periode remisi (Greenberg 1984). Faktor kuman sebagai penyebab afte rekuren ini masih tetap kontroversial karena kuman-kuman yang disebutkan di atas merupakan mikroflora normal dalam rongga mulut (Antoon 1980 ; Regezi 1989; Wall 1994).

Defisiensi nutrisi seperti besi, asam folat dan vitamin B12 sering dihubungkan dengan terjadinya afte rekuren. Pemberian suplemen besi, asam folat dan vitamin B12 ternyata memberikan respon terapi yang baik. Namun demikian, penelitian membuktikan bahwa defisiensi nutrisi tersebut di atas, hanya dijumpai pada 20 % penderita afte rekuren (Antoon 1991 ; Greenberg 1984; Wall 1994).

## AFTE REKUREN

Beberapa faktor presipitasi lain dari terjadinya afte rekuren ini juga banyak dijumpai pada orang yang mengalami stres psikologis. Penelitian membuktikan derajat keparahan afte rekuren ini sebanding dengan besarnya stres (Greenberg 1984).

Penelitian akhir-akhir ini mengemukakan bahwa afte rekuren terjadi sebagai akibat respon imunologis yang abnormal. Ada peneliti yang mengkategorikan afte rekuren ini sebagai penyakit autoimun, ada pula yang mengkategorikannya sebagai reaksi imunologis yang abnormal terhadap kuman *Streptococcus sanguis* 2A (Antoon 1980 ; Greenberg 1984 ; Regezi 1989).

**Tabel 1 :** Faktor-faktor yang dianggap sebagai etiologi afte rekuren (Lamey 1991)

FAKTOR	BUKTI
<b>Defisiensi</b>	Penderita afte rekuren sering disertai defisiensi besi, asam folat, vitamin B12, B kompleks.
<b>Psikologik</b>	Peningkatan insidens afte rekuren pada kelompok pelajar menjelang ujian
<b>Trauma</b>	Ulkus berkembang pada tempat dimana ada suatu trauma
<b>Endokrin</b>	Peningkatan insidens afte rekuren pada fase luteal pada siklus menstruasi
<b>Alergi</b>	Kenaikan kadar IgE yang ada hubungannya antara makan makanan tertentu dengan timbulnya ulkus aftosa
<b>Herediter</b>	Peningkatan insidens afte rekuren pada anak-anak yang orangtuanya menderita afte rekuren atau pada anak kembar identik
<b>Merokok</b>	Bila kebiasaan merokok dihentikan maka ada peningkatan afte rekuren
<b>Imunologik</b>	Kadar imunoglobulin yang abnormal

## Gambaran Klinis Afte Rekuren

Secara klinis afte rekuren tampak sebagai ulkus yang sakit yang bisa mengganggu fungsi makanan, fungsi bicara maupun pergerakan otot-otot wajah. Pre-dileksi afte rekuren adalah pada mukosa bergerak seperti mukosa bagian labial/bukal, lipatan mukobukal, dasar mulut, palatum molle dan jarang pada mukosa bibir yang berkeratin, gusi atau palatum durum (Antoon 1980; Lamey 1991; Greenberg 1984; Regezi 1989; Wall 1994; Wood 1991). Penelitian lain menemukan bahwa afte rekuren ini lebih sering terjadi pada daerah yang banyak mengandung kelenjar saliva minor (Antoon, 1980).

Awal pembentukan afte rekuren ini kadang-kadang didahului dengan rasa terbakar dan sakit pada mukosa yang bersangkutan kurang lebih 2-48 jam sebelum

lesi terbentuk (Greenberg, 1984). Selama periode ini akan terbentuk suatu eritema. Dalam beberapa jam kemudian akan terbentuk suatu makula dengan diameter 1-2 mm yang akan membesar setelah beberapa jam kemudian. Pembentukan lesi ini tidak didahului oleh pembentukan vesikel (Antoon 1980; Regezi 1989). Di bagian tengah lesi ini akan mengalami nekrosis dan dalam waktu beberapa menit saja akan membentuk suatu ulkus yang dangkal sehingga terbentuk lesi yang berbentuk oval/bundar/garis dengan dinding yang tidak rata, edema dan mengalami inflamasi. Dasar ulkus ini diliputi oleh membran pseudo yang berwarna putih keabuan yang merupakan fibrin purulen dan dapat dilepaskan dari dasarnya sehingga tampak dasar ulkus yang merah dan mudah berdarah (Antoon, 1980).

Berdasarkan ukuran, bentuk, lama penyembuhan dan derajat sakit, maka afte rekuren dibagi dalam 3 golongan yaitu afte minor, afte mayor dan afte herpetiform (Antoon 1980; Greenberg 1984; Regezi 1989; Wall 1994).

**Afte minor:** Tipe afte minor merupakan 80 % dari afte rekuren (Lamey 1991). Diameter lesi ini biasanya kurang dari 1 cm (berkisar 2-5 mm) dengan predileksi pada mukosa yang tidak berkeratin. Penderita dengan afte rekuren minor biasanya mempunyai 1-5 ulkus dan akan sembuh dalam waktu berkisar 7-10 hari tanpa pembentukan jaringan parut. Rekurensi afte rekuren ini bervariasi pada setiap individu, bisa beberapa minggu sampai beberapa tahun.

**Afte mayor:** Tipe afte mayor dikenal sebagai *peradenitis mucosa necrotica recurrens* (PMNR). Dibandingkan dengan tipe afte minor maka tipe afte mayor mempunyai diameter lebih dari 1 cm, lebih sakit sehingga sangat mengganggu fungsi bicara atau makan. Karena ulkus ini dalam, maka kesembuhannya bisa sampai 6 minggu dan meninggalkan jaringan parut. Lesi biasanya soliter. Bila multipel akan bergabung membentuk ulkus yang besar sekali (Wall 1994). Begitu lesi ini sembuh, maka biasanya akan timbul lagi pada lokasi yang sama (Wall 1994).

#### **Afte Herpetiform:**

Tipe afte herpetiform secara klinis tampak sebagai ulkus superfisial yang kecil-kecil sekali dan membentuk kelompok. Masing-masing kelompok bisa mencapai 100 buah ulkus se-

## AFTE REKUREN

hingga gambaran afte herpetiform ini mirip dengan ulkus herpetika.

Afte herpetiform dapat dijumpai pada setiap mukosa oral dan biasanya sembuh dalam waktu 1-2 minggu. Namun demikian bila ulkus kecil-kecil ini bergabung menjadi satu maka akan membentuk ulkus yang besar dimana ulkus ini bisa menetap sampai 3 tahun (Wall 1994).

### Diagnosis Afte Rekuren

Diagnosis afte rekuren ini berdasarkan pada riwayat penyakit dan gambaran klinis (Antoon 1980; Regezi 1994; Wall 1994; Wood 1991) dan pola rekurensi (Poswillo 1984). Kadang-kadang diperlukan pemeriksaan laboratorium dalam hal menangani kasus afte yang parah dan persisten.

### Diagnosis Banding

#### 1. Stomatitis Herpetika Rekuren

Pembentukan ulkus herpetika selalu didahului oleh pembentukan vesikel dengan predileksi terutama pada gingiva dan palatum durum. Adanya infeksi virus herpes ini dibuktikan dengan pewarnaan sitologis yang menunjukkan adanya virus infected epithelial cell dan hal ini tidak dijumpai pada afte rekuren.

#### 2. Sindrom Behcet

Sindrom ini ditemukan oleh Hulusi Behcet, seorang dermatolog berkebangsaan Turki yang menggambarkannya sebagai *triad of symptoms*. Sindrom ini khas memberikan manifestasi pada rongga mulut, mata dan genitalia. Sindrom ini juga disertai artralgia dan sakit kepala.

Manifestasi sindrom ini dalam rongga mulut mirip dengan afte rekuren tipe minor dengan distribusi lokasi yang sama pula. Manifestasi di mata bisa berupa uveitis, konjungtivitis dan retinitis sedangkan di genitalia berupa ulkus-ulkus yang sakit. Dengan demikian sindrom lebih kompleks daripada afte rekuren. Etiologi sindrom ini juga tidak diketahui, diduga ada hubungannya dengan gangguan imunologis. Sindrom ini biasanya dimulai pada usia antara 10-45 tahun dengan frekuensi 10 kali lebih sering pada pria daripada wanita.

3. Eritema Multiforme

Eritema multiforme memberikan manifestasi berupa lesi hemoragik pada bibir dan mukosa rongga mulut disertai makula eritematous dan mula-mula pada ekstremitas dan muka. Eritema multiforme ini pada rongga mulut merupakan stomatitis yang sakit seperti pada afte rekuren tetapi afte rekuren tidak merupakan lesi hemoragik.

**Tabel 2:** Perbedaan klinis afte rekuren dengan stomatitis herpesika rekuren (WOOD 1991)

	Afte Rekuren	Stomatitis Herpetika Rekuren
<b>Umur</b>	Semua umur	Umumnya pada kelompok usia pertengahan dan usia tua
<b>Predileksi</b>	Mukosa oral bergerak yang tidak berkeratin misalnya: bibir, mukosa labial/bukal, lipatan mukobukal, lidah, dasar mulut, palatum molle.	Mukosa oral tidak bergerak yang berkeratin seperti palatum durum, gingiva, <i>ridge alveolar</i>
<b>Lesi awal</b>	Makula yang eritematous yang kemudian akan mengalami nekrosis.	Vesikel-vesikel yang berwarna putih abu tanpa halo eritematous yang mudah pecah membentuk ulkus yang diameternya 1 mm
<b>Lesi matur</b>	Ulkus superfisial yang berdiameter 0,5 - 3 cm, di bagian sentral mengalami nekrosis, berbatas teratur dengan halo eritematous.	Ulkus-ulkus superfisial yang kecil-kecil. Beberapa ulkus bisa bergabung membentuk ulkus dengan diameter biasanya kurang dari 0,5 cm. Lesi berbatas teratur dengan halo eritematous yang bervariasi.
<b>Jumlah lesi</b>	Berkisar antara 1-5 buah.	Biasanya berupa ulkus-ulkus kecil yang menggerombol dalam suatu area kecil yang terlokalisir.
<b>Gambaran Histopatologis</b>	Lesi matur: ulkus non spesifik.	Lesi awal: cairan vesikel mengandung sel epitel dengan <i>baloon degeneration</i> dan <i>multinucleated giant cells</i> Lesi matur: merupakan ulkus non spesifik



## AFTE REKUREN

### 4. Sindrom Stevens-Johnson

Sindrom Stevens-Johnson adalah eritema multiforme bentuk berat dengan karakteristik berupa bula-bula pada mukosa rongga mulut, farings dan konjungtiva. Sindrom ini dapat disertai disfagia. Afte rekuren tidak disertai pembentukan bula.

### 5. Lichen Planus Erosiva

50 % kasus lichen planus di kulit disertai dengan simtom di rongga mulut. Lesi lichen planus erosiva dijumpai di mukosa pipi, tepi lidah dan daerah edentulous dengan karakteristik berupa adanya *Wickham striae*. *Wickham striae* ini tidak dijumpai pada afte rekuren.

### 6. Pellagra

Pellagra memberikan manifestasi di rongga mulut berupa eritema pada mukosa yang luas, ulkus pada dasar mulut, mukosa bibir bawah dan mukosa pada regio molar. Pemeriksaan bakteriologis pada tepi lesi dapat dijumpai *Borrelia vincentii* dan *Bacillus fusiformis*.

### 7. Lupus Eritematous Sistemik

Lupus eritematosus sistemik memberikan manifestasi berupa ulkus di rongga mulut pada lidah, palatum dan mukosa bukal.

## Terapi Afte Rekuren

Karena etiologinya belum jelas maka tidak ada terapi spesifik untuk afte rekuren. Umumnya terapi afte rekuren lebih bersifat simptomatis seperti pemberian obat untuk menghilangkan sakit, membantu mempercepat penyembuhan dan mengurangi frekuensi serangan kecuali pada keadaan dimana ada abnormalitas darah, stres, diet allergan (Antoon 1980; Greenberg 1984; Lamey 1991; Poswillo 1984; Wall 1994; Wood 1991).

Tetapi pada kasus afte rekuren yang parah dan persisten diperlukan pemeriksaan laboratorium, termasuk disini pemeriksaan hemoglobin, Ferritin, (atau serum iron dan *total iron binding capacity*). Juga perlu dilakukan pemeriksaan sediaan hapus darah tepi untuk mengetahui apakah anemia itu karena defisiensi asam folat, vitamin B12 atau karena defisiensi besi. (Lamey 1991; Wall 1994). Bila ditemukan abnormalitas pada pemeriksaan laboratorium maka koreksi terhadap abnormalitas tersebut di atas akan mengurangi frekuensi serangan dan derajat keparahan yang bermakna (Antoon 1980; Lamey 1991; Wall 1994).

Ada peneliti yang menganjurkan suplemen vitamin B12 dan asam folat, besi atau seng sulfat (Antoon 1980). Ada pula peneliti yang menganjurkan pemberian vitamin B1 300 mg 1 kali/hari dan vitamin B6 50 mg 3 kali / hari (Lamey 1991).

Pemberian analgesik topikal pada lesi yang bersangkutan lebih efektif dibandingkan pemberian analgesik secara sistemis; (Wall 1994). Beberapa preparat analgesik topikal yang dipakai antara lain lignokain dalam bentuk gel, benzidamin hidroklorida/Tantum Verde dalam bentuk obat kumur (Lamey 1991; Wall 1994), setilpiridinium klorida dicampur benzokain yang akan mengurangi rasa sakit dengan tingkat yang bervariasi (Antoon 1980; Wall 1994).

Pemberian kortikosteroid secara aplikasi topikal atau suntikan di bawah lesi dapat mempercepat proses penyembuhan. Kortikosteroid dalam bentuk topikal adalah pasta Kenalog in Orabase yang mengandung triamsinolon aseton 0,1 % dalam karboksimetilselulose (Greenberg 1984; Wall 1994). Pada kasus yang parah atau pada kasus yang tidak mengadakan respon terhadap terapi dalam waktu 4 minggu, pemberian betametason 0,5 mg sebanyak 4 tablet yang dilarutkan dalam air dan digunakan sebagai obat kumur (tidak ditelan) 4 kali/hari akan memberikan hasil yang efektif (Lamey 1991; Wall 1994). Suntikan kortikosteroid dilakukan pada kasus afte rekuren yang parah dan persisten seperti afte tipe mayor.

Pemberian obat kumur yang mengandung klorheksidin 0,2 % dapat mempercepat proses penyembuhan, memperpanjang interval serangan namun tidak dapat mencegah tumbuhnya afte. Dilaporkan klorheksidin lebih efektif untuk terapi afte rekuren bila digunakan pada stadium prodromal. (Wall 1994). Keuntungan klorheksidin lainnya adalah kemampuannya untuk terikat pada mukosa mulut sehingga dapat dilepaskan secara perlahan serta dapat mempertahankan kebersihan rongga mulut dengan baik terutama pada penderita yang mengeluh sakit yang hebat pada waktu menyikat gigi.

Ada peneliti yang menganjurkan kumur-kumur dengan suspensi tetrasiklin 250 mg 4 kali/hari selama 2 minggu terutama untuk kasus afte tipe mayor (Antoon 1980; Greenberg 1984; Lamey 1991). Ada pula peneliti yang menganjurkan sesudah kumur-kumur dengan tetrasiklin, ulkus dilapisi dengan Kenalog in Orabase sesudah makan dan sebelum tidur (Wood 1991).

Penggunaan sodium karbenoksolon dalam bentuk gel/kumur/tablet isap (Pyrogastrone) ternyata selain mempercepat proses penyembuhan ulkus juga dapat mengurangi jumlah pembentukan ulkus baru (Poswillo 1984).

Kadang-kadang diperlukan terapi hormonal bila memang ada gangguan hormonal untuk mengurangi derajat keparahan afte (Wall 1994).



## AFTE REKUREN

**Tabel 3 :** Obat-obat yang dipakai pada terapi afte rekuren (Antoon 1980)

<b>Golongan <i>immune enhancement</i></b>	- levamisol - vaksin
<b>Golongan imunosupresi</b>	- Prednison - Triamsinolon asetat - Betametason - Antihistamin
<b>Golongan antibiotik</b>	- Suspensi tetrasiklin/topikal - Kloramfenikol - Antibiotik spektrum luas lainnya
<b>Golongan antiseptik</b>	- AgNO <sub>3</sub> (perak nitrat) - obat yang bersifat koagulating : negatol - Gentian violet
<b>Golongan suplemen diet</b>	- Vitamin B12, asam folat - Besi - Seng sulfat
<b>Golongan terapi simtomatis</b>	- Lidokain - Benadril/topikal - AgNO <sub>3</sub> (perak nitrat)

### **Kesimpulan :**

1. Afte rekuren merupakan lesi di rongga mulut yang paling sering dijumpai baik oleh dokter gigi maupun dokter umum
2. Afte rekuren tidak membahayakan kehidupan penderita tetapi sangat mengganggu karena keluhan sakit yang hebat yang sering tidak seimbang dengan besarnya lesi yang dapat mengganggu fungsi makan atau fungsi bicara.
3. Etiologi afte rekuren ini belum jelas. Tampaknya ada faktor presipitasi yang memudahkan mukosa mulut sehingga mudah terluka.
4. Terapi afte rekuren umumnya simtomatis pada keadaan dimana tidak ada kelainan hematologis, stres atau diet alergen. Pada kasus yang parah dan persisten, perlu identifikasi faktor presipitasi dan menghilangkan faktor tersebut.

## AFTE REKUREN

5. Rujukan kepada dokter ahli diperlukan bila ada abnormalitas pada pemeriksaan hematologis atau ada gangguan hormonal atau ada trauma dental.
6. Terapi farmakologis diperlukan untuk mengurangi sakit, mengurangi derajat keparahan, mempercepat penyembuhan dan pada kasus afte yang persisten.

## Kepustakaan

1. Antoon, J.W. Miller, R.L. : Aphthous Ulcers-A Review of the Literature on Etiology, Diagnosis and Treatment, *Jada* 101: 803-806, 1980
2. Greenberg, M.S : Ulcerative, Vesicular and Bullous Lesions in *Burket's oral Medicine Diagnosis and Treatment* edited by Lynch, M.A.,Brighman V.J., Greenberg, M.S., 8 th ed, Philadelphia, London, Mexico City, New York, St Louis, Sao Paulo, Sidney, 1984, hal.181-185.
3. Lamey, P.J., Lewis, M.A.O : *Oral Medicine in Practice*, British Dental Associations, London, 1991 hal.5-9
4. Poswillo D, Partridge M : Management of Recurrent Aphthous Ulcers, *British Dental Journal* 175 : 55-57, 1984
5. Regezi, J.A. Sciubba, J.J: *Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlations*, W.B. Saunders Co, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sidney, Tokyo, 1989, hal.46-52
6. Wall, J.G. : Recurrent Aphthae, *Medical Progress* 21 : 35-40, 1994
7. Wood, N.K., Goaz, P.W. : *Differential Diagnosis of Oral Lesions*, The CV Mosby Co, St Louis 1991 hal