

SINDROMA MULUT TERBAKAR

Febrina Rahmayanti

Departemen Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Abstract

An Update on Burning Mouth Syndrome (a Selective Review of the Literature)

Burning mouth syndrome (BMS) is one of the orofacial pain problem. BMS has been defined as burning pain in the tongue or oral mucous membranes, usually without accompanying clinical and laboratory findings. BMS affecting mostly women, is a constant and aggravating source of discomfort for more than 1 million adults in the world. This paper provides updated information on burning mouth syndrome and current etiopathogenesis and treatment options are discussed. *Indonesian Journal of Dentistry 2006; Edisi Khusus KPPIKG XIV:17-21*

Key words : Burning mouth syndrome

Pendahuluan

Sindroma mulut terbakar (SMT) merupakan kondisi rasa sakit dalam mulut yang kronik, biasanya disertai dengan rasa terbakar atau panas pada lidah, bibir, dan mukosa tanpa adanya kelainan patologik. Etiologi SMT belum diketahui dengan pasti namun beberapa faktor dikatakan dapat mempengaruhinya. Oleh karena itu beberapa literatur menyatakan bahwa etiopatogenesisnya masih merupakan suatu enigma. Namun beberapa kelainan klinis dan laboratoris sering kali dilaporkan dapat berhubungan dengan keluhan rasa terbakar dalam mulut.¹⁻³ SMT memiliki beberapa sinonim seperti stomatopirosis, glossopirosis, stomatodinia, glossodinia, *sore mouth*, *sore tongue*, dan disesthesia oral.³

Perlu dibedakan antara penderita SMT yang sebenarnya, yaitu adanya keluhan SMT dengan kondisi rongga mulut yang normal, dengan penderita yang mengeluhkan rasa terbakar di mulut menyerupai SMT namun dijumpai kondisi patologik. Beberapa penelitian menyatakan bahwa

tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan antara keadaan jaringan lunak dan jaringan keras rongga mulut penderita SMT dengan subjek kontrol yang sehat. Namun beberapa penelitian melaporkan adanya beberapa perubahan di rongga mulut yang dapat menimbulkan keluhan SMT.^{4,5}

Scully C, menyatakan bahwa SMT ini merupakan suatu simptom sensasi terbakar di rongga mulut tanpa teridentifikasinya faktor etiologik organik, namun merupakan suatu simptom medis yang belum dapat dijelaskan.⁶ Sedangkan Scala menyatakan bahwa ada dua bentuk klinik SMT, yaitu SMT primer atau SMT idiopatik dimana penyebab lokal atau sistemik tidak dapat diidentifikasi, dan SMT sekunder yaitu sensasi terbakar yang dapat ditimbulkan oleh berbagai kondisi patologik lokal atau sistemik.³

Umumnya keluhan rasa terbakar atau panas di rongga mulut dikeluhkan oleh wanita dewasa, dengan perbandingan antara laki-laki dan perempuan adalah 1:6. Kebanyakan wanita yang memiliki keluhan tersebut berada pada usia perimenopause atau paska menopause.^{1,2,3,5}

Etiologi dan Patogenesis

Etiologi SMT yang belum jelas memicu banyak penelitian yang dilakukan para ahli, diantaranya penelitian Lauria dkk. menyatakan adanya *trigeminal small-fiber sensory neuropathy* yang mengenai lidah dengan karakteristik hilangnya serat saraf dan degeneratif difusi di epitel dan sub epitel yang signifikan serta penurunan densitas serat saraf tidak bermielin di epitel yang terlihat pada pemeriksaan imunohistokimia.⁷ Penelitian lainnya dengan menggunakan *functional magnetic resonance imaging* (fMRI), Albuquerque, menemukan bahwa pada penderita SMT memiliki aktivitas volumetrik otak yang menyerupai penderita dengan kelainan neuropatik lainnya, yaitu adanya suatu hipoaktivitas dari persyarafan. Hal tersebut menguatkan dugaan adanya pengaruh mekanisme neuropatik sentral pada penderita SMT.⁸

Boras VV dkk. menyatakan hipotesisnya bahwa SMT dapat merupakan suatu inflamasi yang terjadi tanpa adanya perubahan klinis tetapi menimbulkan rasa terbakar yang disebabkan adanya perubahan pada *salivary IL-6* dan *TNF- α* . Hal tersebut berdasar pemikiran bahwa *TNF- α* berperan dalam patogenesis penyakit autoimun dan inflamasi yang dipengaruhi oleh endotoksin, berbagai virus, kompleks imun, substansi P, sinar UV, iritasi oleh hapten, reaksi hipersensitivitas, atrofi mukosa. Namun setelah dilakukan penelitian ternyata tidak ada perbedaan signifikan *salivary IL-6* dan *TNF- α* antara penderita SMT dengan kontrol.⁹

Hipotesis lain menyatakan adanya gangguan pada inervasi otonom di rongga mulut penderita BMS didukung oleh penelitian Jaaskelainen yang menyatakan adanya kelainan patologik yang melibatkan sistem saraf trigeminal-fasial. Penelitian lain menyatakan adanya gangguan regulasi dalam sirkulasi mukosa penderita SMT, dengan kata lain SMT dapat disebabkan oleh gangguan persarafan sensasi-otonom dan gangguan pada mikrosirkulasi.¹⁰

Menurut Ship dkk., faktor yang dapat mempengaruhi sensasi mulut terbakar dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelainan oral dan yang disebabkan oleh kelainan sistemik.⁵ Kelainan oral seperti keluhan rasa kering di rongga mulut yang dapat pula disertai adanya keluhan perubahan pengecap, seringkali menimbulkan sensasi mulut terbakar. Keluhan tersebut ditemukan pada sekitar 50% kasus. Pada pemeriksaan klinis dapat ditemukan adanya rekahan atau fisur pada dorsum lidah, mukosa mulut yang kering, papilla fungiformis pada sepertiga anterior dorsum lidah yang prominen dan keluhan pengecap.¹

Beberapa kelainan di rongga mulut dapat menyebabkan timbulnya rasa terbakar yang menyerupai SMT, namun dengan etiologi yang jelas. Kandidiasis oral, penurunan sekresi saliva, perubahan pada jaringan lunak rongga mulut yang dapat disebabkan oleh penipisan epitel dan hilangnya integritas epitel merupakan beberapa kondisi yang dapat menimbulkan keluhan rasa terbakar di rongga mulut. *Benign migratory glossitis* dan *lichen planus oral* sering pula dihubungkan dengan SMT. Adanya kelainan gingival dan jaringan periodontal juga dilaporkan dijumpai pada penderita SMT.^{3,11}

Kondisi lainnya, seperti *ill fitting dentures*, *oral parafunctional habits*, alergi terhadap material kedokteran gigi atau hipersensitivitas bahan makanan juga dapat berhubungan dengan sindroma tersebut.¹ *Parafunctional habits* seperti kebiasaan *tongue thrusting*, *bruxism*, *clenching* dan *grinding* merupakan suatu penyebab yang penting dari SMT pada penderita yang menggunakan gigi tiruan. Kesalahan dalam design gigi tiruan juga dapat berpengaruh pada terjadinya SMT. Iritasi mekanik dan adanya reaksi alergi terhadap gigi tiruan akrilik juga merupakan faktor yang dapat menimbulkan keluhan SMT. Selain itu reaksi galvanik yang dapat ditimbulkan oleh restorasi metal dilaporkan juga dapat menjadi faktor yang perlu dipertimbangkan untuk terjadinya keluhan sensasi rasa terbakar dalam rongga mulut.^{11,12}

Beberapa penelitian telah menemukan adanya perubahan pada konstituen saliva. Penelitian Hershkovich dan Nagler(2004) menyatakan adanya peningkatan yang signifikan pada sodium saliva, total protein, albumin, lisozim, amylase, IgA, IgG, IgM dan sIgA pada penderita SMT. Namun penelitian oleh Boras dkk. menyatakan adanya penurunan sIgA dan lisozim saliva yang signifikan pada aliran saliva yang terstimulasi bila dibandingkan dengan aliran saliva tanpa stimulasi. Namun magnesium tidak mengalami perubahan. Sedangkan penelitian lain menyatakan adanya penurunan total protein saliva dan peningkatan asam sialik pada aliran saliva terstimulasi penderita SMT.⁹

Keadaan sistemik yang dapat menyebabkan keluhan rasa terbakar di rongga mulut, seperti diabetes mellitus, defisiensi nutrisi, pemakaian obat-obatan serostomik, pemakaian *angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors*, pemakaian *protease inhibitors*, kelainan fungsi tiroid dan adanya neuropati.¹ Defisiensi hematitik, yaitu defisiensi zat besi, asam folat atau vitamin B, dilaporkan pada sekitar 30% kasus SMT.⁶ Pemakaian obat-obatan jenis *angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors* seperti captopril, enapril

dan lisinopril dilaporkan dapat menyebabkan timbulnya keluhan SMT dan rasa sakit di daerah fasial yang atipikal. Efek lain karena pemakaian ACE adalah adanya angioedema oral, ulserasi, serostomia, lichen planus, urtikaria, sakit kepala, hipotensi dan penurunan fungsi ginjal.¹³ Literatur lain menyatakan kemungkinan kelainan pencernaan seperti *gastro-esophageal reflux disease (GORD)* juga dapat merupakan kondisi yang melatarbelakangi terjadinya SMT.⁴

Ketidakeimbangan hormon, yang dapat terjadi pada saat seorang wanita yang berada pada masa perimenopause atau paska menopause Isaac van der Wall menyatakan dari hasil penelitiannya terhadap 114 wanita yang sudah mencapai menopause, 26% diantaranya mengalami gangguan rongga mulut. Literatur lain menyatakan 80% SMT terjadi pada paska menopause.^{14,15} Namun Scully menyatakan tidak ada hubungan yang spesifik dengan perubahan hormon, walaupun SMT seringkali dijumpai pada wanita dalam fase perimenopause atau paska menopause.⁶

Perlu dicermati bahwa keluhan sensasi terbakar pada SMT umumnya kronik, kemudian rasa sakit atau terbakar tersebut hilang saat makan atau minum. Hilangnya rasa sakit saat makan atau minum tersebut membedakan SMT dengan rasa sakit pada kelainan yang disebabkan oleh kelainan organik, yang biasanya justru timbul keluhan saat makan atau minum.⁶

Kondisi psikologik, seperti kecemasan, depresi atau fobia kanker dilaporkan dapat menimbulkan keluhan SMT pada sekitar 20% kasus.⁶ Grushka dkk, dalam penelitiannya dengan kuesioner kepribadian menyimpulkan bahwa penderita SMT memiliki karakter yang lebih cemas terhadap kesehatan tubuhnya, atau memiliki masalah sosial, dibandingkan dengan populasi secara umum. Selain itu literatur lain menyatakan adanya peningkatan reaksi somatik yang disebabkan oleh stress pada sekitar 154 penderita SMT. Namun penelitian Rojo dkk menyatakan bahwa tidak ditemukan adanya fenomena psikopatologik yang umum pada semua penderita SMT. Hubungan antara SMT dengan perubahan psikologik mungkin hanya merupakan kebetulan, walaupun persentasi penderita SMT dengan perubahan tersebut cukup besar (sekitar 50%) dibandingkan dengan populasi umum.¹⁶

Karakteristik Klinik dan Diagnosis

Penderita SMT, umumnya memiliki karakteristik berupa sensasi terbakar pada jaringan lunak rongga mulut yang kronik dan biasanya persisten. Keluhan rasa terbakar tersebut dapat bervariasi dari

yang ringan sampai yang berat, yang timbul menjelang pagi dan mereda setelah sore atau malam hari dan jarang yang mempengaruhi tidur. Daerah rongga mulut yang sering dikeluhkan penderita adalah bagian sepertiga anterior dorsum lidah, kemudian bibir dan yang jarang dikeluhkan adalah daerah palatum, gingival dan orofaring.^{1,3} Menurut Scully, ada 3 (tiga) tipe dari SMT, tipe pertama tidak ada keluhan saat bangun tidur atau di pagi hari, namun keluhan rasa terbakar meningkat sepanjang hari. Tipe kedua adalah penderita SMT dengan keluhan yang timbul pada saat bangun tidur dan berlanjut sepanjang hari, ini merupakan tipe yang paling sering ditemukan. Tipe ketiga adalah penderita SMT dengan pola timbulnya keluhan yang tidak biasa, tidak dapat diprediksi kapan akan terjadi.^{6,12} Literatur menyatakan bahwa rasa sakit pada SMT secara kuantitatif menyerupai sakit gigi, walaupun secara kualitatif berbeda.^{3,7,11}

Tiga keluhan yang paling banyak dikeluhkan oleh penderita sindroma mulut terbakar adalah keluhan rasa sakit (paling utama), disgeusia dan serostomia, sehingga ketiganya disebut triad simptom SMT. Keluhan lain yang juga banyak dikeluhkan adalah rasa haus, sakit kepala, sakit di daerah *tempuromandibular joint (TMJ)* dan rasa nyeri atau sakit saat mengunyah, sakit di daerah leher, pundak dan otot-otot suprahioid. Pada umumnya secara spesifik gambaran klinis SMT adalah triad symptom (rasa sakit, disgeusia dan serostomia) dan tidak ada perubahan mukosa rongga mulut walaupun daerah tersebut menimbulkan rasa sakit. Namun demikian keluhan yang sering muncul dapat merupakan oligosimptom yaitu adanya rasa sakit dan disgeusia atau kombinasi rasa sakit dan serostomia dapat pula monosimptom yaitu hanya ada keluhan rasa sakit.³

Pemeriksaan klinis sangat penting untuk mengeluarkan faktor-faktor organik yang dapat menimbulkan keluhan SMT, seperti adanya infeksi pada rongga mulut karena kandida, *erythema migrans* atau *geographic tongue*, lichen planus, hiposalivasi, masalah yang berhubungan dengan gigi tiruan serta diabetes mellitus yang belum terdiagnosis dan pengaruh sistemik lainnya.⁶

Pemeriksaan penunjang diperlukan untuk mengetahui adanya kelainan yang berhubungan dengan defisiensi hematinik, diabetes mellitus, kelainan tiroid, hiposalivasi atau infeksi kandida. Pemeriksaan laju aliran saliva juga diperlukan untuk mengetahui adanya suatu hiposalivasi yang juga dapat menimbulkan sensasi terbakar. Selain itu biopsi dan pemeriksaan imunohistokimia mungkin diperlukan untuk membuktikan adanya neuropati.^{6,7}

Dalam mendiagnosis SMT, anamnesis, pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang (bila diperlukan) yang cermat sangat penting untuk mengetahui adanya faktor penyebab sindroma mulut terbakar.¹

Manajemen

Dalam manajemen penderita SMT perlu diperhatikan bahwa pemberian informasi yang tepat pada penderita SMT sangat penting. Tujuannya agar penderita mengerti bahwa penyakitnya tersebut memang dapat terjadi pada individu usia pertengahan atau lanjut dan rasa sakit yang dideritanya dapat berhubungan dengan beberapa kondisi lokal atau sistemik atau idiopatik. Perlu pula diinformasikan bahwa rasa sakit tersebut tidak berhubungan dengan suatu keganasan dan penanganannya memerlukan waktu. Kemudian faktor-faktor yang dapat menimbulkan sensasi terbakar dianjurkan untuk dihindari, demikian pula pemakaian obat-obatan yang diketahui dapat merangsang SMT.³

Perlu diketahui penderita termasuk SMT primer atau SMT sekunder, berdasarkan identifikasi kemungkinan faktor-faktor etiologi. Untuk penderita SMT primer memerlukan penanganan rasa sakit yang tepat. Sedangkan untuk SMT sekunder dengan eliminasi semua faktor lokal dan faktor sistemik.^{3,6}

Pada pemeriksaan klinis, seringkali ditemukan beberapa kelainan klinis, sehingga penderita memerlukan rujukan medis yang terkait dengan kelainan tersebut.¹ Bila ditemukan adanya keterlibatan kelainan sistemik, maka pengelolaan SMT bekerja sama dengan bidang terkait. Pada penderita diabetes dapat diketahui adanya glikosuria atau glikemia dari pemeriksaan laboratoris, penatalaksanaan selanjutnya dapat bekerjasama dengan bagian endokrin, demikian pula bila diketahui adanya hipotiroid pada penderita SMT. Pada wanita peri atau paska menopause dengan SMT juga dapat dikonsultasikan ke dokter spesialis kebidanan untuk terapi sulih hormon, bila diperlukan.⁶

Pada penderita SMT primer diperlukan adanya suportif terapi untuk mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Pemberian obat secara topical atau sistemik dilaporkan dapat mengurangi rasa sakit, seperti *capcaisin* dosis rendah diaplikasikan secara topikal 3-4 kali sehari pada daerah yang sakit, dilaporkan dapat mengurangi rasa sakit. Clonazepam (1/4 atau 1/2 tablet 3 kali sehari) dengan diisap-isap menunjukkan berkurang dan hilangnya rasa sakit penderita SMT, namun clonazepam memiliki efek samping berupa peningkatan tekanan darah.³

Adanya hubungan antara faktor psikogenik dengan SMT memerlukan pendekatan psikologis pada penderita. Pemberian antidepresan terkadang diperlukan sehingga penderita dapat dikonsultasikan ke dokter spesialis jiwa atau psikiatri. Penderita dengan komponen psikogenik yang kuat, memerlukan obat-obatan yang dapat mempengaruhi *mood* penderita. Terapi jangka panjang dengan obat golongan benzodiazepin (*anxiolytics*) mempunyai efek baik bagi penderita SMT.^{3,6}

Adanya penelitian yang menyatakan bahwa SMT dapat disebabkan oleh kelainan mikrosirkulasi-neuromuskular maka pemakaian obat-obatan yang mempengaruhi sistem tersebut dapat merupakan terapi yang efektif untuk SMT, seperti pemakaian gabapentin, carbamazepine, antidepresan trisiklik, obat-obatan vasostabilasi seperti calcium channel antagonists.¹⁰

Kesimpulan

SMT merupakan hal yang menarik, dengan etiopatogenesis yang belum pasti dan diperlukan penanganan yang multidisiplin dalam manajemen penderita SMT.

Daftar Acuan

1. Rhodus NL, Carlson CR, Miller CS. Burning Mouth (Syndrome) Disorder. *Quintessence Int* 2003;34:8: 587-92.
2. Barker KE, Savage NW. Burning Mouth Syndrome: An Update on Recent Finding. *Austr Dent J* 2005;50(4):220-3.
3. Scala A, Checchi L, Montevicchi M, Marini L. Update on Burning Mouth Syndrome: Overview and Patient Management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14(4):275-91.
4. Field A, Longman L, Tyldesley WR. *Tyldesley's Oral Medicine*, 5th ed. New York: Oxford Press, 2003:207-8.
5. Ship JA, Grushka M, Lipton JA, dkk. Burning Mouth Syndrome: An Update. *J Am Dent Assoc*.1995; 26:843-52.
6. Scully C. *Oral and Maxillofacial Medicine. The Basis of Diagnosis and Treatment*. Edinburg: Wright, 2004:224-30.
7. Lauria G, Majorana A, Borgna M. Trigeminal Small-fiber Sensory Neuropathy Causes Burning Mouth Syndrome. *Pain* 2005; 115: 332-7.
8. Albuquerque RJ, de Leeuw R. Cerebral Activation during Thermal Stimulation of Patients who Have Burning Mouth Disorder: An MRI Study. *Pain* 2006;122(3):223-34.

9. Boras VV, Brailo V, Lukac J, Kordic D, Blazic-Potocki Z. Salivary Interleukin-6 and Tumor Necrosis Factor-alpha in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Oral Disease* 2006 ;12(3):353-5.
10. Heckman SM, Heckman JG, Hilz MJ. Oral Mucosal Blood Flow in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Pain* 2001; 90: 281-6.
11. Mott AE, Grushka M, Sessle BJ. Diagnosis and Management of Taste Disorders and Burning Mouth Syndrome. *Dent Clin North Am* 1993;37(1):33-69.
12. Coulthard P, Horner K, Sioan P, Theaker ED. *Master Dentistry. Oral and Maxillofacial Surgery, Radiology, Pathology, and Oral Medicine*. Edinburg: Churchill Livingstone,2003: 222-3.
13. Brown RS, Krakow M. Scaled Mouth Syndrome Caused by Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors. Two Cases Reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:665-7.
14. Wall I. *The Burning Mouth Syndrome*. Copenhagen: Munksgaard,1990.
15. PernoM. The Dental Hygienist. Our Role in Women's Health-Management of the Female Client. *Compendium* 2001;22(1): 39-47.
16. Rojo L, Silvestre FJ. Prevalence of Psychopathology in Burning Mouth Syndrome. A Comparative Study among Patients with and without Psychiatric Disorders and Controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:312-6.

