Manifestasi dan tatalaksana lesi oral pada pasien penderita *systemic lupus erythematosus (SLE)*: laporan kasus

Iin Heldayani[1*]
Riani Setiadhi[2]

[1]**Program Spesialis Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran, Indonesia**
[2]**Departemen Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran, Indonesia**

***Korespondesi**
Email | iin20001@mail.unpad.ac.id

Submission | 20 August 2023
Revised | 03 November 2023
Accepted | 30 Januari 2024
Published | 31 Januari 2024
DOI: 10.24198/jkg.v36i4.49461

p-ISSN 0854-6002
e-ISSN 2549-6514

Sitasi | Heldayani I, Setiadhi R. Manifestasi dan tatalaksana lesi oral pada pasien penderita *systemic lupus erythematosus (SLE)*: Laporan kasus**.** J Ked Gi Univ Padj. 2024; 36(Suppl 4): 188-195. **DOI:** 10.24198/jkg.v36i4.49461

Copyright: © 2023 oleh penulis. diserahkan ke Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran untuk open akses publikasi di bawah syarat dan ketentuan dari Creative Commons Attribution (CC BY) license (https: // creativecommons.org/licenses/by/ 4.0/).

ABSTRAK

Pendahuluan: *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) merupakan penyakit autoimun kompleks yang menyerang berbagai sistem organ tubuh dengan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Manifestasi klinis paling umum adalah keterlibatan mukokutan dan manifestasi oral yang meliputi ulkus oral, lesi *discoid, lichen planus-like lesion* dan xerostomia. Manifestasi oral SLE pada orang dewasa jarang ditemukan. Tujuan dari Laporan Kasus ini adalah untuk mendeskripsikan manifestasi tatalaksana lesi oral pada pasien penderita systemic lupus erythematosus (SLE). **Laporan kasus**: Seorang wanita berusia 21 tahun dengan SLE dirujuk dari Divisi Rheumatologi RSUP. Dr. Hasan Sadikin, Bandung dengan keluhan rasa sakit pada rongga mulut, serta kesulitan makan dan minum. Pemeriksaan ekstra oral menemukan ruam malar pada wajah dan bibir terlihat eksfoliatif. Intra oral ditemukan lesi erosif, eritem, tunggal, berbentuk bulat dengan diameter 0,7 cm pada mukosa bukal. Terdapat ulser erosif, eritem dengan dasar putih, multiple, berbatas jelas, ukuran bervariasi pada palatum durum dan pada gingiva anterior terdapat hematom keunguan yang mudah berdarah. Diagnosis SLE dalam kasus ini ditetapkan melalui pemeriksaan penunjang ANA *test* yang menunjukan hasil *reactive* dengan pola *speckled* dan titer 1:100 (*Strong Positive*). Terapi farmakologi untuk mengatasi kelainan rongga mulut dan bibir adalah triamsinolon asetonid 0,1% *in orabase*, obat kumur klorin dioksida dan vaselin album. Terapi non-farmakologi berupa edukasi untuk menghindari makanan yang pedas dan keras serta menjaga kesehatan gigi dan mulut. **Simpulan:** Pasien dengan SLE dapat menunjukan berbagai macam manifestasi oral. Diagnosis dan tatalaksana yang tepat memainkan peranan penting dalam mencegah progresivitas dan kronisitas dari penyakit ini sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pasien.

Kata kunci
systemic lupus erythematosus, tatalaksana SLE, manifestasi oral

Manifestation and management of oral lesion in patient with systemic lupus erythematosus (SLE): case report

ABSTRACT

***Introduction**: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a complex autoimmune disease that affects various systems and organs with high morbidity and mortality rates. The most common clinical manifestation is mucocutaneous involvement and oral manifestations comprised of oral ulcers, discoid lesions, lichen planus-like lesions and xerostomia. Oral manifestations of SLE in adults were rare. This study is aimed to describe oral manifestations of SLE and its management. **Case report**: A 21-year-old woman with SLE was referred from Rheumatology Division of RSUP. Dr. Hasan Sadikin, Bandung, complaining of painful in oral cavity as well as difficulty in eating and drinking. Extraoral examination revealed malar rash on face and lips that looked exfoliative. Intraorally, revealed erosive lesion, erythematous, single, round-shaped with diameter of 0.7 cm on buccal mucosa. There were erosive ulcers, erythematous with white base, multiple, well-demarcated and varying in sizes on hard palate and on anterior gingiva there was purplish hematoma that bleeds easily. Diagnosis of SLE in this case was established based on supporting examination of ANA test which showed reactive results with speckled pattern and titer of 1:100 (Strong Positive). Pharmacological therapy to treat disorder of oral cavity and lips were 0.1% triamcinolone acetonide in orabase, chlorine dioxide mouthwash and vaseline album. Non-pharmacological therapy was giving education to avoid spicy and hard foods and maintain oral hygiene. **Conclusion**: SLE patients may exhibit variety of oral manifestations. Correct diagnosis and management play an important role to prevent the progression and chronicity of this disease to reduce patient morbidity and mortality.*

***Keywords**: systemic lupus erythematosus, Management SLE, Oral Manifestation.*

PENDAHULUAN

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) merupakan penyakit autoimun kompleks yang menyerang berbagai sistem dan organ tubuh sehingga memiliki morbiditas dan mortalitas yang tinggi.[1,2] Moriz Kaposi adalah orang yang pertama kali memperkenalkan lupus sebagai penyakit sistemik dengan berbagai macam manifestasi klinis.[3] Prevalensi SLE cukup tinggi yaitu 51 per 100,000 orang dan lebih dominan terjadi pada perempuan dibandingkan pria dengan peningkatan insidensi hampir tiga kali lipat dalam 40 tahun terakhir.[3,4,5] SLE menimbulkan beberapa tanda dan gejala yang beragam tergantung pada organ tubuh yang terlibat dengan tingkat rekurensi dan remisi yang berbeda-beda pada tiap pasien. Diagnosis SLE tidak mudah untuk ditegakan karena perjalanan penyakit dan manifestasi klinis yang beragam serta tingkat mortalitas yang tinggi.[3]

Etiologi SLE masih belum diketahui secara pasti namun demikian SLE dapat terjadi karena kombinasi beberapa faktor antara lain genetik, hormon dan lingkungan.[1,4] Faktor genetik memberikan predisposisi bagi perkembangan SLE dan secara umum terjadi akibat efek gabungan beberapa gen atau multigen. Kombinasi dari berbagai faktor tersebut dapat menimbulkan disregulasi dan hilangnya toleransi sel B dan sel T yang mengakibatkan terjadinya sintesis autoantibodi. Autoantibodi tersebut akan membentuk kompleks imun sehingga menyebabkan terjadinya inflamasi. Kekurangan komplemen C4 dapat mengakibatkan tidak mencukupinya *self*-reaktif pada sel B sedangkan kekurangan C1q menyebabkan berkurangnya eliminasi terhadap sel nekrotik. Dampak kumulatif dari beberapa gen tersebut dan minimalnya kontribusi setiap alel secara substansial dapat meningkatkan risiko terjadinya SLE pada seseorang. Faktor hormon juga dapat memicu timbulnya penyakit SLE karena adanya peningkatan estrogen atau prolaktin dapat menyebabkan fenotipe autoimun sedangkan beberapa faktor lingkungan yang dapat memicu SLE antara lain sinar ultraviolet (UV), virus dan lain-lain.[3,4,5,6,7]

Manifestasi SLE sangat beragam dan dapat melibatkan semua sistem organ tubuh. Manifestasi klinisnya dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu manifestasi konstitusional seperti kelelahan, demam, penurunan berat badan dan manifestasi di organ yaitu tergantung pada organ tubuh mana yang terlibat. SLE juga sering bermanifestasi pada mukosa oral yang terjadi pada lebih dari 40% penderita meliputi ulkus oral, lesi *discoid, lichen planus-like lesion,* bullous SLE, *angular cheilitis,* kandidiasis, periodontiti*s,* glossitis*,* serostomia dan lain-lain.[2,4,8,9,10,11] Lesi oral tersebut dapat muncul sebelum atau setelah timbulnya lesi kulit atau bahkan dapat muncul tanpa diikuti manifestasi di kulit. Tingkat mortalitas dari SLE adalah 2 sampai 4 kali lipat dibandingkan dengan orang sehat sedangkan tingkat kelangsungan hidup penderita berkisar 95% pada 5 tahun dan 78% pada 20 tahun.[12]

Beberapa penelitian menunjukan bahwa manifestasi oral SLE cenderung lebih parah pada penderita anak-anak karena progresivitas penyakit pada anak-anak lebih cepat dibandingkan orang dewasa.[13,14] Pasien dalam kasus ini berusia dewasa namun lesi oral yang dialami dapat dikategorikan parah. Berdasarkan referensi yang ada, saat ini masih jarang studi kasus yang membahas tatalaksana lesi oral parah pada penderita SLE.

Meskipun manifestasi oral sering terjadi pada penderita SLE, namun tidak ada satupun pedoman pengelolaan terhadap lesi-lesi yang terjadi sehingga manifestasi ini sering tidak terdiagnosis dan tidak mendapatkan pengelolaan yang komprehensif.[15] Penatalaksanaan SLE merupakan tindakan yang komplek dan melibatkan berbagai multi disiplin ilmu karena adanya keterlibatan berbagai organ, dengan mempertimbangkan manifestasi klinis yang muncul serta tingkat keparahannya. Menegakkan diagnosis sejak dini dan melakukan penanganan yang tepat menjadi upaya yang sangat penting dalam rangka menurunkan tingkat morbiditas dan mortalitas penyakit SLE. Manifestasi oral SLE pada orang dewasa jarang ditemukan begitupun publikasi artikel terkait SLE yang masih sangat terbatas. Manifestasi oral SLE lebih sering dijumpai dengan tingkat keparahan yang tinggi pada anak-anak dibanding orang dewasa. Tujuan dari Laporan Kasus ini adalah untuk mendeskripsikan manifestasi tatalaksana lesi oral pada pasien penderita systemic lupus erythematosus (SLE).

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 21 tahun dengan riwayat penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dirujuk dari Departemen Ilmu Penyakit Dalam ke Departemen Ilmu Penyakit Mulut RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung. Keluhan utama berupa sariawan pada bagian dalam pipi dan rasa sakit pada langit-langit sehingga pasien mengalami kesulitan pada saat makan, minum dan berbicara. Berdasarkan anamnesis, pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit autoimun maupun penyakit sistemik lainnya.

Hasil pemeriksaan ekstra oral ditemukan ruam malar eritematous pada bagian wajah (Gambar 1A) dan eksfoliatif pada bibir (Gambar 1B). Hasil pemeriksaan intra oral ditemukan pada mukosa bukal terdapat lesi erosif, tunggal, eritem yang berbentuk bulat berdiameter 0,7 cm (Gambar 1C). Mukosa palatum durum terdapat ulser, erosif dan eritem dengan dasar putih, *multiple*, bentuk *irregular* dan berbatas jelas dengan jaringan sekitarnya (Gambar 1D) sedangkan pada gingiva anterior atas terdapat hematom berwarna merah keunguan dan mudah berdarah (Gambar 1E) disertai dengan mukosa mulut terlihat kering dan tidak adanya genangan saliva di dasar mulut.

Gambar 1. Manifestasi oral pada perempuan berusia 21 tahun penderita *systemic lupus erytematous*. A. Ruam malar pada wajah disertai lesi diskoid sekitar bibir. B. Eksfoliatif pada bibir atas dan bawah. C. Lesi erosif, eritem, berbentuk bulat, tunggal, berdiameter 0,7 cm pada mukosa bukal. D. Mukosa palatum durum terdapat ulser erosif dan eritem dengan dasar putih, *multiple*, bentuk *irregular* dan berbatas jelas dengan jaringan sekitarnya. E. Hematom berwarna merah keunguan dan mudah berdarah pada gingiva rahang atas.

Pasien dalam laporan kasus ini telah didiagnosis SLE dan dirawat di Departemen Ilmu Penyakit Dalam sejak bulan April 2022. Terapi farmakologi yang sudah diberikan dari Departemen Ilmu Penyakit Dalam adalah metilprednisolon, asam folat, $CaCO_3$ 500 mg dan lansoprazol 300 mg sedangkan terapi farmakologi dari Departemen Ilmu Penyakit Mulut pada tahap awal yaitu berkumur selama 1 menit dengan obat kumur klorin dioksida sebanyak 10 ml yang dilakukan 3 kali sehari, 30 menit setelah berkumur dilanjutkan dengan mengoles tipis *triamsinolon asetonid* 0,1% *in orabase* pada lesi mukosa bukal dan palatum, kemudian diakhiri dengan mengoleskan vaselin album pada bibir atas dan bawah. Terapi non-farmakologi yang diberikan berupa instruksi untuk menghindari makanan yang pedas dan keras serta pemberian edukasi untuk selalu menjaga kesehatan gigi dan mulut. Pasien dan keluarga kooperatif sehingga tidak ada kendala dalam penegakkan diagnosis maupun kunjungan kontrol.

Keluhan rasa sakit mulai berkurang pada kontrol pertama (Gambar 2), yakni 8 hari setelah pengobatan dan pasien sudah dapat makan serta minum secara normal. Pemeriksaan ekstra oral terlihat ruam malar pada wajah dan eksfoliatif pada bibir mengalami perbaikan (Gambar 2A dan 2B) sedangkan pada pemeriksaan intra oral lesi eritema pada mukosa bukal kanan telah sembuh namun pada mukosa palatum dan gingiva anterior atas masih terdapat ulser eritem (Gambar 2D dan 2E). Terapi farmakologi dan non-farmakologi dari Departemen Ilmu Penyakit Mulut tetap dilanjutkan karena masih ditemukan adanya lesi yang belum sembuh.

Gambar 2. Gambar klinis setelah menjalani 8 hari perawatan. (A dan B) ruam malar pada wajah dan eksfoliatif pada bibir mengalami perbaikan. (C) lesi eritema pada mukosa bukal kanan telah sembuh. (D dan E) mukosa palatum dan gingiva anterior atas masih terdapat ulser eritem.

Kontrol ke-2 yakni 21 hari setelah kunjungan pertama (Gambar 3), kondisi rongga mulut menunjukkan perbaikan yang sangat signifikan. Pemeriksaan ekstra oral terlihat ruam malar sudah berkurang dan bibir sudah tidak ada eksfoliatif (Gambar 3A dan B) sedangkan pemeriksaan intra oral terjadi penyembuhan lesi erosif dan eritema pada mukosa bukal dan palatum durum serta gingiva anterior atas (Gambar 3C, D dan E). Terapi farmakologi dan non-farmakologi dari Departemen Ilmu Penyakit Mulut tetap dilanjutkan dan pasien tetap diedukasi untuk selalu menjaga kesehatan rongga mulut dengan cara membersihkan gigi dan lidah menggunakan sikat gigi berbulu halus dan lembut dengan pasta gigi non-deterjen minimal 2 kali sehari. Pasien kemudian diberikan informasi mengenai hasil pengobatan yang menunjukkan adanya penyembuhan lesi oral dan dijelaskan tentang rekurensi penyakit yang masih mungkin akan terjadi sehingga pasien tetap diedukasi untuk senantiasa merawat dan menjaga kebersihan rongga mulut. Selama perawatan dan pengobatan tidak ditemukan adanya efek samping atau reaksi yang tidak diinginkan pada pasien. Hasil perawatan terhadap lesi oral pasien dalam kasus ini memberikan prognosis yang baik dalam menurunkan tingkat keparahan penyakit.

Gambar 3. Gambaran klinis pada kunjungan ke-2 atau 21 hari setelah pengobatan. (A dan B) ruam malar pada wajah sudah berkurang dan bibir sudah tidak eksfoliatif. (C,D dan E) Lesi erosif dan eritema pada mukosa bukal, palatum dan gingiva anterior atas telah sembuh.

PEMBAHASAN

SLE adalah gangguan autoimun yang menyerang multisistem dengan spektrum luas dan melibatkan hampir semua organ dan jaringan termasuk rongga mulut. Sistem imun kompleks pada SLE tidak lagi mampu mengenali antigen sehingga banyaknya antibodi atau autoantibodi yang terbentuk akan menyerang sel dan jaringan tubuh sendiri dan akan menimbulkan reaksi hipersensitivitas, inflamasi dan rasa nyeri pada pasien.[2] SLE berkembang ketika limfosit T teraktivasi oleh antigen yang dipresentasikan oleh *Antigent Presenting Cells* (APC) melalui *Major Histocompatibility Complex* (MHC). Sel T CD4 memiliki peran penting dalam patogenesis SLE karena mampu menginisiasi respons sel B sekaligus menginfiltrasi jaringan target yang menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan.[6,7]

Pasien pada kasus ini telah didiagnosis SLE dengan keterlibatan mukokutan, muskuloskeletal, dan hematologi sejak bulan April 2022 oleh bagian Ilmu Penyakit Dalam. Diagnosis pada pasien ini ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium darah yang menunjukan hemoglobin, hematokrit, limfosit, eritrosit, monosit, MCHC, MCH mengalami penurunan dan tes imunoserologi menunjukan ANA *test reactive* dengan pola *speckled* dan titer 1:100 (*Strong Positive*). Diagnosis SLE sering kali sulit ditegakkan mengingat penyakit ini biasanya ditandai dengan gejala yang nonspesifik.[16,17] Gejala awal yang dirasakan pasien pada kasus ini yaitu berupa nyeri di lambung sejak satu tahun yang lalu disertai dengan keluhan rasa sakit pada sendi kaki dan sendi tangan, demam yang hilang-timbul selama beberapa bulan, mudah lelah dan terjadi penurunan berat badan yang signifikan. Keluhan akan semakin berat ketika pasien melakukan aktivitas di bawah terik cahaya matahari langsung. Pasien juga merasakan terjadi perubahan warna kulit yang semakin gelap dan bersisik terutama di bagian wajah. Paparan radiasi sinar ultraviolet (UV) adalah salah satu faktor predisposisi penting dalam memediasi perkembangan penyakit SLE pada pasien ini. Sinar UV dapat merangsang keratinosit memproduksi CSF-1 kemudian merekrut dan mengaktifkan monosit sehingga meningkatkan apoptosis keratinosit.[18] Gangguan eliminasi sel apoptosis dapat memicu nekrosis sekunder dan melepaskan molekul inflamasi termasuk sitokin, kemokin dan autoantigen, yang dapat meningkatkan perkembangan lesi kulit pada SLE.[19,20]

Lesi oral merupakan salah satu gejala klinis yang penting dalam menegakkan diagnosis SLE. Manifestasi oral dijumpai pada lebih dari 40% penderita SLE.[8] Secara spesifik beberapa referensi menyebutkan bahwa angka keterlibatannya adalah 9% sampai 45%.[2] Daerah yang paling dominan terlibat meliputi palatum, mukosa bukal, mukosa labial dan dorsum lidah.[2] Beberapa penelitian menyatakan bahwa bentuk lesi oral SLE yang paling sering dijumpai adalah eritem hingga ulserasi tanpa indurasi, disertai papula putih. Berbagai lesi oral termasuk ulserasi, lesi diskoid, *lichen planus (LP)-like lesions*, bullosa SLE, kheilitis angularis, lupus kheilitis, mukositis dan glossitis dapat terjadi pada penderita SLE selain itu pasien juga dapat mengalami glosodinia, disgeusia, dan serostomia. Lesi oral SLE yang disebabkan oleh vaskulitis dapat muncul sebagai ulserasi dan menjadi sedikit berbeda dengan lesi kulit karena lapisan epitel mukosa mulut yang lebih tipis sehingga terlihat sebagai daerah atrofi dikelilingi daerah keratotik.[21] Lesi oral dapat dimulai sebagai petekie kemudian berkembang menjadi lesi eritem dan ulserasi yang sakit. Secara klinis, terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas penyakit SLE dengan lesi pada mukosa. Lesi oral akan menimbulkan gejala yang signifikan pada pasien berupa rasa sakit ketika aktivitas penyakit SLE mengalami peningkatan.[2,22]

Gambaran klinis lesi oral SLE di rongga mulut memiliki banyak istilah seperti *oral discoid lesion, chronis plaque, lupus cheilitis, acute ulcers, oral ulcers, red ulcers, ulcerative plaques, honeycomb lesion, keratotic lesion,* dan *white keratotic plaque*. Gambaran klasiknya adalah *oral discoid lesion* dengan karakteristik daerah eritem, atrofi atau ulserasi dikelilingi *radiating striae*.[5,8,22,23] Lesi diskoid seperti lesi kulit akibat terkena sinar UV dapat terlihat juga pada daerah vermilion bibir yang berbatas tegas dan berbentuk bulat dengan *striae* hiperkeratosis.[21]

Manifestasi oral lainnya adalah serostomia yang terjadi karena adanya inflamasi kronis akibat pemakaian obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, kortikosteroid dan imunosupresan yang dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas saliva yang dihasilkan.[2,5] Beberapa gambaran klinis SLE dan manifestasi oral tersebut ditemukan pada pasien dalam kasus ini yaitu ruam malar pada wajah dan *oral ulcers* pada mukosa bukal kanan dan palatum durum serta adanya keluhan serostomia. Karakteristik ulser di mukosa bukal berbentuk eritem, bulat, tunggal dan berbatas jelas sedangkan ulser pada palatum berbentuk eritem dengan dasar putih, *irregular*, *multiple* dengan ukuran bervariasi yang menutupi seluruh mukosa palatum durum. Kondisi ini mengakibatkan pasien SLE memerlukan perawatan rongga mulut khusus karena adanya kerentanan pasien terhadap infeksi yang mungkin akan terjadi.

Diagnosis banding dari lesi oral SLE adalah *oral lichen planus, erythema* multiformis, kandidiasis *erythematosus* dan lesi putih non spesifik. Secara histopatologi, lesi oral pada SLE dan *lichen planus* memiliki gambaran klinis yang relatif sama dimana terdapat infiltrat inflamasi yang parah pada perivaskular, degenerasi liquifaksi sel basal dan apoptosis keratinosit. Perbedaan pasti hanya dapat dikonfirmasi melalui pemeriksaan *Direct Immunofluorescence* (DIF).[16] Akan tetapi dapat juga dibedakan secara klinis dimana lesi *lichen planus* memiliki banyak tipe seperti bentuk retikular, eritematos, ulseratif dan biasanya muncul secara bilateral dalam mukosa mulut.[16]

Tatalaksana SLE sangat bergantung pada sistem organ tubuh yang terlibat. Tatalaksana terhadap ulser oral pada pasien dalam laporan kasus ini adalah dengan pemakaian obat kumur klorin dioksida, kortikosteroid topikal yaitu triamsinolon asetonid, dan vaselin album. Lesi oral sembuh setelah kunjungan kedua atau 3 minggu setelah menjalani terapi. Ulkus rongga mulut pada palatum dianggap sangat sulit disembuhkan sehingga diperlukan kortikosteroid topikal. Tujuan pemberian triamsinolon asetonid adalah untuk meredakan inflamasi dengan cara menurunkan jumlah dan fungsi berbagai sel imun seperti sel limfosit B dan T. Triamsinolon asetonid 0,1% *in orabase* adalah steroid topikal yang memiliki mekanisme kerja sebagai anti-inflamasi dan imunosupresan.[24,25] Sifat anti-inflamasinya mampu menghambat migrasi makrofag dan leukosit pada daerah cedera sehingga terjadi peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang berdampak pada berkurangnya daerah eritema dan edema. Efek immunomodulatornya dapat menghambat enzim fosfolipase A2 pada membran sel fosfolipid sehingga dapat menghambat pecahnya membran lisosom dan mencegah pembentukan asam arakidonat.[25] Selain memiliki efek anti-inflamasi, antimitotik, vasokonstriksi dan fungsi imunomodulator, kortikosteroid dalam bentuk sediaan *in orabase* memiliki sifat proteksi (*covering agent*) dan merupakan bentuk sediaan yang paling baik karena dapat memberikan kesempatan bahan aktif untuk berkontak dan melindungi lesi dari jejas luar. Zat aktif tersebut dapat terserap dengan baik sehingga mempercepat penyembuhan lesi erosif pada palatum dan mukosa bukal.[25,26]

Tujuan pemberian obat kumur klorin dioksida adalah untuk mengatasi keluhan kering pada rongga mulut pasien sebagai akibat dari efek samping obat-obatan SLE yang dikonsumsi oleh pasien.[27,28] Obat kumur klorin dioksida mengandung klorin dioksida, *xylitol,* zinc asetat dan bebas alkohol. Klorin dioksida adalah agen antimikroba yang efektif melawan dan melenyapkan banyak bakteri terutama spesies anaerob. Klorin dioksida yang bereaksi dengan asam amino dalam saliva juga mampu menembus biofilm sehingga dapat mengganggu pertumbuhan bakteri dan meningkatkan laju aliran saliva atau menggantikan sekresi saliva yang hilang.[29,30,31] Penggunaan obat kumur yang mengandung klorin dioksida diharapkan dapat membantu melembabkan mukosa rongga mulut pasien sedangkan pemberian vaselin album ditujukan untuk melembabkan bibir yang eksfoliatif dengan mekanisme menunda penguapan air sehingga dapat mencegah bibir kering.[28]

Kesehatan rongga mulut penderita SLE memiliki keterkaitan erat dengan manifestasi oralnya,[8,32] sehingga bagian penting dalam tatalaksana oral penderitanya adalah penekanan akan pentingnya edukasi, dukungan dan konseling berikut implementasinya. Dokter gigi memiliki peran yang strategis dalam diagnosis awal SLE mengingat penyakit ini dapat bermanifestasi pada rongga mulut pasien. Penyembuhan sempurna pada pasien dalam laporan kasus ini dicapai 3 minggu setelah perawatan. Tantangan dalam tatalaksana SLE dengan keterlibatan oral adalah upaya penyembuhan lesi tanpa atau sekecil mungkin menimbulkan efek samping khususnya pasien dengan keterlibatan organ vital seperti jantung, ginjal, paru, dan lain-lain. Mortalitas dan morbiditas penderita SLE tinggi karena penyakit ini melibatkan multiorgan sehingga penanganannya melibatkan beberapa pihak dengan multi disiplin terkait.[12,32]

Laporan kasus ini telah mendapatkan persetujuan dari pasien berupa *informed consent* pengambilan foto klinis yang akan dicantumkan. Pemaparan dokumentasi foto klinis pasien tetap mengacu kepada prinsip kehati-hatian dan mengedepankan asas kerahasiaan identitas pasien dan keluarga. Total penyembuhan lesi oral pada pasien ini adalah 21 hari dan pasien sangat puas dengan hasil perawatan serta merasa lebih nyaman pada rongga mulutnya terutama saat makan dan berbicara sehingga membantu kelancaran asupan gizi pasien yang berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

Keterbatasan utama dalam Laporan Kasus ini adalah kendala bahasa karena pasien dan keluarganya hanya dapat berbahasa daerah (Bahasa Sunda) dan tidak lancar berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia. Selama masa pengobatan, proses anamnesis, pemberian instruksi dan edukasi selalu didampingi oleh penerjemah bahasa. Namun demikian, pasien dan keluarga sangat kooperatif selama proses pengobatan sehingga seluruh instruksi dan edukasi dilaksanakan dengan baik dan hasil pengobatan dapat lebih maksimal.

SIMPULAN

SLE pada kasus ini memiliki manifestasi oral yang kompleks yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pendekatan dari berbagai multidisiplin ilmu sangat penting dalam upaya pengobatan SLE. Terapi farmakologi dan non-farmakologi dari Departemen Ilmu Penyakit Mulut dalam laporan kasus ini dapat menyembuhkan lesi oral pasien setelah menjalani 3 minggu terapi. Terapi yang diberikan berhasil menurunkan angka morbiditas dan mortalitas sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kontribusi Penulis: Konseptualisasi, I.H. dan R.S; sumber daya, I.H dan R.S; penulisan penyusunan draft awal, I.H dan R.S; penulisan tinjauan dan penyuntingan, R.S; supervisi, R.S. Semua penulis telah membaca dan menyetujui versi naskah yang diterbitkan.
Pendanaan: Laporan kasus ini tidak menerima dana dari pihak luar.
Persetujuan Etik: Laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan deklarasi Helsinki.
Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent Statement*): Pernyataan persetujuan laporan kasus diberikan dan ditandatangan sebelum dilakukan pemeriksaan pasien.
Pernyataan Ketersediaan Data: Ketersediaan data Laporan kasus akan diberikan seizin semua peneliti melalui email korespondensi dengan memperhatikan etika dalam penelitian.
Konflik Kepentingan: Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Justiz Vaillant AA, Goyal A, Varacallo M. Systemic Lupus Erythematosus. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 2022. p. 15.
2. Cardoso, I. L., Leal, M. F. C., & Regis, R. C. D. Systemic Lupus Erythematosus and implications for the oral cavity. *Journal of Medical Care Research and Review*. 2020;*3*(9), 444–453.DOI: 10.15520/mcrr.v3i9.142
3. Tanzilia M. F., Tambunan B.A., Surya D.N., Dewi Suameitria. Patogenesis dan Diagnosis Sistemik Lupus Eritematosus. Syifa MEDIKA, Vol.11 (No.2). Maret 2021. p139-164
4. Bertsias G, Cervera R, Boumpas DT. Systemic Lupus Erythematosus: Pathogenesis and Clinical Features. EULAR Textbook on Rheumatic Disease Chapter 20 page 476-505
5. Hammoudeh M, Al-Momani A, Sarakbi H, Chandra P, Hammoudeh S. Oral Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus Patients in Qatar: A Pilot Study. *Int J Rheumatol*. 2018;2018:6052326. doi:10.1155/2018/6052326
6. Choi Jinyoung, Kim Sang Taek and Craft Joe. The Pathogenesis of Systemic Lupus Erythematous-An Update. Curr Opin Immunol.2012. December; 24 (6):651-657. doi:10.1016/j.coi.2012.10.004
7. Crow K Mary., Etilogy and Pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus. Firestein & Kelleys Textbook of Rheumatology. 2016
8. Khatibi M, Shakoorpour A, Jahromi ZM, Ahmadzadeh A. The Prevalence of Oral Mucosal Lesions and Related Factors in 188 Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Lupus*. 2012;21(12):1312-1315. DOI: 10.1177/0961203312454589
9. Aurlene N, Manipal S, Prabu D, Rajmohan. Prevalence of oral mucosal lesions, dental caries, and periodontal disease among patients with systemic lupus erythematosus in a teaching hospital in Chennai, Tamil Nadu. J Family Med Prim Care. 2020 Jul 30;9(7):3374-3380. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1263_19. PMID: 33102299; PMCID: PMC7567218.
10. Kudsi M, Nahas LD, Alsawah R, Hamsho A, Omar A. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in systemic lupus erythematosus patients. Arthritis Res Ther. 2021 Sep 3;23(1):229. doi: 10.1186/s13075-021-02614-8. PMID: 34479636; PMCID: PMC8414847.
11. Mangla Chhaya., Goyal Pardeep., Singh Harkanwal Preet., Oral manifestation of Systemic Lupus Erythematosus: A case report. International Journal of Applied Dental Sciences.2018, Vol. 4 Issue 3, Part B
12. Fortuna G, Brennan MT. Systemic Lupus Erythematosus: Epidemiology, Pathophysiology, Manifestations, and Management. *Dent Clin North Am*. 2013;57(4):631-655. doi:10.1016/j.cden.2013.06.003
13. Pandey A, Pandey M, Pandey VP, Ravindran Vinod. Oral Manifestations of Autoimmune Connective Tissues Disease. Indian J. Rheumatol. 2018;13:264-272. doi:10.4103/injr.injr_51_18
14. Grhahani R, Ganesan PD, Ningrat RFS. Clinical Manifestations of Systemic Lupus Erythematous in Children at Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung, Indonesia. Althea Medical Journal. 2018;5(4):187-191 DOI: 10.15850/amj.v5n4.664
15. Fosam Helan., Managing Dental and Orofacial Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. Rheumatology Advisor. Aug 2020.
16. Mailiza F. Oral Manifestation of Systemic Lupus Erythematous: A Review. Advances in Health Sciences Research, volume 47. 2022:59-63 DOI: 10.2991/ahsr.k.220303.012
17. Ghrahani Reni., Darshani Priya., Ningrat Reni Farensia Soedjana. Clinical Manifestation of Systemic Lupus Erythematous in Children aq Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung, Indonesia. Althea Medical Journal. 2018;5(4):187-91
18. Skopelja-Gardner S, Tai J, Sun X, Tanaka L, Kuchenbecker JA, Snyder JM, et.al. Acute Skin Exposure To Ultraviolet Light Triggers Neutrophil-Mediated Kidney Inflammation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021 Jan 19;118(3):e2019097118. doi: 10.1073/pnas.2019097118. PMID: 33397815
19. Kuhn A, Wenzel J, Weyd H. Photosensitivity, apoptosis, and cytokines in the pathogenesis of lupus erythematosus: a critical review. Clin Rev Allergy Immunol. 2014;47(2):148–62. https://doi.org/10. 1007/s12016-013-8403-x.
20. Yu C, Chang C, Zhang J. Immunologic and genetic considerations of cutaneous lupus erythematosus: a comprehensive review. J Autoimmun. 2013;41:34–45.DOI: 10.1016/j.jaut.2013. 01.007.

21. Chiewchengchol D, Murphy R, Edwards SW, Beresford MW. Mucocutaneous manifestations in juvenile-onset systemic lupus erythematosus: a review of literature. Pediatr Rheum. Online J. 2015 Jan 5;13:1. doi:10.1186/1546-0096-13-1.
22. Wardhani Rita, Sufiawati Irna. Oral Manifestations of Systemic Lupus Erythematous and Its Comprehensive Management: Two Case Reports. Majalah Kedokteran Bandung, Volume 50 No. 1, Maret 2018. DOI: 10.15395/mkb.v50n1.1234
23. Chi AC, Neville BW, Krayer JW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2010;82(11):1381-1388. Mailiza Fitria. Oral Manifestation of Systemic Lupus Erythematous: A Review. Advances in Health Sciences Research, volume 47. Publication date 8 March 2022.DOI: 10.2991/ahsr.k.220303.012
24. Hamishehkar H, Nokhodchi A, Ghanbarzadeh S, Kouhsoltani M. Triamcinolone Acetonide Oromucoadhesive Paste for Treatment of Aphthous Stomatitis. *Adv Pharm Bull*. 2015;5(2):277-282. DOI: 10.15171/apb.2015.038
25. Sidhu G, Preuss CV. Triamcinolone. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 17, 2022.
26. Amtha, R., Marcia, M., Aninda,. A.I. Plester Sariawan Efektif dalam Mempercepat Penyembuhan Stomatitis Aftosa Rekuren dan Ulkus Traumatikus. Majalah Kedokteran Gigi Indonesia. 2017; 3(2): 69-70.
27. Queirós, Paulo; Santos, Eduardo; Apóstolo, João; Cardoso, Daniela; Cunha, Madalena; Rodrigues, Manuel, Aggregation. The effectiveness of cleansing solutions for wound treatment: a systematic review, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: October 2014 - Volume 12 - Issue 10 - p 121-151. DOI: 10.11124/jbisrir-2014-1746
28. CDA-Asis. Why are the Lanonin Based Creams and ointments preferred over petroleum-base products for moisturizing and protective properties? 8 September 2014.
29. Bestari MD, Sunarto H, Kemal Y. Efficacy of chlorine dioxide mouthwash against halitosis. IOP Conf. Series: Journal of Physics: Conf. Series 884 (2017) 012136 DOI: 10.1088/1742-6596/884/1/012136
30. Perwiradinata R, Radithia D, Endah A, Soebadi B. Management of xerostomia using chlorine dioxide mouthwash in post-surgical and chemotherapy breast cancer patient with aromatase inhibitor treatment (anastrazole). Journal of Case Reports in Dental Medicine (J Case Rep Dent Med) January 2020, Volume 2, Number 1: 16-20.
31. Pham TAV, Nguyen NTX. Efficacy of chlorine dioxide mouthwash in reducing oral malodor: A 2-week randomized, double-blind, crossover study. *Clin Exp Dent Res*. 2018;4(5):206-215. DOI: 10.1002/cre2.131
32. Lam NC, Ghetu MV, Bieniek ML. Systemic Lupus Erythematosus: Primary Care Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2016;94(4):284-294.