

## **BURNING MOUTH SYNDROME PADA WANITA MENOPAUSE DENGAN HIPOSALIVASI, COATED TONGUE DAN GANGGUAN PENGECEPAN SERTA PENATALAKSANAANNYA**

Sri Hadiati

Bagian Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** *Burning mouth syndrome* ( BMS ) didefinisikan sebagai rasa sakit seperti terbakar yang melibatkan lidah atau membrana mukosa, biasanya secara klinis maupun laboratoris tidak dijumpai adanya kelainan. Keadaan ini sering dihubungkan dengan kondisi menopause, hiposalivasi *coated tongue* dan kondisi psikologis. **Tujuan:** Melaporkan kasus *burning mouth syndrome* dengan hiposalivasi, *coated tongue* dan gangguan pengecapan pada wanita menopause serta penatalaksanaannya. **Kasus dan penatalaksanaannya:** Kasus BMS pada wanita *postmenopausal* disertai hiposalivasi, *coated tongue* dan gangguan pengecapan yang diatasi dengan medikasi gabapentin 100 mg, permenkaret probiotik, diazepam 2mg dan vitamin B1, B6 dan B12 sekali sehari cukup efektif mengatasi BMS. **Kesimpulan:** Keluhan BMS banyak dijumpai pada wanita, khususnya wanita *postmenopause*. Penderita biasanya mempunyai keluhan oral multipel yaitu, *burning*, mulut kering dan gangguan pengecapan. Perawatan dengan gabapentin, diazepam, permen karet probiotik bebas gula cukup efektif. *Maj Ked Gi*; Juni 2012; 19(1): 82-85

**Kata kunci:** *Burning mouth syndrome*, *postmenopause*, hiposalivasi.

### **ABSTRACT**

**Background :** *Burning mouth syndrome (BMS)* is a disorder that is characterized by a burning sensation of the oral cavity in the absence of visible local or systemic abnormalities. Affected patients often present with multiple oral complaints, including burning, dryness and taste alterations. The exact cause of burning mouth syndrome often is difficult to pin point. Conditions that have been reported in association with burning mouth syndrome include menopause, hyposalivation, coated tongue, taste alterations and psychologic condition. **Objective :** to report a case of burning mouth syndrome in postmenopausal women with hyposalivation, coated tongue, taste alterations and psychologic condition. **Case and Management :** a case of burning mouth syndrome in women with menopause, hyposalivation, coated tongue, and taste alterations, was managed effectively by gabapentin 100mg, probiotic chewing gum, diazepam 2mg and vitamin B1, B6, B12. **Conclusion :** Oral burning appears to be most prevalent in postmenopausal women often present with multiple oral complaints, including burning, dryness and taste alterations. In this case was managed effectively by gabapentin 100mg, prebiotic chewing gum, diazepam 2mg and vitamin B1, B6, B12. *Maj Ked Gi*; Juni 2012; 19(1): 82-85

**Key words:** *Burning mouth syndrome*, *postmenopause*, *hyposalivation*.

### **PENDAHULUAN**

*Burning mouth syndrome* ( BMS ) didefinisikan sebagai rasa sakit seperti terbakar yang melibatkan lidah atau membrana mukosa, biasanya secara klinis maupun laboratoris tidak dijumpai adanya kelainan<sup>1,2</sup>. Istilah lain yang sering digunakan yaitu *burning lips syndrome*, *scalded mouth syndrome*, *stomatodynia*, *glossodynia*, dan *glossopyrosis*<sup>3</sup>. Belum ada konsensus yang jelas mengenai etiologi, patogenesis dan penatalaksanaan BMS, akibatnya penderita dirujuk dari tenaga kesehatan satu ke tenaga kesehatan yang lain tanpa mendapatkan pengobatan yang efektif untuk mengurangi rasa sakitnya. Situasi ini berdampak emosional pada pasien yang berharap rasa sakitnya bisa segera teratasi. *Symptom burning* tidak mengikuti *anatomic pathway*, tanpa lesi mukosa, neurologik maupun kelainan sistemik yang dapat untuk menjelaskannya serta tak ada penyimpa-

ngan karakteristik pada pemeriksaan laboratorik<sup>1,2</sup>.

Wanita 7 kali lebih banyak menderita BMS dibandingkan pria. Prevalensi tertinggi *oral burning* tercatat pada wanita *postmenopausal*, 10% sampai dengan 40% sedang wanita yang mendapatkan perawatan untuk *symptom* menopause, 0,7 sampai dengan 2,6 persen diantaranya dilaporkan menderita *oral burning*. Insidensi dan prevalensi BMS bervariasi tergantung pada kriteria diagnostik, beberapa penelitian banyak yang memasukkan *burning mouth symptom* sebagai *burning mouth syndrome*<sup>1,3</sup>.

Karakteristik rasa sakit, lebih dari separuh pasien dengan BMS *onset* rasa sakit spontan tanpa faktor presipitasi yang dapat diidentifikasi. Kurang lebih sepertiga pasien waktu *onset* berhubungan dengan prosedur dental, penyakit atau medikasi. Perangai *onset* rasa sakit, sekali muncul biasanya akan persisten sampai beberapa tahun<sup>2,4</sup>.

Sensasi *burning* kadang terjadi pada lebih

dari satu tempat, duapertiga anterior lidah, palatum keras bagian anterior, mukosa bibir bawah sering terlibat. Pasien dengan sindroma ini tak ada rasa sakit pada malam hari tetapi pada pagi hari rasa sakit mulai dirasakan, rasa *burning* akan meningkat sepanjang hari sampai sore dan awal malam hari<sup>1,4</sup>.

Pasien sering mengeluhkan bahwa rasa sakit menjadikannya sulit tidur. Karena sulit tidur, rasa sakit yang konstan atau keduanya, membuat pasien menjadi murung, takut dan depresi. Hanya sedikit informasi yang tersedia tentang *natural course* dari BMS. Sebagian besar penelitian menyimpulkan BMS berhubungan dengan *symptom* lain termasuk *dry mouth* dan gangguan pengecapan<sup>5,6</sup>.

Etiologi BMS belum jelas sampai saat ini, diduga oral dan perioral *burning* mungkin merupakan *symptom* dari faktor lokal atau penyakit sistemik termasuk kelainan hormonal, alergi, hipofungsi kelenjar ludah, trauma kronis dengan intensitas rendah<sup>1,2</sup>. Efek samping obat *angiotensin converting enzym* (ACE) *inhibitor* dan enalapril dapat berupa BMS<sup>7,8,9</sup>. Kenaikan insidensi BMS pada wanita setelah menopause membuat para peneliti menghubungkan antara BMS dengan perubahan hormonal akan tetapi belum ada bukti bahwa wanita dengan BMS lebih banyak mengalami perubahan hormonal dibanding wanita menopause yang tanpa BMS<sup>2</sup>. Reaksi alergi juga diduga memegang peranan terjadinya BMS, alergi terhadap makanan, produk pasta gigi, obat kumur atau material dental akan tetapi belum ada bukti yang menguatkan<sup>1,10</sup>. Beberapa peneliti menghubungkan antara BMS dan kondisi psikologikal. Depresi sering berhubungan dengan BMS. Akan tetapi keadaan depresi terjadi akibat dari BMS atau sebelumnya terdapat depresi, belum jelas<sup>6,11</sup>.

*Dry mouth* diduga sebagai faktor etiologi BMS, karena insidensi BMS yang tinggi pada pasien dengan *dry mouth* diduga *xerostomia* merupakan faktor lokal yang berperan dalam terjadinya BMS, ada peneliti yang mengatakan bahwa presentase *xerostomia* pada pasien BMS tinggi, ada yang mengatakan rendah. Beberapa peneliti berpendapat bahwa tak terdapat penurunan curah saliva baik terstimulasi maupun tidak terstimulasi. Akan tetapi terjadi perubahan dari beberapa komponen saliva seperti *mucin*, IgA, fosfat, pH resistensi elektrik. Hubungan antara perubahan komposisi saliva dengan BMS belum jelas, akan tetapi perubahan terjadi akibat perubahan *output* simpatis yang berhubungan dengan stress, atau perubahan dalam interaksi antara saraf kranial yang mensarafi pengecapan dan sensasi sakit<sup>7,12</sup>.

Gangguan pengecapan dilaporkan terjadi lebih dari 60% penderita BMS, persepsi pengecapan penderita BMS berbeda dengan kelompok kontrol. *Dysgeusia* dilaporkan terjadi hampir sampai 60% penderita BMS hal ini menguatkan konsep bahwa BMS disebabkan karena adanya defek pada neural sen-

sori perifer. Pemeriksaan MRI fungsional otak penderita BMS menunjukkan pola aktivasi otak yang sama dengan kelainan *neuropathic pain* yang lain, diduga hipoaktivitas otak juga memegang peranan<sup>2,3</sup>.

Tujuan laporan kasus adalah membahas tentang kasus dari seorang wanita postmenopausal usia 60 tahun dengan BMS, hiposalivasi, *coated tongue*, gangguan pengecapan dan penatalaksanaanya.

## LAPORAN KASUS

Seorang wanita usia 60 tahun, ibu rumah tangga, janda, datang ke RSGM Prof Soedomo FKG UGM dengan keluhan rasa nyeri pada lidahnya dan mulut terasa kering serta pengecapan terganggu. Kelainan ini dirasakan sudah sejak 6 bulan yang lalu, rasa sakit bilateral, rasa sakit ini dirasakan tiap hari akan tetapi tidak dirasakan terus menerus. Lebih banyak terjadi pada pagi sampai siang hari dan tak tahu apa penyebabnya, sudah pernah diperiksakan ke dokter gigi, diberi obat kumur tetapi tidak sembuh. Karena tak bergigi pasien hanya makan makanan yang lunak-lunak saja dan tak pernah membersihkan lidah maupun mulutnya. Pasien mengonsumsi jamu dan obat pegel linu jika terasa capek dan pegal-pegal atau jika sulit tidur. Tidak ada riwayat penyakit sistemik. Pasien menopause sejak 10 tahun yang lalu. Pemeriksaan tanda vital, tensi 130/90 mmHg; nadi 80x/menit; pernafasan 24 x/ menit; suhu 36,7°C; palpasi limfonodi submandibular kanan dan kiri tak teraba, bibir tampak kering. Pada pemeriksaan intra-oral, *full edentulous*, punggung lidah tampak licin, berfisur, terdapat lapisan berwarna coklat kekuningan yang sedikit hilang jika diusap. Indeks *coated tongue* 40% (gambar 1), tak ada lesi lain di mulut. Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin dalam batas normal, kadar gula darah puasa 90 mg/dl.; 2 jam pp 120 mg/dl. Hasil test KOH negatif. Hasil pengukuran curah saliva 0,15 ml/menit. Berdasarkan pemeriksaan subyektif dan obyektif pasien didiagnosis menderita *burning mouth syndrome* karena faktor hormonal menopause, hiposalivasi, *coated tongue* dan stress yang disertai dengan gangguan pengecapan.

Perawatan yang dilakukan, pasien diberi edukasi dan informasi mengenai penyakit yang diderita pasien serta rencana perawatan yang akan dilakukan. Pasien disarankan untuk menyikat lidahnya pagi sesudah makan dan malam sebelum tidur serta disarankan untuk minum air putih minimum 8 gelas sehari. Obat diminum sesuai aturan, permen karet dikunyah-kunyah minimum 10 menit pagi hari sesudah makan serta malam hari sebelum tidur. Untuk keluarga disampaikan kepada putrinya agar lebih banyak meluangkan waktu untuk ibunya. Kemudian diberikan medikasi gabapentin 100 mg satu kali sehari untuk mengurangi rasa sakit, permen karet yang mengandung prebiotik dua kali sehari untuk memacu curah saliva dan menyeimbangkan flora normal mu-

lut, diazepam 2 mg satu kali sehari untuk menenangkan sehingga stress berkurang, vitamin B1, B6, B12 untuk roboransia satu kali sehari dan menjaga kesehatan saraf.

Evaluasi 5 hari kemudian rasa nyeri pada lidah sudah banyak berkurang. tidak kambuh tiap hari, lidah sudah mulai bisa merasakan makanan dan rasa kering dimulut juga berkurang banyak. *coated tongue* berkurang menjadi 25% (Gambar 2). Pasien diminta untuk terus rajin menyikat lidahnya, minum air putih minimum 8 gelas sehari serta mengunyah permen karet dan minum obat sesuai aturan. Evaluasi hari ke 10. rasa nyeri pada lidah dan rasa kering di mulut sudah sangat berkurang. rasa sakit terkadang kambuh sebentar tetapi intensitas rasa sakitnya menurun dan sudah bisa merasakan makanan. pemeriksaan intra oral indeks *coated tongue* 5%, curah saliva 0,30ml/menit. Medikasi gabapentin dan diazepam dihentikan, sedangkan permen karet probiotik dan vitamin masih diteruskan. Evaluasi hari ke 15. rasa sakit terbakar pada lidah dan rasa kering di mulut sudah tidak dirasakan lagi. sudah bisa merasakan makanan. curah saliva 0,40ml/menit dan indeks *coated tongue* masih 5% (gambar 3). Permen karet probiotik dihentikan, vitamin diteruskan.

## PEMBAHASAN

Penegakan diagnosis BMS memerlukan penelusuran riwayat yang cermat. Diagnosis dan manajemen agak sulit karena pasien kadang-kadang mempunyai keluhan multipel, mungkin ia fokus pada gejalanya sehingga menjadi depresi atau ketakutan jika rasa sakit muncul lagi<sup>11</sup>. Diagnosis berdasar pada karakteristik klinis. termasuk onset rasa sakit yang datang tiba-tiba atau intermeten, bilateral, rasa sakit meningkat sepanjang hari dan berkurang jika untuk makan dan tidur<sup>7</sup>.

Pemeriksaan dan asesmen pasien dengan BMS harus teliti, riwayat rinci, pemeriksaan klinis, pemeriksaan darah untuk mengkesampingkan anemia, penyakit defisiensi dan diabetes mellitus, pengukuran curah saliva untuk identifikasi *dry mouth* juga perlu dilakukan asesmen fungsi dan *fitness* dari prothesa<sup>13</sup>. Asesmen psikologikal diperlukan untuk melihat adanya depresi atau *anxiety*<sup>11</sup>.

Manajemen protokol BMS sangat kompleks, meskipun obat-obatan, medikasi dan perawatan lainnya disarankan untuk BMS, namun manajemen sindrom ini tetap tidak memuaskan dan tidak ada perawatan yang baku. Jika tidak ditemukan penyebab yang nyata. maka terapi farmakologik lebih disarankan. Medikasi BMS diantaranya adalah antifungal, antibakterial, kortikosteroid, analgesik, sialogogues, vitamin, mineral, sulih hormon, benzodiazepines, antidepressant dan antihistamin<sup>13</sup>.

Pasien BMS menunjukkan respon yang baik dengan terapi jangka panjang antidepressant siste-

mik dan *anxiolytic*. Pada beberapa pasien tambahan capsaicin topikal sangat menolong mengurangi rasa sakit.

Beberapa subyek memerlukan terapi kausatif. subyek dengan BMS memerlukan perawatan dari faktor presipitasinya. Tergantung pada tipe disfungsi *salivary, xerostomia* dikontrol dengan sulih saliva atau dengan agen pemacu sekresi saliva. Saliva buatan mengandung *salivary glycoprotein*. Stimulasi aktif untuk saliva bisa didapat dari mengunyah permen karet, stimulasi pasif bisa dengan obat kholinergik spesifik (*sialogogues*), seperti *pilocarpine*<sup>10</sup>.

Penderita BMS wanita dengan *peri/postmenopausal* perlu dirujuk dokter spesialis kandungan guna diberikan tambahan hormon estrogen dan medroxyprogesterone acetate. yang dapat mengurangi gejalanya. Terapi vitamin B kompleks (*pyridoxine, riboflavin, thiamine* dan lain-lain) memberi respon yang baik pada beberapa kasus dengan defisiensi nutrisi<sup>10,13</sup>. Perawatan suportif BMS bertujuan mengurangi atau menghilangkan gejala seperti pada manajemen kondisi *neuropathic pain* lainnya. Dosis rendah dari *clonazepam, chlordiazepoxide* dan *tricyclic antidepressant* serta gabapentin dapat digunakan<sup>13</sup>.

Di bidang oral medicine BMS merupakan sindroma menarik yang masih belum terpecahkan. Bukti terbaru mengenai basis neuropatik muncul, yaitu *subgroup* dari BMS termasuk dalam katagori kelainan *nigrostriatal dopaminergic* jika tak dijumpai faktor lokal sebagai penyebabnya sedangkan *subgroup* lainnya dimana dijumpai faktor lokal pencetusnya, BMS mungkin sebagai akibat trauma iritasi kemo-mekanik pada serabut saraf trigeminal<sup>9</sup>.

Nyeri pada lidah pada kasus ini dirasakan sudah sejak 6 bulan yang lalu. bilateral, dirasakan tiap hari akan tetapi tidak terus menerus. Lebih banyak terjadi pada pagi sampai siang hari dan tak tahu apa penyebabnya. Diduga penyebab BMS pada kasus ini adalah hiposalivasi, ketidak seimbangan hormon karena menopause dan faktor psikologis. *Coated tongue* pada kasus ini menambah parah kondisi BMS dan mengganggu fungsi pengecapan.

Hiposalivasi diduga sebagai etologi karena isidensi hiposalivasi tinggi pada pasien BMS. Hiposalivasi dianggap sebagai faktor lokal penyebab BMS akan tetapi beberapa penulis mengatakan tidak ada penurunan curah saliva<sup>7</sup>. Beberapa peneliti mengatakan bahwa ada perubahan dari komposisi saliva, hal ini merupakan akibat dari perubahan saraf simpatis karena *stress* atau interaksi antara saraf kranial yang berhubungan dengan pengecapan dan sensasi nyeri<sup>12</sup>.

Pada wanita menopause dan *postmenopause* mempunyai predelesi untuk terjadi BMS. sehingga banyak yang menghubungkan BMS dengan faktor hormonal. Hampir 90 persen wanita dengan BMS yang diteliti dalam masa menopause, frekuensi ter-

tinggi dilaporkan terjadi tiga tahun menjelang dan 12 tahun sesudah menopause<sup>1</sup>. Beberapa peneliti melaporkan bahwa kepribadian dan perubahan emosi biasanya terlihat pada pasien dengan BMS, oleh karena itu kelainan ini dianggap sebagai problem psikogenik. Disfungsi psikologik terjadi pada pasien dengan nyeri kronis lebih merupakan akibat dari rasa nyerinya, daripada karena penyakitnya<sup>11</sup>. Hiposalivasi, diet pasien yang lunak karena tidak bergigi mengakibatkan coated tongue yang diperparah pasien tidak pernah membersihkan lidahnya. Coated tongue sendiri akan memperparah kondisi BMS dan mengganggu pengecapan.

Berdasarkan etiologinya maka pasien pada kasus ini dirawat dengan edukasi dan pemberian medikasi. Pasien dianjurkan untuk membersihkan lidahnya dengan cara menyikat lidah. Untuk memacu curah saliva pasien diberikan permen karet bebas gula yang mengandung probiotik, permen karet selain sebagai stimulan fisik untuk memacu sekresi saliva juga untuk *self cleansing* lidah. Probiotik berguna untuk menyeimbangkan flora normal mulut sehingga *coated tongue* dapat diatasi, karena *coated tongue* merupakan tempat berkembangnya mikroorganisme. Pasien juga dianjurkan minum air putih delapan gelas sehari agar produksi saliva bertambah. Untuk mengurangi rasa sakit pasien diberi medikasi gabapentin 100mg sekali sehari dan diazepam 2mg untuk penenang. Pemberian vitamin B1, B6, B12 untuk menjaga integritas dan fungsi jaringan saraf karena defisiensi vitamin ini dapat menyebabkan BMS. Nyeri lidah sembuh pada hari ke 15, curah saliva normal, indeks *coated tongue* tinggal 5% serta pengecapan pasien sudah normal kembali.

## KESIMPULAN

Karakteristik BMS adalah rasa nyeri terbakar pada lidah atau sisi lain di mulut kadang tidak dijumpai kelainan klinis maupun laboratoris. Penderita biasanya mempunyai keluhan *oral multiple* yaitu, *burning*, mulut kering dan gangguan pengecapan. Keluhan BMS banyak dijumpai pada wanita, khususnya wanita *postmenopause*. Faktor psikologis juga berhubungan dengan BMS. Perawatan dengan edukasi dan medikasi gabapentin, diazepam, permen karet probiotik bebas gula cukup efektif.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Anil, S., Alsqaq, M.N., Rajendran, R., Burning Mouth Syndrome: Diagnostic appraisal and management strategies. *Saudi Dental Journal*, 2007 Vol 19: 3, 128-138
2. Okeson, J.P. *Bells Orofacial Pains. The clinical Management of Orofacial Pain*. 6<sup>th</sup>ed., Quintessence Publishing Co, Inc 2005 p: 493-495
3. Blasberg, B., Eliav, E. and Greenberg M.S. *Orofacial Pain* dalam Greenberg, M.S., Glick, M. and Ship, J.A., *Burket's Oral Medicine*, 11<sup>th</sup>ed. BC Decker Inc, Hamilton Ontario, 2008:284-285.
4. Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995;126(7):842-853.
5. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(suppl 1):S39.e1-e.13
6. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75(3):308-311.
7. Soares MS, Chimenos-Kustner E, Subira-Pifarré C, Rodríguez de Rivera-Campillo ME, Lopez-Lopez J. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10(4):301-308.
8. Brown RS, Krakow AM, Douglas T, Choksi SK. "Scalded mouth syndrome" caused by angiotensin converting enzyme inhibitors: two case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83(6):665-667.
9. Triantos D, Kanakis P. Stomatodynia (burning mouth) as a complication of enalapril therapy. *Oral Dis* 2004;10(4):244-5.
10. Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74(2):158-167.
11. Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64(2):171-174.
12. Pajukoski H, Meurman JH, Odont D. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92(6):641-9.
13. Gorsky M, Silverman S, Jr., Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72(2):192-195.

\_OO\_



(1)

(2)

(3)