

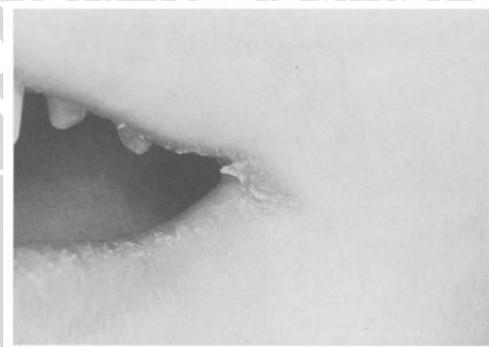
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 ANGULAR CHEILITIS

##### 2.1.1 Definisi Angular Cheilitis

*Angular Cheilitis* atau *perleche* adalah reaksi inflamasi pada sudut mulut yang sering dimulai dari daerah *mucocutaneous junction* dan meluas hingga ke kulit. Karakteristik *angular cheilitis* yaitu berupa daerah dengan banyak retakan, eritema yang difus, erosi, ulserasi, dan pembentukan krusta pada permukaan kulit yang disertai dengan gejala subyektif seperti rasa perih dan rasa terbakar pada sudut mulut (Eversole, 2011; Langlais, 2009).



**Gambar 2.1** Angular Cheilitis (Verbov Julian, 2012)



**Gambar 2.2** Angular Cheilitis (Scully Crispian, 2010)

### 2.1.2 Gambaran Klinis Angular Cheilitis

Secara umum angular cheilitis memiliki gejala utama yaitu sakit, rasa tidak nyaman dan rasa terbakar pada daerah sudut mulut. Sering diikuti dengan adanya daerah eritema, dan mengalami ulserasi pada sudut mulut. Dengan berjalannya waktu, fisura yang berwarna merah akan menjadi dalam dan meluas dari komisura ke kulit perilabial, atau mengalami ulserasi dan melibatkan mukosa labial dan bukal. Kerak sering berkembang pada ulser ini yang nantinya terkelupas dan mengalami ulser kembali selama fungsi rongga mulut berjalan normal. Pada reaksi jangka panjang, nodul granulomatous kecil yang berwarna coklat-kuning akan muncul. Namun, pendarahan jarang terjadi (Langlais, 2009).

### 2.1.3 Etiologi Angular Cheilitis

Hingga saat ini berbagai pendapat mengenai etiologi *angular cheilitis* telah banyak yang dikemukakan, *angular cheilitis* dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti anemia, diabetes mellitus, infeksi HIV (*Human immunodeficiency virus*), dan juga dapat disebabkan oleh xerostomia, kebiasaan menjilat sudut mulut, kehilangan dimensi vertikal oklusi, serta lokal infeksi oleh *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococci* (Laskaris et al, 2003). Kelembaban yang konstan dan adanya fisura menyebabkan bakteri mudah invasi dan berproliferasi. Ditemukannya individu dengan kebiasaan menjilat bibir yang kronis ini merupakan bentuk yang berhubungan dengan kandidiasis intraoral (Marx dan Stern, 2003).

Peneliti yang lain juga menyebutkan etiologi angular cheilitis terdiri dari faktor lokal, sistemik dan nutrisi. Faktor lokal sendiri terdiri dari iritan, alergi dan infeksi.

### Irritant Contact

**Tabel 2.1 Irritant Contact**

Kategori	Etiologi
Anatomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehilangan dimensi vertikal oklusi</li> <li>• Abnormal skeletal, gigi dan anatomi jaringan lunak</li> <li>• Pemakaian alat ortodonti</li> </ul>
Mekanik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan tembakau</li> <li>• Trauma</li> <li>• Kebiasaan menghisap jempol, menjilat bibir, dan bernafas melalui mulut</li> </ul>
Kimiawi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saliva</li> <li>• Thermal burns</li> <li>• Dental cleaning</li> </ul>

Sumber: Park Kelly, 2011; Nordin, 2015.

Sudut mulut menjadi tempat untuk maserasi dan pencernaan dari enzim saliva dengan hasil inflamasi yang berubah menjadi lebih parah daripada tempat lain dimana bibir menjadi tempat berkontaknya saliva dengan kulit pada waktu yang singkat (Ophaswongse,1995). Kontak yang berkepanjangan dengan iritan dapat menyebabkan anatomi berubah seperti menghasilkan fisura berwarna merah yang lebih dalam dibandingkan dengan keadaan yang normal pada daerah sudut mulut (Park, 2011).

### Allergic Contact

Ketika alergen berkontak dengan mukosa rongga mulut dan bibir, mereka jarang menghasilkan *angular cheilitis* saja (Rietschel dan Fowler, 2008). Kenyataannya, kehadiran dari iritan *angular cheilitis* menjadi faktor predisposisi

untuk keterlibatan kontak alergen di kulit yang sedang meningkatkan penetrasi alergen. Pada umumnya etiologi *angular cheilitis* adalah reaksi alergi dari *lipstick*, pasta gigi, obat jerawat, kosmetik, permen karet, pencuci mulut, makanan, penggunaan produk dental, dan merkuri dari amalgam (Park, 2011).

### Infeksi

Adanya inflamasi yang diakibatkan *angular cheilitis* sering mengandung *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, dan atau  $\beta$ -hemolytic streptococci yang pertumbuhannya berlebihan. Meskipun kolonisasi dimungkinkan, agen infeksi juga dapat berperan sebagai *true pathogen*. *Angular cheilitis* merupakan manifestasi oral dari kekurangan zat besi, vitamin B2, B6, B12, asam folat, niacin dan zinc. Mekanisme kekurangan zat besi sebagai salah satu etiologi *angular cheilitis* tidak dijelaskan secara lengkap, tetapi dengan kekurangan zat besi maka dapat menurunkan imunitas sel. Imunitas sel yang menurun dapat dicurigai dengan meningkatnya kerentanan terhadap infeksi rekuren, kronis, dengan ciri-ciri sebab yang tidak biasa, flora normal, dan mikroba lingkungan biasa, serta respon buruk terhadap terapi antibiotik. Pada umumnya kekurangan vitamin B2 akan menghasilkan warna kemerahan pada membran mukosa, *angular cheilitis*, dan glositis (Wray, 1999). *Perleche* yang disebabkan oleh *Candida* ini juga dapat dipengaruhi oleh keadaan sistemik seperti diabetes mellitus, pemakaian antibiotik jangka panjang, pasien dengan HIV dan konsumsi obat antiretroviral, *Down Syndrome*, *Sjogren Syndrome*, *Plummer Vinson Syndrome*, dan xerostomia (Rietschel, 2008; Scully, 2002; Park, 2011; Casals, 2012).

#### 2.1.4 Patogenesis Angular Cheilitis

Proses terjadinya *angular cheilitis* dimulai dari daerah *mucocutaneous junction* pada sudut mulut yang selalu dalam keadaan basah karena adanya

saliva. Saliva dapat menjadi perantara bagi *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococci* untuk berproliferasi dan menginvasi jaringan sekitar. Akibatnya, sudut mulut mengalami eritema, banyak fisura-fisura, erosi, ulserasi yang dalam dan melebar sampai ke daerah pipi dan bibir hingga mengalami pembentukan krusta pada permukaan kulit dengan disertai gejala subyektif berupa rasa nyeri dan rasa terbakar (Langlais, 2009; Laskaris, 2003; Iman, 2014).

#### 2.1.5 Perawatan Angular Cheilitis

Perawatannya harus mencakup tindakan preventif seperti menghilangkan faktor penyebab trauma, memperhatikan kebersihan mulut, pengembalian dimensi vertikal oklusi yang benar, aliran saliva dan menghilangkan faktor etiologi yang lain. Dalam hal ini juga termasuk menghilangkan kebiasaan buruk seperti menghisap jempol dan menjilat bibir. Dapat juga dikombinasikan dengan penggunaan salep topikal dengan kortikosteroid, antifungal dan antibiotik, 2/3 kali sehari untuk 1-2 minggu. Penyakit sistemik juga perlu penanganan dan pemberian suplemen vitamin B serta asupan zat besi juga terbukti bermanfaat. Jika *angular cheilitis* disebabkan oleh infeksi, maka perawatan hanya dapat efektif bila penyakit yang menyertai infeksi tersebut juga ditangani. Infeksi gabungan antara *Candida* dan *Staphylococcus* efektif penanganannya dengan bila diberikan miconazole topikal, sedangkan infeksi oleh karena *Staphylococcus* sendiri dapat diatasi dengan pemberian antibiotik topikal seperti fucidin (Langlais, 2009; Laskaris, 2005; Scully, 2010).

## 2.2 KEBIASAAN BURUK

Kebiasaan merupakan suatu perilaku yang berulang. Salah satu kebiasaan yang sering dilakukan adalah menghisap jempol dan tergolong wajar terjadi pada anak usia kurang dari 6 tahun karena tidak memberikan dampak yang negatif bagi tumbuh kembangnya. Namun, apabila kebiasaan tersebut masih berlanjut setelah usia 6 tahun, maka akan menyebabkan kelainan dento-fasial. Kebiasaan yang masih berlanjut tersebut secara tidak langsung menunjukkan adanya suatu kelainan fungsi tubuh dan juga gangguan psikis. Kebiasaan ini umumnya tidak disadari oleh anak, dapat terjadi berulang-ulang atau hanya pada waktu-waktu tertentu saja. Kebiasaan yang tidak normal ini biasanya terjadi pada masa pertumbuhan dan perkembangan wajah. Perhatian orang tua sangat dibutuhkan untuk dapat mencegah timbulnya kebiasaan tersebut berlanjut (Septuaginta, 2013).

### 2.2.1 Menghisap Jempol

Menghisap jempol adalah kebiasaan yang normal pada anak usia dini. Kebiasaan ini membuat anak tampak tidak matang dan dapat mengganggu susunan gigi saat anak tumbuh lebih dewasa. Seperti pola ritmik yang lain, pola ini dapat dilihat sebagai cara mendapatkan ekstra pengasuhan diri. Strategi terbaik untuk mengatasi kebiasaan menghisap jempol adalah dengan memberikan anak perhatian minat dalam kesejahteraannya atau bentuk-bentuk kepuasan lainnya. Jika mungkin orang tua harus mengabaikan gejala tersebut, sementara memberi perhatian pada segi-segi perilaku anak yang lebih positif. Anak yang mencoba secara aktif mengendalikan kebiasaan menghisap jempol harus diberi pujian dan dorongan (Behrman et al, 1996).

Stress merupakan stimulus yang kuat dalam kebiasaan menghisap. Analisis fungsional kebiasaan adalah penting sebagai prosedur diagnostik yang menjadi alat bantu dalam penentuan kebutuhan dan seleksi perawatan. Perawatan yang mampu membantu menghentikan kebiasaan termasuk pendekatan secara psikologis, penggunaan alat-alat *non dental* dan piranti oral. Perawatan yang menghambat kebiasaan menghisap jari mampu mencegah berkembangnya maloklusi dan kebiasaan ini harus dihentikan sebelum erupsi gigi permanen (Sofyanti, 2012).

Menurut Shahraki (2012) menghisap jempol memiliki 2 tipe yaitu aktif dan pasif. Pada tipe aktif, terdapat keterlibatan kekuatan otot yang kuat selama proses menghisap. Jika kebiasaan ini terus berlanjut dalam waktu yang lama maka posisi gigi permanen dan bentuk rahang akan terpengaruh. Untuk tipe pasif, anak hanya menempatkan jarinya dalam mulut tetapi tidak ada kekuatan menghisap, sehingga kebiasaan ini tidak terkait dengan perubahan skeletal.

Pada dua per tiga kasus, kebiasaan ini berakhir pada usia 5 tahun. *Non nutritive sucking* dan maloklusi memiliki hubungan sebab-akibat yang spesifik. Tipe perubahan pada gigi bisa bervariasi tergantung dari intensitas, durasi, dan frekuensi serta bagaimana posisi jari di dalam rongga mulut. Intensitas adalah jumlah kekuatan yang mengenai gigi selama menghisap jari dilakukan. Durasi adalah jumlah waktu untuk melakukan kebiasaan menghisap jari. Sedangkan frekuensi adalah banyaknya kebiasaan itu dilakukan dalam sehari. *Reminder therapy* yang digunakan pada kasus ini yaitu dengan membalut jempol menggunakan perban sampai anak tersebut dapat berhenti melakukan kebiasaan menghisap jempol (Casamassimo, 2013).



**Gambar 2.3** Menghisap Jempol (Indushekar et al., 2012)

### 2.2.2 Menjilat Bibir

Kebiasaan yang melibatkan bibir dan struktur perioral disebut *lip habits*.

Bibir dan jaringan perioral yang meradang, merah, dan merekah adalah tanda klinis yang tampak pada anak dengan kebiasaan menghisap bibir. Meskipun pada kebanyakan kasus *lip sucking* tidak menyebabkan gangguan pada gigi, namun kebiasaan ini bisa menimbulkan maloklusi bila anak melakukan kebiasaan menghisap bibir dengan intensitas, frekuensi, dan durasi yang cukup. Kebiasaan ini sering muncul pada anak-anak dengan periode gigi campuran atau gigi permanen (Casamassimo, 2013).

Kebiasaan menjilat bibir atau menghisap bibir adalah kebiasaan berbahaya yang muncul pada anak-anak, terutama dalam situasi yang membutuhkan peningkatan perhatian dan konsentrasi mental (Elena, 2006). Dampak negatif dari kebiasaan menghisap bibir adalah *open bite anterior* yang dapat menyebabkan bibir menjadi inkompeten, *posterior cross bite* dan *overjet* yang berlebihan. Ketika hal tersebut terus berlanjut maka dapat memperburuk protrusi maksila (Davidson, 2008).

Selain itu kebiasaan menghisap bibir juga menunjukkan gejala kemerahan, iritasi yang berhubungan dengan kekeringan dan peradangan pada bibir, hal ini akan menjadi lebih parah ketika musim dingin. Pada kasus yang berat akan menyebabkan hipertrofi vermillion, bibir retak dan sakit kronis

(Shahraki, 2012). Terapi yang digunakan untuk menghilangkan kebiasaan tersebut adalah dengan menggunakan *lip bumper*, sedangkan *reminder therapy* untuk kasus tersebut adalah dengan menggunakan bahan berasa pahit yang diaplikasikan dibibir (Derya dan Tulin, 2005).



**Gambar 2.3** Menjilat Bibir (Yamaguchi H. and Sueishi T., 2003)

### 2.3 Hubungan Kebiasaan Buruk dan Angular Cheilitis

#### 2.3.1 Kebiasaan Menghisap Jempol

Kebiasaan menghisap jempol atau jari yang lain dapat menyebabkan terjadinya maloklusi. Selain itu, kebiasaan ini juga memberikan dampak negatif pada bibir. Posisi jari yang masuk ke dalam rongga mulut dan menghasilkan keadaan yang basah karena genangan saliva pada daerah sekitar akan menjadi perantara bagi *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* dan *Streptococci* untuk berproliferasi dan akhirnya menimbulkan peradangan pada bibir yang disebut dengan *angular cheilitis*.

#### 2.3.2 Kebiasaan Menjilat Bibir

Pada kebiasaan menjilat bibir atau menghisap bibir akan menyebabkan kondisi bibir menjadi basah dan lembab karena adanya saliva. Infeksi oleh *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococci* dapat menyebabkan

*angular cheilitis*. Patogen ini dibawa ke sudut mulut melalui genangan saliva yang berulang dan kebiasaan sering menjilat sudut mulut. Pasien sering melakukan kebiasaan yang tidak disadari ini dalam upaya meredakan bibir yang kering (Langlais, 2009).

