

EXFOLIATIVE CHEILITIS DAN PENATALAKSANAANYA

Dewi Agustina* & Goeno Subagyo**

*PS IKGK Minat Studi Ilmu Penyakit Mulut

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

ABSTRAK

Latar Belakang: *Exfoliative cheilitis* adalah suatu keadaan inflamatori kronis superfisial yang ditandai dengan adanya pengelupasan permukaan keratin bibir sedangkan area yang lain terjadi pembentukan lapisan keratin. **Tujuan:** untuk melaporkan suatu kasus *exfoliative cheilitis* yang diikuti ± selama 2 bulan beserta penatalaksanaannya. **Laporan kasus:** Seorang wanita berusia 52 tahun mengeluh bibir bawahnya pecah-pecah, terasa kering dan panas. Berdasarkan pemeriksaan subyektif dan klinis, *exfoliative cheilitis* ditetapkan sebagai diagnosis kerja. **Penatalaksanaan:** Komunikasi-Informasi-Edukasi (KIE) diberikan kepada pasien pada awal kunjungan disertai pemberian metil prednisolon, vitamin B_{1,6,12}, dan anjuran untuk menghentikan kebiasaan menjilat-jilat bibir bawah, menghindari stres dan meningkatkan asupan makanan yang mengandung vitamin A. Pada kunjungan berikutnya pemberian metil prednisolon dihentikan karena terdeteksi adanya peningkatan tekanan darah. Untuk selanjutnya kondisi bibir bawah dievaluasi ± selama 2 bulan. **Kesimpulan:** Progresitas *Exfoliative cheilitis* dapat dihentikan dengan bantuan KIE serta menghindari faktor pemicu stres, yang pada akhirnya akan dapat meminimalisir aktivitas *factitious* berupa menjilat-jilat bibir bawah. *Maj Ked Gi; Juni 2012; 19(1): 49-52*

Kata kunci: *exfoliative cheilitis*, penatalaksanaan, aktivitas *factitious*

ABSTRACT

Background: *Exfoliative cheilitis* is a chronic superficial inflammatory condition that is characterized by regular peeling of a superficial excessive layer of keratin, on the other hand, keratinization is developed in the other area. **Aim:** to report an *exfoliative cheilitis* case monitored for two months and its management. **Case report:** a 52 year female has been suffering from fissured lower lip with dry and burning sensations. According to subjective and clinical examinations, *exfoliative cheilitis* was determined as the working diagnosis. **Management:** Communication-Information-Education (CIE) were given to the patient at the first visit, besides metyl prednisolon and vitamin B_{1,6,12} administrations. Patient was also suggested to stop licking the lower lip, to avoid any stress and to increase vitamin A containing food. For the next visit, metyl prednisolon administration was stopped since increasing blood pressure detected. Then, evaluation to the lower lip was conducted during around two months. **Conclusion:** Progression of *exfoliative cheilitis* can be stopped by CIE and stress avoidance, in turn, *factitious* activity (licking the lower lip) can be minimized. *Maj Ked Gi; Juni 2012; 19(1): 49-52*

Key words: *exfoliative cheilitis*, management, *factitious* activity

PENDAHULUAN

Cheilitis merupakan istilah umum untuk menyebutkan adanya inflamasi pada *vermillion border* bibir. Daerah *vermillion* merupakan batas antara kulit dengan mukosa. Daerah tersebut mempunyai banyak pembuluh darah kapiler sehingga berwarna lebih merah dibanding area lain dan ditutupi oleh epitel skuamous yang cukup tebal¹. Dalam membicarakan peradangan bibir ada beberapa kemungkinan penyakit yang dapat diajukan seperti *angular cheilitis*, *cheilitis granulomatosa*, *allergic cheilitis*, *actinic cheilitis*, *exfoliative cheilitis*, *cheilocandidosis*, *factitious cheilitis* dan *cheilitis glandularis*. Lesi bibir dapat muncul sebagai manifestasi dari penyakit sistemik atau penyakit kulit maupun sebagai kondisi lokal dari bibir itu sendiri².

Exfoliative cheilitis tergolong suatu kondisi yang jarang terjadi sebagai keadaan inflamatori kronis superfisial yang ditandai dengan adanya pengelupasan permukaan keratin bibir sedangkan area yang lain terjadi pembentukan lapisan keratin, sehingga memberi kesan pengelupasan bibir secara

kontinyu. Seseorang dengan kondisi tersebut sering mengeluh nyeri, kesulitan berbicara, makan maupun tersenyum, bahkan kadang terjadi perdarahan yang akhirnya menjadi krusta^{1,3,4}.

Makalah ini bertujuan untuk melaporkan suatu kasus *Exfoliative cheilitis* yang diikuti ± selama 2 bulan beserta penatalaksanaannya.

LAPORAN KASUS

Wanita berusia 52 tahun datang ke Klinik Ilmu Penyakit Mulut atas rujukan dari seorang dokter gigi RSUD Purworejo. Pasien mengeluh bibir bawahnya pecah-pecah, terasa kering dan panas. Keluhan tersebut dirasakan paling parah kurang lebih setengah bulan yang lalu dan pasien merasa sering haus. Ada riwayat pemakaian lipstik yang dijual keliling tiga tahun yang lalu. Ketika sedang parah-parahnya bibir sampai mengelupas dan berdarah. Pasien mengaku pernah memakai bioplacenton tetapi tidak ada perubahan dan selalu mengolesi dengan kenalog bila terasa perih.

Pasien adalah seorang penderita sakit maag

sejak 1997, bahkan pernah rawat inap pada tahun 2007. Pasien sering merasa stres karena memikirkan kondisi bibirnya, kemudian diminum dogmatil atau hofamag. Pasien pernah menjalani operasi tubektomi pada tahun 1996. Pasien mengalami menopause sejak bulan Mei 2009. Pasien juga seorang penderita hipertensi. Menderita hipertensi sejak Agustus 2008 dan selama ini mengkonsumsi nopen (lisinopril) 10 mg, 1x/hari diminum 30 menit sebelum makan malam. Ibu dan kakak pasien juga pengidap hipertensi. Pasien pernah melakukan operasi batu ginjal pada tahun 2000, sejak saat itu pasien dianjurkan harus banyak minum.

Dari kisah perjalanan hidup pasien dapat dicatat bahwa, kehamilan pertama (anak kembar) dan ketiga meninggal di perut sebelum sempat dilahirkan. Kehamilan kedua, keempat dan kelima hidup selamat. Pada tahun 1993, pasien mengalami kecelakaan mobil (ketika pergi bersama-sama saudara-saudaranya) dan ada 3 orang penumpang yang tewas. Pernah dalam satu hari adik ipar satu rumah meninggal 2 orang, hari berikutnya putra adik iparnya meninggal bunuh diri. Pasien merasa mengalami trauma psikologis. Pasien mempunyai kebiasaan membasahi bibir bawahnya dengan air ludah. Pasien seorang ibu rumah tangga dengan 3 anak dan lebih banyak tinggal di rumah, hanya sesekali bersama-sama teman-temannya bekerja merias pengantin.

Pada kunjungan pertama kondisi umum pasien terkesan sehat dan tidak ada cacat fisik. Hasil pemeriksaan tekanan darah ada kecenderungan hipertensi (130/90 mmHg). Berat badan dan tinggi badan 62 kg/160 cm dengan IMT 24,22. Pemeriksaan klinis ekstraoral menunjukkan seluruh bibir bawah tidak tertutupi dengan epitel, sebagian masih tertutupi krusta kekuningan hampir mengelupas. Beberapa fisur terlihat pada bagian bawah bibir (Gambar 1). Pemeriksaan daerah leher dan kepala tidak dicurigai ada kelainan. Pemeriksaan klinis intraoral terlihat rasial pigmentasi mukosa bukal kanan dan kiri, gingivitis ringan pada gingiva margin sebelah labial gigi-geligi anterior rahang atas dan rahang bawah. Tampak ada *multiple fissured tongue* pada permukaan dorsal lidah, depapilasi lateral lidah sebelah kanan, kebersihan mulut tampak kurang baik, air ludah terlihat kental dan berbuih dengan curah saliva per menit \pm 1,08 ml. Pemeriksaan gigi-geligi terlihat banyak sisa akar gigi, karies dentin, gigi nekrosis, gigi malposisi dan area *edentulous partialis*. Pada kunjungan pertama selain dilakukan KIE berupa penjelasan tentang kondisi bibir yang diderita, cara meningkatkan *oral hygiene*, anjuran melakukan perawatan gigi dan mulut terkait dengan temuan klinis, juga diberikan *initial therapy* berupa *methyl prednisolon* 4 mg sebanyak 10 tablet yang diminum hanya pagi hari saja sebanyak 2 tablet sekali minum dan vitamin B_{1,6,12} sehari sekali. Pasien diminta untuk evaluasi kondisi bibirnya

\pm 5 hari kemudian. Pada kunjungan berikutnya yaitu dua minggu kemudian (evaluasi ke-1) tampak hampir seluruh permukaan bibir bawah tertutupi krusta kekuningan tebal disertai darah kering, sebagian tampak akan mengelupas. Beberapa fisur terlihat pada bagian bawah bibir bawah (Gambar 2). Saat kunjungan kedua tersebut tekanan darah pasien menunjukkan 140/95 mmHg sehingga pemberian *methyl prednisolon* dihentikan dan tetap diminta untuk menghentikan kebiasaan menjilat-jilat bibir bawahnya. Sebagai gantinya bibir bawah dapat dibasahi dengan air. Pasien juga dianjurkan untuk mengkonsumsi jus wortel sekali sehari. Pada evaluasi ke-2, hampir seluruh krusta telah lepas walaupun masih tersisa sedikit krusta yang bercampur darah kering di sebelah kiri dengan latarbelakang area eritematosa. Fisur-fisur pada bagian bawah bibir sudah tidak tampak dan bibir bawah mulai tertutup area coklat homogen ireguler kontinyu dari sudut bibir kanan ke kiri (Gambar 3). Pada evaluasi ke-3, keadaan bibir bawah sudah tidak semerah sebelumnya. Krusta sudah tidak tampak. Lapisan coklat ireguler menutupi bagian bawah bibir bawah dari sudut bibir kanan sampai sudut bibir kiri (Gambar 4). Pada kunjungan keempat tersebut tekanan darah pasien adalah 175/95 mmHg. Pasien dianjurkan untuk tidak stres karena kondisi bibirnya sudah semakin membaik dan diminta untuk kontrol ke internisnya dalam penatalaksanaan tekanan darahnya yang meningkat. Pada evaluasi ke-4 pasien tidak ada keluhan pada bibir bawahnya, walaupun kadang bibir masih terasa kering. Secara klinis bibir bawah tampak kering dengan area deskuamatif dan berwarna merah jambu muda. Area bibir bawah yang mengalami pigmentasi semakin luas (Gambar 5). Tekanan darah pasien yaitu 140/90 mmHg. *Exfoliative cheilitis* tampak telah membaik dengan area pigmentasi pada bibir bawah yang semakin meluas. Untuk mengatasi kekeringan pada bibir bawahnya pasien dianjurkan mengoleskan vaselin. Kenalog dianjurkan untuk dihentikan bila sudah tidak ada keluhan pada bibir bawah.

PEMBAHASAN

Dalam membicarakan peradangan bibir ada beberapa kemungkinan penyakit yang dapat diajukan seperti *angular cheilitis*, *allergic cheilitis*, *actinic cheilitis*, *exfoliative cheilitis*, *cheilocandidosis*, *factitious cheilitis* dan *cheilitis glandularis*. Dari penampilan klinis tampak lesi bukan pada sudut mulut dan tidak ada kecurigaan adanya infeksi *candida*, sehingga *angular cheilitis* dan *cheilocandidosis* dapat dikesampingkan. Dari riwayat personal pasien, dikatakan bahwa pasien seorang ibu rumah tangga yang lebih banyak tinggal di rumah dan hanya sesekali bersama teman-temannya bekerja merias pengantin, mengindikasikan bahwa kemungkinan lesi di bibir karena terpapar sinar matahari secara terus menerus

tidak dapat dijadikan alasan, sehingga *actinic cheilitis* bukan sebagai diagnosisnya. Tidak adanya edema, *pinhead opening* dari kelenjar *salivarius minor* dan lesi ulseratif pada pasien ini menyebabkan diagnosis *cheilitis glandularis* dapat disingkirkan⁵. Adanya riwayat pemakaian lipstik tiga tahun sebelumnya, seolah-olah menunjuk pada *allergic cheilitis*, namun meskipun pemakaian lipstik telah dihentikan lesi tetap tidak mengalami perubahan, sehingga kemungkinan adanya reaksi alergi dapat diabaikan. Untuk itu ada dua diagnosis diferensial untuk lesi pada bibir pasien tersebut yaitu *exfoliative cheilitis* dan *factitious cheilitis*. Pada prinsipnya baik *exfoliative cheilitis* maupun *factitious cheilitis* secara klinis tampak sama yaitu suatu kondisi kronis yang ditandai dengan terbentuknya krusta atau lesi ulseratif, sehingga keduanya sering dipakai bergantian pada banyak literatur^{3,6,7}. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma yang dilakukan oleh pasien pada dirinya sendiri misalnya menggigit-gigit bibir atau menjilat-jilat bibirnya dengan air ludah, terutama dilakukan orang muda walaupun hal ini dapat juga terjadi pada orang yang lebih tua. Yang membedakan keduanya adalah rasa nyeri yang menyertai. Pada *exfoliative cheilitis* pasien melakukan hal tersebut kadang tanpa disengaja, tanpa ada tujuan untuk mendapatkan pemenuhan emosi karena adanya rasa nyeri yang menyertai, namun pada *factitious cheilitis* pasien melakukannya dengan sengaja dengan tujuan pemenuhan emosi karena adanya rasa nyeri yang menyertai⁸. Dari hasil anamnesis tampak bahwa, pasien mempunyai kebiasaan membasahi bibirnya dengan air ludah atau dengan kata lain pasien sering menjilat-jilat bibirnya dengan lidahnya, pasien juga tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri dan hal ini tampaknya dilakukan tanpa sengaja semata-mata untuk mengatasi rasa kering pada bibirnya. Untuk itu diagnosis kerja untuk lesi pada bibir pasien ini cenderung ke arah *exfoliative cheilitis*.

Exfoliative cheilitis terutama terjadi pada wanita⁵, walaupun perbedaan prevalensinya dengan pria sangat tipis. Sebagian besar penderitanya adalah orang muda di bawah 30 tahun, bahkan banyak pula yang berumur di bawah 20 tahun³. Pada penyakit ini area tertentu pada bibir terkelupas sedangkan area yang lain sedang pembentukan lapisan keratin, sehingga memberi kesan pengelupasan bibir secara kontinyu. Tanda dan gejala dari penyakit ini antara lain sensasi kesemutan, nyeri, rasa sakit pada mulut dan tenggorokan, sensasi gatal, rasa kering pada bibir, ulserasi, *fissuring lips* dan pendarahan⁴. Pada pasien ini sensasi yang dirasakan adalah bibir kering, kadang mengelupas dan berdarah. Biasanya bibir bawah lebih sering terlibat daripada bibir atas⁹. Penyebab penyakit ini tidak diketahui, walaupun banyak laporan menuliskan bahwa, *factitious activity* sebagai salah satu penyebabnya^{7,9}, yang lain mengatakan bahwa *exfoliative cheilitis* dapat muncul tanpa *facti-*

tious activity^{3,4}. Pada pasien ini *exfoliative cheilitis* kemungkinan juga dipicu dengan adanya *factitious activity* yaitu berupa kebiasaan untuk menjilat bibirnya bila terasa kering. Dikatakan *exfoliative cheilitis* ini dikaitkan dengan kondisi stres yang dialami oleh seseorang selama hidupnya³. Penyakit ini juga dikaitkan dengan depresi sehingga pemberian antidepresan kemungkinan dapat mengurangi keparahannya^{3,4}, walaupun penyakitnya tidak dapat remisi secara total. Bila ditelusur dari anamnesis terbukti bahwa, pasien ini memang mengalami stres karena beberapa peristiwa hidup yang dialaminya. Pasien juga sering mengkonsumsi dogmatil bila merasa stres. Hal tersebut mengindikasikan bahwa, pasien memang mempunyai problem psikologis seperti yang diakui oleh pasien sendiri. Untuk itu perlu ditambahkan bahwa, dalam menegakkan diagnosis kasus-kasus yang berkaitan erat dengan kondisi psikologis seperti *exfoliative cheilitis* dan *factitious cheilitis* ini maka perlu mempertimbangkan perawatan psikofarmakologis dan psikoterapeutik berdasarkan adanya comorbid *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, *Axis I disorder* (depresi) dan *Axis II disorder (borderline personality)*⁸.

Sepsis oral juga diimplikasikan sebagai penyebab *exfoliative cheilitis*, terbukti dengan peningkatan kebersihan mulut penyakit ini dapat mereda¹⁰. Untuk itu KIE berupa instruksi kebersihan mulut memang cukup beralasan untuk direkomendasikan karena tingkat kebersihan mulut pasien juga tidak baik, serta banyak dijumpai karies gigi, sisa akar gigi dan gingivitis. Disamping itu, hasil pengukuran curah saliva yang hanya 1.08 ml/menit kemungkinan menjadi faktor risiko untuk terjadinya karies gigi, kebersihan mulut yang kurang memuaskan dan gingivitis yang disebabkan kurangnya *self cleansing*. Ada kecurigaan konsumsi obat antihipertensi seperti amlodipine ada tendensi terjadinya mulut kering^{11,12}, namun dalam hal ini obat yang dikonsumsi pasien adalah nopenren yang tidak berefek membuat mulut kering, walaupun hasil pengukuran curah saliva dalam batas *borderline* karena yang dianggap hiposalivasi jika curah saliva kurang dari 0.1 ml/menit¹³. Dalam instruksi yang diberikan kepada pasien direkomendasikan untuk mengkonsumsi jus wortel secara rutin karena wortel mengandung *beta-carotene* (prekursor vitamin A) yang dapat membantu pembentukan dan pemeliharaan membran mukosa bibir bawah¹⁴.

KESIMPULAN

Berdasarkan riwayat penyakit dan pemeriksaan klinis ditetapkan bahwa diagnosis kerja untuk kasus pada pasien ini adalah *exfoliative cheilitis* yang dipicu oleh *factitious activity* terkait dengan kondisi stres psikologis. Penatalaksanaan penyakit ini yang meliputi KIE serta menghindari faktor pemicu stres pada akhirnya dapat meminimalisir *factitious activity*

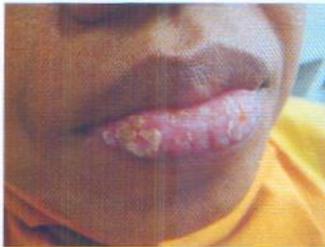
(kebiasaan menjilat-jilat bibir bawah) dan terbukti dapat menghentikan progresitas penyakit tersebut. Untuk selanjutnya penatalaksanaan kasus *cheilitis* yang berkaitan erat dengan kondisi psikologis seperti *Exfoliative cheilitis* dan *factitious cheilitis* ini perlu mempertimbangkan perawatan psikofarmakologis dan psikoterapeutik setelah dilakukan uji DSM.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rogers RS, Bekic M. Diseases of the lips. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16 (4) : 320-336.
2. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, editors. *Burket's Oral Medicine : Diagnosis and Treatment*. 9th Ed. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers. 1994.
3. Taniguchi S, Kono T. Exfoliative cheilitis : a case report and review of the literature. *Dermatology* 1998; 196 (2) : 253-255.
4. Leyland L, Field EA. Case report : exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. *Dent Update* 2004; 31 (9) : 524-526.
5. Field A, Longman L, Tyldesley WR. *Tyldesley's Oral Medicine*. Edisi kelima. New York : Oxford University Press. 2003.
6. Crotty CP, Dicken CH. Factitious lip crusting. *Arch Dermatol* 1981; 117 (6) : 338-340.
7. Reade PC, Sim R. Exfoliative cheilitis – a factitious disorders ? *Int J Oral Maxillofacial Surg* 1986; 15 (3) : 313-317.
8. Aydin E, Gokoglu O, Ozcurumez G, Aydin H. Factitious cheilitis : a case report. *J of Medical Case Report* 2008; 2 (29) : 1-4.
9. Daley TD, Gupta AK. Exfoliative cheilitis. *J Oral Pathol Med* 1995; 24 (4) : 177-179.
10. Brooke RI. Exfoliative cheilitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 45 (1) : 52-55.
11. Scully C, Bagan-Sebastian JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Critical Rev Oral Biol Med* 2004; 15 (4) : 221-240.
12. Torpet LA, Kragelund C, Reibel J, Nauntofte B. Oral adverse drug reactions to cardiovascular drugs. *Critical Rev Oral Biol Med* 2004; 15 (1) : 28-46.
13. Stack KM, Papas AS. Xerostomia: etiology and clinical management. *Nutr Clin Care* 2001; 4 : 15-21.
14. Hinds TS, West WL, Knight EM. Carotenoids and retinoids: A review of research, clinical, and public health applications. *J Clin Pharmacol* 1997; 37 : 551-558.

OO

Penampilan klinis pada evaluasi ke-2 : 3 Juni 2009



Gambar 1. Kunjungan pertama, seluruh permukaan bibir bawah tidak tertutupi epitel, sebagian masih tertutupi krusta kekuningan. Beberapa fisur tampak pada bagian bawah bibir.

Penampilan klinis pada evaluasi ke-1 : 30 Mei 2009



Gambar 2. Kunjungan kedua, hampir seluruh permukaan bibir bawah tertutupi krusta kekuningan tebal disertai darah yang mengering. Beberapa fisur tampak pada bagian bawah bibir

Penampilan klinis pada evaluasi ke-2 : 3 Juni 2009



Gambar 3. Kunjungan ketiga, masih tersisa sedikit krusta yang bercampur dengan darah yang mengering. Sudah tidak tampak fisur di bagian bawah bibir. Bibir bagian bawah sedikit tertutup area coklat homogen yang ireguler

Penampilan klinis pada evaluasi ke-3 : 17 Juni 2009



Gambar 4. Kunjungan keempat, warna bibir bawah sudah tidak semerah dibanding kontrol sebelumnya. Lapisan coklat ireguler menutupi bagian bawah bibir bawah, dari sudut bibir kanan sampai sudut bibir kiri.