

GAMBARAN KLINIK DAN LATAR BELAKANG PASIEN DENGAN DIAGNOSIS KLINIK SEBAGAI LICHEN PLANUS DI POLI PENYAKIT MULUT RSCM DAN RSGM

Sri Tjahjani Sumantri
Siti Aliyah Pradono

Bagian Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Sri Tjahjani Sumantri, Siti Aliyah Pradono: Gambaran Klinik dan Latar Belakang Pasien dengan Diagnosis Klinik Sebagai Lichen Planus di Poli Penyakit Mulut RSCM dan RSGM. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*. 2000; 7 (Edisi Khusus): 285-290

Abstract

Lichen planus is disorder of the skin and mucous membrane that presenting pruritic, purple and polygonal papules. Oral lesions may persist for years and with clinical appearance that sometimes very confusing. In most cases, oral lesions are present as white, reticulated or netlike areas involving the mucosa. These lesions are characteristic and called Wickham's striae. This paper presented some cases with lesions that resembled oral lichen planus.

Pendahuluan

Secara klinik dan histologik lichen planus hampir sama dengan lichenoid,

stomatitis yang berhubungan dengan obat-obatan, kelainan autoimun dan penyakit mulut lainnya, walaupun lichen planus mempunyai gambaran yang khas. Diagnosis banding dari lichen planus sangat luas.¹

Pasien dengan lichen planus pada umumnya mempunyai latar belakang stres yang berkaitan dengan timbulnya lichen planus.² Beberapa kasus yang secara klinik didiagnosis sebagai lichen planus akan dibahas. Pasien-pasien tersebut mempunyai gambaran klinik yang beragam dan pada umumnya dengan latar belakang stres.

Tinjauan Pustaka

Lichen planus adalah suatu penyakit kulit dan mukosa yang etiologinya belum diketahui. Penyakit ini pertama kali ditemukan oleh Wilson th 1869.³ Sekitar 67% pasien oral lichen planus (OLP) dan 65% lichen planus pada kulit adalah wanita. Usia pasien OLP berkisar antara umur 52 - 53 tahun, jarang pada anak-anak.⁴

Etiologi yang pasti dari OLP belum diketahui. Beberapa faktor berperan sebagai penyebab timbulnya OLP yaitu antara lain, faktor genetik, infeksi, imuno defisiensi, alergi, stres dan anxietas.^{2,5,7} Keadaan stres dapat merangsang kelenjar medula adrenal dan atau ujung-ujung saraf simpatik untuk mengeluarkan catecholamine, epinephrine dan norepinephrine yang diketahui dapat menimbulkan berbagai keadaan patogenik.² Beberapa penelitian menyatakan bahwa, meningkatnya stres dalam kehidupan berpengaruh dalam timbulnya OLP.^{4,5,8} Stres yang paling banyak adalah masalah keluarga, pekerjaan dan yang berhubungan dengan kematian anggota keluarga.² Latar belakang perubahan psikiatris dan kecemasan banyak ditemukan pada pasien OLP tipe erosive dan atropik.^{2,7,8} Hipertensi dan diabetes melitus dikatakan berhubungan dengan OLP, hal ini mungkin berkaitan dengan stres.^{2,4} Dilaporkan ada beberapa pasien OLP disertai hepatitis kronik dan laporan lain dengan infeksi hepatitis C, masih sulit untuk dikatakan adanya hubungan antara OLP dan hepatitis.^{9,10}

Oral lichen planus dapat ditemukan diseluruh bagian mukosa mulut tapi tempat

yang paling sering adalah mukosa pipi, lidah dan gingiva. Palatum merupakan tempat yang paling jarang terkena lichen planus. Lesi pada umumnya bilateral.^{3,5} Kadang-kadang OLP hanya ditemukan pada bibir.⁵ Selain kulit pasien OLP dapat juga memberikan gambaran LP pada genital, kuku, kulit kepala, esofageal dan mata.^{4,6}

Gambaran klinik lichen planus dalam mulut dapat memberikan gambaran berupa reticular, plaquelike, atrophic, papular, erosive, ulserative dan atau bullous.^{3,11} Lesi biasanya berbentuk lesi putih seperti jala/renda, sedikit meninggi dan atau berupa papula. Bentuk lain berupa plak atau atropik dan ulserasi. Lesi retikuler pada umumnya tidak menimbulkan gejala sehingga, pasien jarang yang datang ke klinik untuk berobat. Bentuk atropik/ulserasi dan erosive akan menimbulkan rasa sakit, terutama bila ada hal atau makanan yang merangsang.^{1,3,5,11} Lesi retikuler biasanya secara konsisten selalu menyertai lesi bentuk lain walaupun hanya sedikit.⁵ Lesi bentuk papular dan plak seharusnya dilakukan biopsi, hal ini diperlukan untuk membedakan dengan leukoplakia yang secara klinik terlihat hampir sama. Selain itu biopsi juga diperlukan pada lesi erosive dan bullous untuk membedakan dengan penyakit lain seperti eritema multiforme, lupus eritematosus yang dapat memberikan gambaran klinik yang hampir sama.¹ Lesi di gingiva bila tidak disertai dengan lesi di bagian mulut lainnya akan sulit untuk didiagnosis, pada OLP biasanya memberikan gambaran deskuamasi.^{3,5} Gambaran deskuamasi terutama pada attached gingiva dan pasien akan mengalami rasa sakit, kadang-kadang disertai perdarahan. Bila keadaan bertambah parah karena oral hygiene yang buruk maka, diperlukan biopsi untuk membedakan dengan pemphigoid.¹² Penyakit linear IgA mempunyai gambaran klinik mirip dengan lichen planus terutama bentuk bullous erosive, dan dapat dibedakan dengan lichen planus melalui pemeriksaan immuno-fluorescent.¹³

Dari suatu penelitian ditemukan 8 kasus OLP yang mengalami perubahan epitel mulai

dari atipia sampai verucous atau karsinoma sel skuamosa. Tapi penelitian –penelitian tentang ini masih mempunyai banyak kelemahan. Walau bagaimanapun dihimbau untuk dapat meyakinkan pasien agar mau melakukan biopsi dan kontrol yang ketat karena adanya kemungkinan perubahan ke arah keganasan.^{14,15}

Diagnosis klinik ditegakkan bila ditemukan adanya gambaran retikuler walaupun hanya sedikit, kadang-kadang hanya berupa garis-garis radier putih. Ciri khas dari OLP gambaran lesi putih keratotik tidak hilang bila mukosa diregangkan dan tidak dapat dihilangkan dengan kerokkan pada permukaan lesi.¹

Patogenesis OLP pada dasarnya adalah mekanisme imun seluler. Secara histopatologik OLP biasanya memberi gambaran khas berupa hiper-ortokeratosis, hiper-parakeratosis, perubahan degeneratif pada sel-sel basal dan kumpulan limfosit dan histiosit yang membentuk pita pada zona membran basal.^{5,16} Ditemukan pula terjadinya peningkatan apoptosis dari sel-sel basal dan parabasal.¹⁷ Pemeriksaan imunohistologik akan terlihat berbagai variasi keratinosit dan sel apitel dendritik pada LP.^{16,18} OLP juga berhubungan dengan HLA antigen antara lain HLA-DRw9 ditemukan pada OLP ras jepang dan China serta HLA-DR3 meningkat pada OLP erosive.¹⁶

Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit dan riwayat pengobatan, riwayat penyakit sistemik, gambaran klinik, pemeriksaan histologik dan imunohistologik.^{3,5,11}

Terapi pada tipe retikuler biasanya tidak diperlukan karena tidak menimbulkan gejala. Lesi ulserative, erosive dan atropik merupakan problem pada pengobatan OLP. Kortikosteroid masih menjadi pilihan, secara topikal misal triamcinolone maupun secara sistemik misal prednison.⁵ Gel mengandung fluocinolone acetonide telah dicoba dengan hasil yang cukup memuaskan, demikian pula dengan retonoic acid secara topikal.^{19,20}

Laporan kasus

Kasus I.

Wanita usia 41 tahun, mengeluh sejak 2 tahun yang lalu timbul “sariawan” di pipi kanan dan kiri, ada riwayat penyakit sariawan dalam keluarga dari ayah. Kelainan tersebut timbul setelah pindah rumah dan sejak itu banyak hal yang menjadi beban keluarga antara lain anak menderita kanker pada kaki serta harus merawat mertua yang sedang sakit parah. Ada riwayat alergi terhadap debu. Pada pemeriksaan klinik, kelenjar limfe regional tidak teraba, terlihat eksfoliatif dan hiperpigmentasi pada bibir. Lesi putih berupa bercak-bercak dengan daerah erosive pada mukosa pipi kiri dan kanan regio molar pertama sampai terakhir. Terdapat lipatan pada lidah bagian anterior yang sudah ada sejak kecil dan varicosities pada ventral lidah.

Terapi yang diberikan adalah kortikosteroid topikal, salep pelembab untuk bibir dan vitamin. Satu bulan kemudian timbul OLP dengan lesi hanya pada mukosa bibir. Kekambuhan juga berkaitan dengan masalah yang ada dalam keluarga dan kelelahan fisik.

Kasus II.

Pria usia 65 tahun pensiunan guru sekarang bekerja sebagai penjaga vila dengan jam kerja mulai jam 22 – jam 04, selalu rutin minum obat-obatan. Mengeluh “sariawan” sejak 6 bulan yang lalu, sudah 2 kali berobat ke puskesmas tetapi tidak ada perubahan, diberi vitamin C tidak kuat, perut terasa perih. Dirujuk ke rumah sakit di Cianjur dan diberi obat kumur serta obat jamur tetapi obat habis sakit kambuh lagi. Pasien perokok, 1 bungkus perhari. Kelenjar limfe regional teraba, kenyal tidak sakit, bibir terlihat kering. Gambaran klinik berupa lesi erosive dengan bercak-bercak seperti jala mulai dari lipatan mukosa bukal rahang bawah naik ke mukosa bukal sampai daerah bukal gigi rahang atas, simetris dan sisi kanan terlihat

lebih parah. Lesi juga ditutupi oleh pseudomembran putih.

Pasien sementara waktu hanya diberikan vitamin dan dikirim ke laboratorium untuk pemeriksaan mikologi. Tetapi pasien tidak kembali.

Kasus III

Wanita usia 27 tahun, karyawan pabrik sepatu, belum berkeluarga. Mengeluh "sariawan" sejak 1 tahun yang lalu di pipi sebelah kiri dan kanan tidak pernah berpindah-pindah, terasa perih bila makan pedas. Sudah ke dokter dan diberi Betadine kumur, Mycostatin dan Vitazin sudah dipakai selama 1 minggu tetapi tidak ada perubahan. Pada pemeriksaan terlihat bibir kering dan berwarna hitam, kelenjar limfe tidak teraba. Intra oral ditemukan lesi erosive disertai bercak seperti jala pada mukosa bibir bawah dan atas. Pada mukosa pipi kiri dan kanan terlihat lesi yang sama, semua lesi dalam mulut disertai pigmentasi juga pada gusi rahang atas dan bawah.

Pasien diterapi dengan kortikosteroid topikal dan vitamin selama satu bulan. Hasilnya cukup baik lesi erosive menghilang hanya tinggal pigmentasi pada bibir.

Kasus IV

Pria usia 58 tahun, pensiunan guru, merasa "sariawan" sejak 3 bulan yang lalu, mudah berdarah dan sakit bila makan pedas. Pernah ke Puskesmas diberikan vitamin dan obat lain malah bertambah parah. Sebelumnya tidak pernah sariawan. Pemeriksaan kelenjar limfe regional tidak teraba, bibir terlihat kering disertai angular cheilitis kiri dan kanan. Mukosa bukal terdapat lesi erosive dengan batas keputihan di kiri dan kanan belakang mulai retromolar pada rahang bawah sampai ke rahang atas.

Kortikosteroid topikal dan obat kumur peroksid diberikan serta pasien dikirim ke laboratorium untuk pemeriksaan darah lengkap dan gula darah karena dicurigai

anemi dan diabetes melitus. Pasien belum kembali.

Kasus V

Wanita usia 35 tahun ibu rumah tangga, kadang-kadang bekerja sebagai buruh tani dengan latar belakang kehidupan suami istri yang tidak harmonis. Datang dengan keluhan luka pada seluruh mukosa mulut sakit dan tidak bisa makan sudah berlangsung beberapa hari. Pada pemeriksaan klinik terlihat bibir kering, kelenjar limfe regional membesar dan sakit. Intra oral terlihat lesi ulserative dan erosive pada dorsum lidah dan mukosa pipi kiri dan kanan. Dilakukan biopsi yang diambil pada daerah lateral lidah, merupakan daerah yang terparah dengan hasil yang mendukung diagnosis lichen planus.

Terapi prednison peroral, obat kumur antiseptik dan vitamin diberikan dengan hasil yang cukup baik. Dosis prednison dikurangi yang kemudian diganti dengan kortikosteroid topikal. Beberapa bulan kemudian pasien kambuh kembali tetapi keadaannya tidak separah yang pertama. Secara anamnesa kekambuhan berkaitan dengan masalah keluarga.

Kasus VI

Pria usia 42 tahun karyawan PT Telkom, sudah berkeluarga dengan kehidupan yang cukup baik, tetapi sangat sensitif, mudah cemas, bahkan terhadap hal-hal yang kecil. Pasien mengeluh rasa sakit pada gusi bagian atas sudah lebih kurang satu bulan dan sudah ke dokter gigi di poliklinik kantor lalu dirujuk ke RSGM-FKGUI. Pada pemeriksaan mulut kering, dorsum lidah terdapat beberapa lesi puti bentuk anular dan daerah yang atrofi, pada mukosa pipi dan gingiva regio premolar sampai molar akhir rahang atas terdapat daerah erosive kemerahan, dibagian tepi lesi terlihat bercak-bercak putih seperti renda di beberapa tempat, pada gingiva terlihat deskuamasi. Pasien akan mengikuti pelatihan (suspim) selama satu bulan.

Pasien diberikan kortikosteroid topikal dan vitamin, baru akan kembali setelah satu bulan.

Pembahasan

Keenam pasien yang datang didiagnosis hanya berdasarkan gejala klinik dengan menemukan gambaran klinik yang khas untuk lichen planus berupa striae atau bercak seperti jala, sesuai dengan yang pernah diteliti bahwa pada semua bentuk lesi OLP akan didapati gambaran striae secara konsisten.⁵

Dari keenam pasien tersebut di atas latar belakang penyakit didominasi dengan masalah keluarga, hal ini telah diteliti oleh Burkhart.² Satu pasien dengan tingkat kecemasan yang tinggi dan beberapa pasien diduga menderita anemi dan diabetes melitus, penyakit sistemik tersebut bisa juga berkaitan dengan stres.²

Pada pasien-pasien tersebut di atas tidak ditemui adanya tanda-tanda perubahan kearah keganasan, bahkan pasien yang paling parah hasil biopsi tidak menunjukkan adanya tanda-tanda keganasan. Melihat gejala klinik yang cukup parah dan kadang-kadang progresive terutama tipe erosive sebaiknya dilakukan pemeriksaan biopsi sesuai dengan anjuran beberapa peneliti.^{14,15}

Terapi kortikosteroid cukup efektif untuk pengobatan lichen planus, obat tersebut memang merupakan obat pilihan untuk OLP.^{19,20} Hasil pengobatan dengan kortikosteroid mempunyai respon yang cukup baik pada tiga dari enam pasien di atas, dua pasien belum kembali untuk kontrol dan satu pasien tidak diterapi dengan kortikosteroid dan juga belum kembali.

Kesimpulan

Anamnesa yang lengkap dengan hasil latar belakang keluarga yang cukup bermasalah dan pemeriksaan klinik yang cermat dengan

menemukan bercak putih seperti jala dapat menjadi dasar untuk menegakkan diagnosis klinik dari OLP. Penyakit yang berlanjut harus diwaspadai adanya kelainan sistemik yang menyertai serta kemungkinan perubahan kearah keganasan.

Daftar Pustaka

1. Lynch MA, .Burket's Oral Medicine, diagnosis and treatment planning. 9thed. Philadelphia. JB Lippincott. 1994. 99 – 110.
2. Burkhart NW, Burker EJ, Burkes EJ, Wolfe L. Assessing the Characteristics of Patients with Oral Lichen Planus. *JADA*. 1996; 127(May): 648 - 62.
3. Jungell P. Oral Lichen Planus A Review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 1991; 20: 129 – 35.
4. Boyd AS, Neldner KH. Lichen Planus. *J. AM. ACAD. DERMATOL*. 1991; 25:593 – 619.
5. Scully C et all. Update on Oral Lichen Planus: Etiopathogenesis and Management. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1998; 9(1): 86 – 122.
6. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *J. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88: 431 – 436
7. Mc Cartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 273 –5
8. Rojo Moreno JL cs. Psychological factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 687 – 91
9. Gandolfo S cs. Oral lichen planus and hepatitis C virus (HCV) infection: is there a relationship? A report of 10 cases. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 119 – 22
10. Rebora A, Robert E and Rongioletti F. Clinical and laboratory presentation of lichen planus patients with chronic liver disease. *J of Dermatological Science*. 1992; 4: 38 –41
11. Vincent SD. Diagnosing and Managing Oral Lichen Planus. *JADA*. 1991; 122(May): 93 –4
12. Wray D cs. *Textbook of General and Oral Medicine*. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1999. 247 - 52
13. Cohen DM, Bhattacharyya I, Zunt L and Tomich CE. Linear IgA disease

- histopatologically and clinically masquerading as lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88:196 - 201
14. Moncarz V, Ulmansky M and Lustmann J. Lichen Planus exploring its malignant potential. *JADA* 1993; 124(March): 102 - 7
 15. Van der Meij EH cs. A review of the literature regarding malignant transformation of lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88: 307 - 10
 16. Porter SR cs. Immunologic aspects of dermal and oral lichen planus. A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 358 - 66
 17. Bloor BK cs. Quantitative assessment of apoptosis in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 187 - 195
 18. Walsh LJ, Savage NW, Ishii T, Seymour GJ. Immunopathogenesis of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 389 - 96
 19. Buajeeb W, Kraivaphan P and Pobruska C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 21 - 25
 20. Buajeeb W, Pobruska C and Kraivaphan P. Efficacy of fluocinolone acetinide gel in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 42 -45.