

MANIFESTASI PENYAKIT PERIODONTAL PADA PENDERITA AIDS (Studi Pustaka)

A. Mardiana Suriamiharja, Hasanuddin Thahir

Bagian Periodonsia
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin, Makassar

A. Mardiana Suriamiharja, Hasanuddin Thahir: Manifestasi Penyakit Periodontal pada Penderita AIDS (Studi Pustaka). Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003; 10 (Edisi Khusus): 634-638

Abstract

Recent articles show that the HIV-AIDS-suffering number tends to increase among people in develop as well as in developing countries. The sufferers mostly lie in the interval of productive ages, i.e. 15 to 49 years old. This trend needs serious action and eager endeavor to handle the lives of sufferers and to safe the remainder as fast as possible. As part of the related action, it is of importance to examine the initial manifestation of the HIV-AIDS on the periodontal tissue in oral cavity. The dentist might monitor the development from its initial stage in order to formulate the therapy. To achieve such capability, the knowledge of this development is urgently required even though at the minimal level.

Though the therapy for the HIV-AIDS sufferers are not quite different with other normal periodontal diseases, nevertheless the dentist needs to serve the sufferers satisfying their therapy to increase the spirit of their lives. As a conclusion of this literature study, the dentists are urgently to prepare the comprehension of its clinical diagnostics, diseases development, as well as rationale in modified the therapy suitable for the true condition.

Key words: Human Immunodeficiency Virus; Acquired Immuno Deficiency Syndromel; periodontal disease.

Pendahuluan

HIV-AIDS atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang salah satu sel darah putih Lymphosit T-Helper. Lymphosit T-Helper merupakan bagian dari sel darah putih yang berfungsi mengatur mekanisme pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit, sehingga apabila tubuh mendapat serangan virus ini akan menyebabkan menurunnya atau lumpuhnya mekanisme kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired Immuno*

Deficiency Syndrome adalah fase terakhir dari perjalanan infeksi virus HIV.¹

Menurut hasil laporan penelitian badan dunia PBB (WHO) bahwa kasus HIV-AIDS mempunyai kecenderungan semakin meningkat, diperkirakan 2,5 juta penderita di Asia tenggara dan Asia Selatan.²

Di Indonesia sudah ditemukan di 15 propinsi dan jumlahnya semakin lama semakin meningkat. Golongan heteroseksual adalah yang paling banyak, kemudian disusul kasus homoseksual, disusul penularan melalui transfusi darah.

Usia penderita antara 15-49 tahun (80%), sehingga penyakit HIV-AIDS dapat mempengaruhi tenaga kerja produktif.^{1,2}

AIDS adalah penyakit sistemik yang dapat mempengaruhi organ tubuh lainnya, termasuk rongga mulut seperti jaringan periodontal. Lebih dari 95% memiliki lesi di daerah kepala dan leher, 55% pasien lesi dalam rongga mulut. Laporan penelitian telah mengungkapkan adanya hubungan yang erat antara HIV-AIDS dengan oral kandidiasis, hairy-leukoplakia, penyakit periodontal dan sarcoma Kaposi.²

Manifestasi rongga mulut sangat penting sebagai diagnosis awal terjadinya AIDS dan dapat digunakan untuk memantau perkembangan penyakit, oleh karena itu dokter gigi diharapkan mengetahui manifestasi AIDS dalam rongga mulut.

Tinjauan Pustaka

Penyakit periodontal pada umumnya disebabkan oleh bakteri terutama bakteri *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Purpuromonas gingivalis* dan *Spirochaeta*, tetapi pada penderita AIDS jumlah bakterinya lebih banyak ditambah dengan *Candida albicans*, *Balck pigmented anaerobic*. Penyakit periodontalnya disebut HIV-Gingivitis(HIV-G), HIV-Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis (HIV-ANUG), HIV-Necrotizing Stomatitis (HIV-NS), HIV-Periodontitis(HIV-P).⁷

Penyakit periodontal dapat saja terjadi pada orang normal namun penyakit periodontal yang berkaitan dengan infeksi HIV memperlihatkan tanda dan gejala yang lebih parah dan kurang memberikan respon penyembuhan terhadap terapi periodontal dan cenderung berkembang lebih cepat.³

Pada kasus yang parah seperti HIV-Necrotizing Stomatitis dapat terjadi terbukanya tulang disertai hilangnya jaringan dan *sequestrasi*, sehingga dapat mengancam kelangsungan hidup pasien.⁴

HIV-G, HIV-NUG, HIV-NS, dan HIV-P dapat memberi gambaran dari tahap-

tahap proses perkembangan atau keparahan AIDS. Kemampuan untuk membedakan tahap-tahap perkembangan AIDS bermanfaat untuk menentukan jenis perawatan yang cepat.^{5,6}

HIV-G (dikenal juga sebagai *Linear Gingival Erythematous*)

Penyakit ini dapat terjadi pada pasien yang mengalami penekanan system imun, merupakan pertanda awal, dan memiliki potensi untuk berkembang menjadi *Necrotizing Ulcerative Periodontitis*.^{4,5}

Etiologinya adalah bakteri oportunistik yang biasa terjadi pada penderita AIDS. Mikroorganisme yang seringkali ditemukan adalah; *Bacteriodes gingivalis*, *Bacteriodes intermedius*, *Actinomyces viscosus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.^{1,3,6}

Gambaran klinisnya adalah ada keluhan rasa sakit, ada daerah eritema yang bentuknya seperti pita memanjang yang mengikuti kontur gingival kira-kira 2-3 mm dari *free gingival margin* sehingga gambaran khasnya terlihat seperti tanda pangkat tentara. *Attached gingiva* mengalami inflamasi terdiri dari macula *petikiae*, perdarahan spontan pada saat probing. Lesi inflamasi bentuknya seperti pita kemerahan terjadi akibat proliferasi bakteri dalam sulkus gingiva, terkadang bercak eritema meluas ke mukosa alveolar. Pada satu saat bercak eritema bergabung menjadi satu membentuk suatu zona eritema difuse yang luas, mulai dari margin gingiva sampai ke vestibulum. Tidak seperti gingivitis biasa, HIV-G secara signifikan tidak berkaitan dengan akumulasi plak.^{5,7,8}

Perawatan HIV-G dapat dianjurkan sebagai berikut:^{3,9}

- Insstruksikan pasien untuk melakukan tindakan pembersihan gigi dan mulut secara baik dan benar.
- Lakukan skeling dan polishing di daerah yang terkena penyakit dan irigasi subgingival dengan chlorhexidine.
- Berikan obat kumur Chlorhexidine 0,12 %

- d. Pemberian antibiotic sistemik metronidazole (flagyl) 250mg, kombinasi dengan Amoksisillin 500mg 3 x sehari.
- e. Evaluasi pasien selama 2 – 3 minggu. Jadwalkan untuk control secara rutin 2-3 bulan sekali.

HIV-NUG

Merupakan kelanjutan dari HIV-G dan dapat berkembang menjadi HIV-NUP. Perawatan penyakit ini tidaklah berbeda dengan perawatan ANUG pada pasien non HIV-AIDS.

Etiologi HIV –NUG merupakan infeksi bakteri oportunistik yang terjadi pada penderita AIDS. Mikroorganisme yang ditemukan pada lesi terutama adalah *Bacteria fusiform*, *Spirochaeta*, dan *Candida*.¹

Gambaran klinis ditandai dengan adanya daerah inflamasi pada marginal gingiva, perdarahan, rasa sakit akut, nekrosis dan ulserasi di daerah papilla interdental yang ditutupi oleh eksudat fibrin dan terjadi destruksi tulang di bagian interdental yang secara radiografis berbentuk seperti kawah (*crater-like*).^{3,5,6}

Perawatan kasus HIV- NUG pada dasarnya tidak berbeda dengan perawatan *Necrotizing Ulcerative Gingivitis* non HIV-AIDS. Dasar perawatannya adalah sebagai berikut.^{3,9}

- a. Pembersihan dan debridement daerah yang terlibat dengan *cotton pellet* yang dibasahi dengan larutan hydrogen peroksida 3%.
- b. Pasien dipantau setiap hari atau selama beberapa hari dalam satu minggu pertama, tiap kali kunjungan debridement diulangi di daerah yang terlibat.
- c. Program control plak sebaiknya direncanakan dan dimulai sesegara mungkin.
- d. Diinstruksikan untuk menghindari rokok, alcohol dan makanan berbumbu.
- e. Pemberian obat kumur chlorhexidine 0,12%
- f. Pemberian antibiotik amoksisillin dan kombinasi metronidazole

- g. Pemberian antijamur profilaksis sebaiknya diberikan pada saat pemberian antibiotik.
- h. Evaluasi ulang hasil perawatan setelah 1 bulan.

HIV- Necrotizing Stomatitis (HIV-NS)

Kerusakan jaringan yang parah dan timbulnya rasa sakit akut. Lesi ini ditandai dengan adanya nekrosis secara luas pada jaringan lunak dan jaringan tulang di bawahnya. *Necrotizing Stomatitis* dapat terjadi pada keadaan penekanan sel imun CD4 yang parah.^{6,8}

Etiologi NS merupakan awal dari NUP sehingga mikroorganisme yang seringkali dapat ditemukan pada lesi ini adalah sama seperti NUP yaitu *Actinobacillus actinomycetencomitans*, *Bacteroides forsithus*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* dan *Wolinella recta*.^{1,10}

Gambaran klinis sulit dibedakan dengan NUP. NS biasanya terjadi secara terlokalisir yang disertai dengan kerusakan secara cepat pada tulang alveolar dan gingiva. NS kurang parah dibandingkan dengan NUP. Dapat mengenai mukosa palatal, kerusakan yang cepat dapat menimbulkan sequestrasi tulang jika tidak dirawat dengan baik.^{8,11}

Perawatan HIV-NS pada dasarnya sama dengan perawatan NUG yaitu:^{3,9}

- a. Debridement secara perlahan daerah yang terlibat untuk menimalkan perdarahan dan rasa sakit.
- b. Irigasi dengan larutan povidone iodine 10%
- c. Jika memungkinkan lakukan *root planing* dan skeling di bawah anestesi local
- d. Instruksikan pasien memelihara kebersihan rongga mulut.
- e. Berikan obat kumur chlorhexidine 0,12%
- f. Pemberian antibiotik sistemik dengan kombinasi Metronidazole dengan amoksisillin 500 mg 4 kali sehari.
- g. Jika pasien alergi obat di atas dapat diberi Eritromisin 500mg 4 kali sehari.
- h. Pasien kembali dievaluasi setelah satu minggu perawatan, kemudian dijadwalkan setiap 4 minggu.

HIV-NUP

Kasus ini sering ditemukan pada pasien AIDS lanjut dengan jumlah sel CD4 kurang dari 100 mm³. NUP dapat melibatkan hanya beberapa gigi dan pada kasus yang parah mengenai seluruh gigi. Prevalensi NUP pada AIDS sebesar 5%.^{2,4}

Etiologi penyakit adalah bakteri oportunistik yang dapat terjadi pada penderita AIDS. Mikroorganisme yang sering ditemukan adalah *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella nintermedia*, *Wolinella recta*.^{1,10}

Gambaran klinis ditandai dengan adanya nekrosis yang nyata pada jaringan lunak yang disertai dengan kerusakan yang cepat ligamentum periodontal dan tulang alveolar. Biasanya tidak terjadi poket. Ada perdarahan spontan. NUP memiliki gambaran yang mirip dengan ANUG, namun NUP lebih parah dan menimbulkan rasa sakit lebih berat. Jaringan lunak yang terlibat memiliki gambaran klinis yang mirip dengan limfoma intra oral. Dapat terjadi eksfoliasi gigi setelah 6 bulan terkena penyakit, sequestrasi tulang alveolar mengalami nekrosis dan dapat terjadi nekrosis tulang maksila dan mandibula.^{8,12}

Warna gingiva merah menyala, dan terjadi ulserasi, gigi goyang, ulserasi meluas ke *attached gingiva* ke mukosa di dekatnya bahkan sampai ketulang.⁹

Perawatan HIV-NUP pada dasarnya sama dengan perawatan HIV-NS yaitu debridement lokal, skeling, root planing, irigasi, pemberian antibiotik, obat kumur, dan kontrol plak.^{1,3,9}

Kesimpulan

Pemahaman tentang manifestasi HIV AIDS terhadap jaringan periodontal sangat penting bagi dokter gigi, karena dapat digunakan sebagai alat bantu diagnosis HIV-AIDS, dan memantau perkembangan penyakit.

Penderita HIV-AIDS sangat rentan terjadi gangguan pada jaringan periodontal,

meskipun jumlah akumulasi plak relatif sedikit. disamping itu kecepatan perkembangannya lebih cepat daripada penderita yang nonHIV-AIDS, oleh karena itu, pemantauan kondisi periodontal memerlukan waktu yang lebih banyak dan penuh ketelitian.

Gejala klinis dan cara perawatan penyakit periodontal pada penderita HIV-AIDS tidak jauh berbeda dengan penderita nonHIV AIDS, tetapi untuk mendapatkan hasil perawatan yang optimal lebih memerlukan ketelitian, informasi kesehatan umum yang lebih banyak dan kerjasama yang intens dengan dokter spesialis lain.

Daftar Pustaka

1. Tanner A. *Microbial etiology of periodontal diseases. Where are we? Where are we going?* Current Opinion in Dentistry. 1992; 2:12-24.
2. Masouredis CM; Katz MH; Greenspan D; Herrera C; Hollander H; Greenspan JS; Winkler JR. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending an AIDS clinic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1992; 5:479-83.
3. Grbic JT; Mitchell-Lewis DA; Fine JB; Phelan JA; Bucklan RS; Zambon JJ; Lamster IB. The relationship of candidiasis to linear gingival erythema in HIV-infected homosexual men and parenteral drug users. *Journal of Periodontology*. 1995; 66:30-7.
4. Tanner A. *Microbial etiology of periodontal diseases. Where are we? Where are we going?* Current Opinion in Dentistry. 1992; 2:12-24.
5. Riley C; London JP; Burmeister JA. Periodontal health in 200 HIV-positive patients. *J Oral Pathol and Med*. 1992; 21:124-7.
6. Masouredis CM; Katz MH; Greenspan D; Herrera C; Hollander H; Greenspan JS; Winkler JR. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending an AIDS clinic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1992; 5:479-83.
7. Laskaris G; Potouridou I; Laskaris M; Stratigos J. Gingival lesions of HIV infection in 178 Greek patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 74:168-71.

8. Klein RS; Quart AM; Small CB. Periodontal disease in heterosexuals with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Periodontology*. 1991; 62:535-40.
9. Glick M; Muzyka BC; Salkin LM; Lurie D. Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for immune deterioration and a predictor for the diagnosis of AIDS. *Journal of Periodontology*, 1994; 65:393-7
10. American Academy of Periodontology, Committee on Research, Science, and Therapy. Position paper: treatment of gingivitis and periodontitis. *J Periodontol*. 1997;68:1246-1253.
11. Friedman RB, Gunsolley J, Gentry A. Periodontal status of HIV-seropositive and AIDS patients. *J Periodontol* 1991;62:623-627.
12. Klein RS, Quart AM, Small CB. Periodontal disease in heterosexuals with acquired immunodeficiency syndrome. *J Periodontol* 1991;62:535-540.
13. Swango P, Kleinman DV, Konzelman JL. HIV and periodontal health: A study of military personnel with HIV. *J Am Dent Assoc* 1991;122:49-52.
14. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:74-78.

