

Perawatan Komprehensif Nyeri Myofasial pada Pasien *Reccurent Aphthous Stomatitis*: Suatu Laporan Kasus

Naliani S^{1,2}, Lelyana S^{1,3}

¹Postgraduate Program of Dental Science, Faculty of Dentistry, Universitas Trisakti

²Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Maranatha Christian University

³Department of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Maranatha Christian University

Correspondence email : silvianaliani@gmail.com

Abstrak

Nyeri di rongga mulut dan sekitarnya merupakan keluhan yang menjadi alasan pasien datang ke dokter gigi. Pada mukosa rongga mulut, *recurrent aphthous stomatitis* (RAS) merupakan inflamasi yang menyebabkan rasa sakit dan mengganggu penderitanya karena rekurensinya. Nyeri *myofacial* juga sering dialami oleh pasien dan mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari berdampak negatif pada kualitas hidup. Pada makalah ini dilaporkan kasus pasien RAS yang mengalami nyeri *myofacial*. Selain pemberian antiinflamasi topikal sebagai terapi RAS, pasien dibuatkan gigi tiruan sebagian lepasan dan splint stabilisasi. Perawatan yang komprehensif pada kasus ini menyebabkan penurunan nilai VAS yang signifikan. Perawatan komprehensif termasuk secara farmakologi maupun non farmakologi perlu dilakukan untuk menghilangkan nyeri yang dialami pasien.

Kata Kunci : *Recurrent aphthous stomatitis* , Nyeri *myofacial*, Perawatan komprehensif, VAS

Pendahuluan

Recurrent aphthous stomatitis (RAS) adalah penyakit mukosa mulut yang sangat umum terjadi, mengganggu aktivitas sehari-hari. Sebanyak 20% masyarakat pernah terkena SAR sekali dalam hidupnya. Karakteristik dari penyakit ini ditandai oleh ulser pada mukosa mulut yang terjadi berulang, sakit, dapat sembuh sendiri dan memiliki faktor pemicu/predisposisi.^{1,2} Penyebab dari RAS masih belum diketahui secara pasti, namun dipicu oleh trauma, infeksi (agen mikroba), gangguan emosional (stress dan cemas), gangguan imunologik, dan alergi,^{3,4} Pada dasarnya pengobatan RAS adalah dengan mengendalikan inflamasi. Pengobatan dengan anti inflamasi menjadi perawatan yang bersifat simptomatis dengan tujuan menekan sel-sel radang, menekan rasa sakit di daerah lesi dan pada akhirnya mempercepat penyembuhan.^{3,5} Antiinflamasi yang biasa digunakan untuk mengatasi radang di mukosa mulut adalah topikal kortikosteroid.^{6,7}

Nyeri myofasial merupakan suatu sindrom klinis nyeri pada jaringan lunak yang disebabkan otot skeletal.⁸ Prevalensi nyeri myofasial adalah 10,3% pada remaja dan 58,4% pada orang dewasa.^{9,10} Karakteristik nyeri myofasial adalah adanya nyeri lokal atau nyeri alih, *tenderness*, kekakuan dan keterbatasan pergerakan, kedutan lokal pada otot yang terkena dan kelemahan otot tanpa atrofi.¹¹ Nyeri myofasial mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari berdampak negatif pada kualitas hidup.¹²

Semua kondisi ini merupakan tantangan bagi klinisi karena individu yang berbeda merespon secara berbeda terhadap stimulus yang identik. Klinisi perlu memiliki pengetahuan yang menyeluruh sehingga dapat membuat diagnosis yang tepat sehingga

memberikan perawatan yang optimal. Riwayat nyeri yang menyeluruh, pemeriksaan klinis, investigasi yang tepat dan kadang-kadang respons terhadap berbagai terapi dengan pendekatan logis memandu dokter untuk diagnosis yang paling mungkin.

Kasus yang akan dibahas pada laporan ini dimulai dari RAS disertai nyeri myofasial yang tidak dapat diobati hanya dengan terapi biasanya namun perlu suatu penanganan yang komprehensif untuk mengatasi keluhan nyeri pasien.

Laporan Kasus

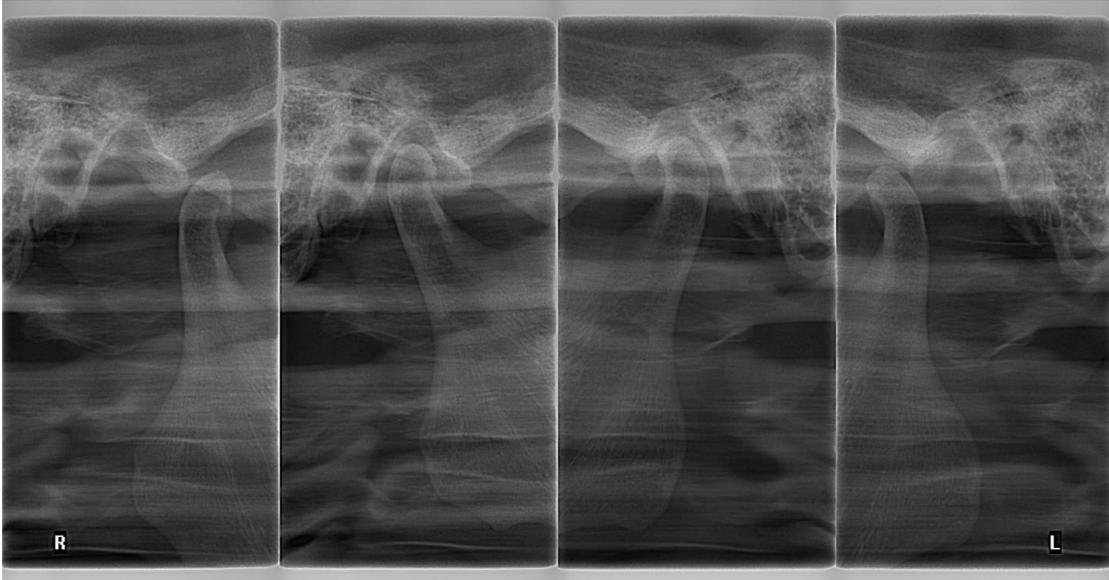
Pasien laki-laki berusia 63 tahun datang dengan keluhan sariawan di lidah kiri sejak 1 bulan yang lalu. Keluhan disertai rasa nyeri tajam di wajah kiri menyebar ke belakang kepala. Pasien memiliki riwayat sariawan berulang namun riwayat nyeri di regio muka kiri dimulai 23 tahun yang lalu setelah pencabutan gigi bawah belakang dengan penyulit sehingga mengalami kesulitan menutup mulut sesaat. Rasa tidak nyaman di rongga mulut diperparah saat pasien mengalami stroke 4 tahun yang lalu sehingga mengonsumsi obat Gabapentin, Simvastatin, dan Allopurinol. Pasien juga mengeluhkan sering sakit kepala, telinga berdenging, nyeri menjalar sampai ke leher dan bahu. Pasien memiliki kebiasaan buruk parafungsi bruxism, clenching. Sariawan berulang yang dialami pasien tetap di regio kiri rongga mulut.



Gambar 1. RAS pada lidah dan regio lingual 37

Dari pemeriksaan ekstra oral diperoleh kondisi wajah asimetris, Kelenjar getah bening dalam batas normal, bibir tampak kering. Nyeri pada otot masseter, temporal dan daerah mandibula posterior. Pemeriksaan intra oral diperoleh kondisi lesi erosif di lateral lidah terutama di posterior kiri. Pasien kehilangan gigi pada regio 18,16,15,14,24,25,38 dan 36. Pembukaan mulut normal dengan pola bukaan mulut defleksi ke kiri, sendi TMJ kiri kliking.

Diagnosa klinis pasien adalah RAS. Penatalaksanaan kunjungan pertama adalah *selective grinding* gigi 33, 34 dan penggunaan topikal kortikosteroid di lokasi lesi sehari 3 kali. Pada kontrol 2 minggu kemudian lesi ulser mengecil namun rasa sakit masih terasa mengganggu. Pasien lalu dirujuk untuk melakukan pemeriksaan radiologi.



Gambar 2. Gambar panoramik TMJ open dan close

Suspek menurut bagian radiologi adalah internal derangement. Diagnosa berdasarkan RDC/TMD adalah myofascial pain dan internal derangement dengan reduksi sendi kiri. Perawatan dilanjutkan di bagian Prostodontia untuk dibuatkan gigi tiruan sebagian lepasan dan pembuatan splint. Perhitungan skala nyeri pada pasien menggunakan VAS pada kunjungan pertama sebelum dibuatkan gigi tiruan adalah 9 dan berdasarkan skala depresi Hamilton pasien menderita depresi berat.

Pada kunjungan kedua dilakukan pemasangan gigi tiruan lalu kontrol berikutnya 1minggu. Pada saat kontrol setelah pemasangan gigi tiruan sebagian lepasan terdapat lesi sariawan di lingual gigi 37 dan nyeri di wajah muncul kembali dengan intensitas 10 menit sekali. Pada pemeriksaan intra oral terlihat ulcer di gingiva 37, sehingga pemakaian gigi tiruan bawah dihentikan dahulu. Skala VAS pasien adalah 6 dan skala Hamilton masih depresi berat namun angkanya menurun. Pasien kemudian dibuatkan splint stabilisasi dan dirujuk untuk fisioterapi.



Gambar 3. Pemasangan gigi tiruan sebagian lepasan dan splint stabilisasi

Pada kunjungan berikutnya untuk kontrol skala VAS pasien menurun menjadi 5 dan skala depresi menurun angkanya walaupun masih termasuk kategori depresi berat.

Diskusi

Faktor potensial yang berhubungan dengan eksaserbasi RAS adalah stres. Menurut beberapa penulis, stres lebih memicu onset episode daripada mempengaruhi durasinya. Efek psikogenik memodifikasi respon imun.¹³ Topikal kortikosterid

merupakan terapi yang digunakan untuk RAS. Pada kasus ini penggunaan kortikosteroid topical membuat lesi ulcer pada pasien mengecil namun masalah rasa nyeri masih ada dengan intensitas yang berkurang. Rasa sakit yang masih terasa membuat perawatan RAS pada kasus ini tidak bisa berdiri sendiri. Pasien dirujuk ke bagian Prostodontia untuk penanganan nyeri myofasial karena keluhan pada daerah pipi dan menjalar ke mandibular kiri.

Patofisiologi yang pasti mengenai nyeri myofasial masih belum jelas. Beberapa studi menyatakan etiologinya multifaktorial dimana faktor psikologis adalah salah satunya. Kelainan psikologis umum ditemukan pada pasien dengan nyeri miofasial daripada kelainan sendi temporomandibular lainnya. Rasa nyeri biasanya berhubungan dengan gejala lain seperti depresi, stres kronis, kecemasan dan berakibat disabilitas kegiatan rutin sehari-hari.¹⁴ Skala rasa nyeri myofasial berbanding lurus dengan skala kecemasan, depresi dan disabilitas sehingga dibutuhkan perawatan yang multipel termasuk didalamnya faktor psikologis untuk mendapatkan hasil yang memuaskan.¹²

Perawatan untuk nyeri miofasial adalah dengan cara farmakologi (obat-obatan analgetik, *muscle relaxant*, anti depresan, antikonvulsan), injeksi *trigger point*, manual terapi (*Transcutaneous Electric Nerve Stimulation*, *ultrasound*, stimulasi magnet, *deep pressure massage*, terapi laser) dan pembuatan alat splint.^{15,16} Pasien pada kasus ini menderita depresi berat dan kehilangan gigi. Perawatan dengan memasang gigi tiruan sebagian lepasan untuk membantu pengunyahan disertai pemasangan alat berupa splint stabilisasi dengan tujuan untuk mengurangi rasa nyeri.

Penelitian sebelumnya menyatakan penurunan rasa nyeri kelainan sendi temporomandibular setidaknya 30% lebih rendah dibandingkan awal perawatan setelah menggunakan alat intraoral.¹⁶ Pada kasus ini pasien menunjukkan penurunan skala nyeri dan depresi setelah menggunakan alat splint. Pasien dengan nyeri myofasial biasanya menunjukkan prevalensi depresi yang tinggi dibandingkan dengan orang sehat. Faktor psikologis mempunyai pengaruh predisposisi, inisiasi dan memperparah nyeri kronis, meskipun nyeri myofasial bukanlah suatu kelainan psikologis namun bisa berhubungan dengan kelainan psikologis. Perdebatan apakah nyeri menyebabkan depresi atau sebaliknya masih berlangsung. Sulit untuk menentukan mana yang yang berlangsung lebih dulu.¹¹

Karakteristik patopsikologi yang berhubungan dengan nyeri kronis pada pasien-pasien dengan nyeri myofasial telah banyak diteliti namun kurang diterapi dibandingkan kondisi kronis nyeri otot.¹⁴ Perawatan multidisipliner untuk nyeri myofasial kronis akan berhasil dengan baik jika pasien tidak depresi. Pasien sebaiknya diskriminasi skala depresinya sebelum memulai perawatan komprehensif untuk merawat nyeri myofasial. perawatan efektif depresi sebelum memulai perawatan mungkin akan meningkatkan hasil akhir perawatan.¹⁷

Kesimpulan

Perawatan nyeri pada pasien dengan RAS disertai dengan nyeri myofasial tidak bisa hanya dengan terapi stomatitis konvensional saja. Perawatan komprehensif termasuk secara farmakologi maupun non farmakologi perlu dilakukan untuk menghilangkan nyeri yang dialami pasien. Faktor psikologis yang berperan dalam RAS maupun nyeri myofasial perlu diperhatikan karena berkaitan langsung dengan keluhan pasien.

Referensi

1. Bruch JM, Treister NS. *Clinical Oral Medicine and Oral Pathology*. New York: Springer. 2010. p53–54.
2. Chavan M, Jain H, Diwan N et al. Recurrent aphthous stomatitis: a review. *J Oral Pathol Med* 2012;41:577–83.
3. Cawson RA, Odell EW. *Disease Of the Oral Mucosa: Non-infective stomatitis dalam Oral Patologi and Oral Medicine*. Churchill Livingstone. 2002. p192–195.
4. Guallar IB, Soriano YJ, Lozano AC. Treatment of reccurent aphthous stomatitis a literature review. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(2):68–74.
5. Challacombe SJ, Alshahaf S, Tappuni A. Recurrent Aphthous Stomatitis: towards evidence based treatment? 2015;2:158–67.
6. Scully C. *Medical Problems in Dentistry*. 6th ed. Livingstone: Elsevier. 2010. p439–440.
7. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket’s Oral Medicine*. 12th ed. Hamilton: BC Decker, Inc; 2015. p81,252.
8. Jaeger B dan Oye R. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med* 1989 Aug;151:157-60.
9. Ribeiro MC, von Meusel LDZ, Gavioli E, Silveira AM dan Cericato GO. Prevalence of TMJ pain symptom in adults and its association with predisposing factor. *Biosci J* 2018;34(6):1815-23.
10. Vidakovic B, Uljanic I, Peric B, Grgurevic J dan Sonicki Z. Myofascial pain of the head and neck among Croatian war veterans treated for depression and posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina* 2016;28(1):73-76.
11. Altindag O, Gur A dan Altindag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patients with myofascial pain syndrome. *Pain Med* 2008;9(2):161-5.
12. Poluha RL, Silva RS, Conti PCR, Mitrirattanakul S dan Merrill R. Indexes of anxiety, depression dan disability in patients with myofascial pain, with and without the additional diagnosis of migraine. *Rev Dor* 2017;18(3):189-93.
13. S lebioda Z, Szponar E, Kowalska A, Etiopathogenesis of Recurrent Aphthous Stomatitis and the Role of Immunologic Aspects: Literature Review. *Arch. Immunol. Ther. Exp* 2014;62:205–215.
14. Castelli L, De Santis F, Giorgi I, Deregibus A, Tesio V, Leombruni P, et al. Alexithymia, anger and psychological distress in patients with myofascial pain: a case control study. *Frontiers in Psychology* 2013;4:1-8.
15. Desai MH, Saini V dan Saini S. Myofascial pain syndrome: a treatment review. *Pain Ther* 2013;2:21-36.
16. Nillson H dan Ekberg E. Do psychological factors and general health influence the short-term efficacy of resilient appliance therapy in patients with temporomandibular disorder pain?. *Acta Odontologica Scandinavia* 2010;68:141-7.
17. Sorrell MR, Flanagan W dan McCall JL. The effect of depression and anxiety on the success of multidisciplinary treatment of chronic resistant myofascial pain. *J of Musculoskeletal Pain* 2003;11(1):17-20.