

**DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO
BANDUNG**

Laporan Kasus : Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Penyakit Mata Kering
Pada Sindroma Sjögren Sekunder
Penyaji : Firda Muthia Elsyanty
Pembimbing : dr. Arief Akhdestira Mustaram, SpM(K)
dr. Patriotika Muslima, SpM

Telah diperiksa dan disetujui oleh
Pembimbing

dr. Arief Akhdestira Mustaram, SpM(K)

dr. Patriotika Muslima, SpM

Kamis, 24 Juni 2021

Pukul 07.30 WIB

CLINICAL MANIFESTATIONS AND MANAGEMENT OF DRY EYE DISEASE IN SECONDARY SJÖGREN SYNDROME

Abstract

Introduction: Sjögren syndrome is a chronic autoimmune disease that primarily affects lacrimal and salivary glands resulting dryness of the eye and mouth. Around 10% of patients with significant dry eye are associated with Sjögren syndrome and more commonly found in women. This disease is classified as primary or secondary Sjögren syndrome. The latter is associated to other autoimmune disorders such as Systemic Lupus Erythematosus (SLE).

Purpose: To report clinical manifestations and management of two female patients with severe dry eye disease associated with secondary Sjögren Syndrome.

Case Report: Two women presented in the infection and immunology unit of Cicendo Eye Hospital with complaints of persistent dry eye and dry mouth. The first patient was a 62-year-old woman with 5 year history of SLE and the second was a 29-year-old woman with suspect SLE. Ophthalmologic examination of both patients showed bilateral punctate epithelial erosions, decreased tear break up time and low schirmer I results. Laboratory examination of both patients showed reactive antinuclear antibody (ANA). Both patients were treated with autologous serum, artificial tears, sodium hyaluronate eyedrop and vitamin A palmitate eye gel. The dry eye symptoms were relieved with treatment in both patients.

Conclusion: Dry eye is the most common symptom of Sjögren Syndrome. Secondary Sjögren syndrome should be highly suspected if significant dry eye and dry mouth are presented in women with underlying autoimmune condition such as SLE. Tear supplementation is an effective therapy to relieve dry eye symptoms in this disease.

Keywords: dry eye, sjögren syndrome, systemic lupus erythematosus

I. Pendahuluan

Sindroma Sjögren adalah penyakit autoimun kronis yang memiliki karakteristik infiltrasi sel limfosit pada kelenjar lakrimal dan saliva sehingga menimbulkan gejala mata kering dan mulut kering. Akpek dkk dan Kuklinski dkk mengatakan bahwa sekitar 10% pasien dengan penyakit mata kering disebabkan oleh Sindroma Sjögren. Wanita lebih banyak mengalami penyakit autoimun ini dibanding pria dengan perbandingan 9:1. Klasifikasi sindroma Sjögren terdiri dari dua kelompok yaitu Sindroma Sjögren primer dan sekunder. Sindroma Sjögren primer memiliki karakteristik tidak disertai penyakit lain yang mendasari, sedangkan Sindroma Sjögren sekunder disertai dengan kelainan autoimun lain seperti Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) atau Reumatoid Arthritis (RA). Keluhan mata kering merupakan gejala yang paling sering dialami oleh pasien Sindroma

Sjögren sehingga menjadi alasan utama pasien datang ke fasilitas kesehatan. Tatalaksana penyakit mata kering yang adekuat dapat mengurangi gejala dan memperbaiki kualitas hidup pasien Sindroma Sjögren.¹⁻³ Laporan kasus ini bertujuan untuk memaparkan manifestasi klinis dan tatalaksana pada dua kasus penyakit mata kering yang diakibatkan oleh Sindroma Sjögren sekunder dengan SLE.

II. Laporan Kasus

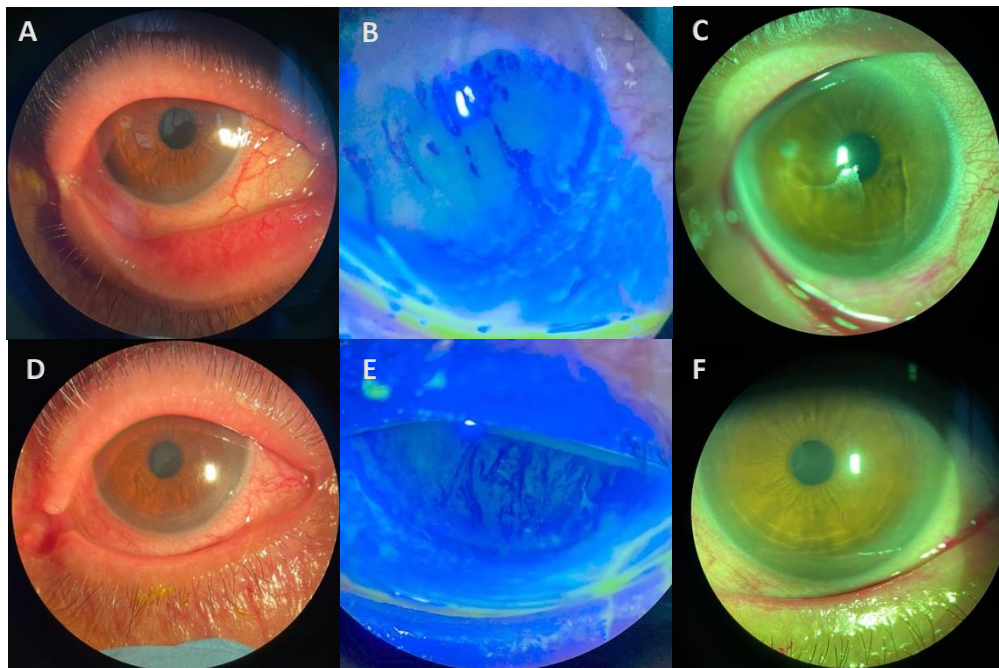
Kasus 1

Seorang wanita berusia 62 tahun datang ke poli Infeksi dan Imunologi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dan mengeluhkan mata kering pada kedua matanya. Pasien mengalami mata kering sejak tiga tahun yang lalu dan disertai dengan rasa perih, mata merah, dan sensasi benda asing seperti berpasir pada kedua mata. Keluhan mata kering tidak disertai dengan penglihatan buram. Pasien mengatakan kedua mata menjadi lebih tidak nyaman jika membaca atau menatap layar telepon genggam terlalu lama. Pasien merasakan mulutnya terasa kering sehingga makanan kadang terasa pahit dan membuatnya harus minum lebih banyak untuk menelan makanan.

Pasien memiliki riwayat SLE sejak lima tahun yang lalu dan hasil laboratorium yang menunjukkan antibodi antinuklear (ANA) reaktif. Keluhan seperti nyeri kepala, mual, dan muntah dirasakan hilang timbul oleh pasien. Saat ini pasien mendapat terapi SLE berupa metilprednisolon 1 x 4 mg dan azatioprin 2 x 50 mg dari bagian Reumatologi RS Hasan Sadikin. Pasien memiliki riwayat operasi katarak pada kedua mata satu tahun yang lalu. Pasien tidak memiliki riwayat infeksi pada mata, penggunaan lensa kontak, merokok, alergi, penyakit saraf, dan trauma. Pasien mengatakan seorang keluarganya memiliki riwayat penyakit autoimun berupa kelainan darah. Pasien mengalami menopause sejak tujuh tahun yang lalu. Waktu yang dihabiskan oleh pasien untuk menatap layar (*screen time*) sekitar 2-3 jam per hari.

Pemeriksaan oftalmologi pada tanggal 30 Maret 2021 menunjukkan tajam penglihatan terbaik yaitu 0,8 pada kedua mata. Pemeriksaan lampu celah pada

palpebra superior pada kedua mata menunjukkan *pouty meibom* dan ekspresibilitas kelenjar meibom derajat empat. Pemeriksaan kornea kedua mata menunjukkan injeksi siliar, erosi epitel punggata, dan *tear break up time* (TBUT) 4 detik pada mata kanan dan 3 detik pada mata kiri dengan pola *line break*. Pasien didiagnosis dengan penyakit mata kering berat ODS *et causa* Sindroma Sjögren sekunder, pseudophakia ODS, disfungsi kelenjar meibom ODS, dan SLE. Terapi yang diberikan adalah serum otologus 1 tetes per jam kedua mata, air mata buatan 6x tetes kedua mata, tetes mata sodium hialuronat 4x tetes kedua mata, gel mata vitamin A palmitat 3x kedua mata dan salep mata mycetine 3x kedua mata. Pasien mendapat edukasi untuk rajin membersihkan bulu mata, kompres hangat kelopak mata, dan pijat kelopak mata.



Gambar 1. Foto klinis pasien kasus pertama pada pemeriksaan tanggal 18 Juni 2021 (A, B, dan C) pemeriksaan lampu celah, pewarnaan fluoresein, dan *rose bengal* pada mata kanan. (D, E, dan F) pemeriksaan lampu celah, pewarnaan fluoresein, dan *rose bengal* pada mata kiri.

Dikutip dari: PMN RS Mata Cicendo

Pasien melakukan kontrol rutin ke poli infeksi dan imunologi PMN RS Mata Cicendo setiap 2 minggu sekali. Pasien mengatakan keluhan mata kering membaik dengan pemberian obat mata. Pemeriksaan pada tanggal 24 Mei 2021 menunjukkan

bahwa keluhan mata kering dan mulut kering masih dirasakan oleh pasien. Hasil pemeriksaan fluoresein menunjukkan perbaikan pada TBUT yaitu 7 detik pada kedua mata dan erosi epitel pungkata minimal. Hasil pemeriksaan schirmer I yaitu 4 mm pada mata kanan dan 8 mm pada mata kiri.

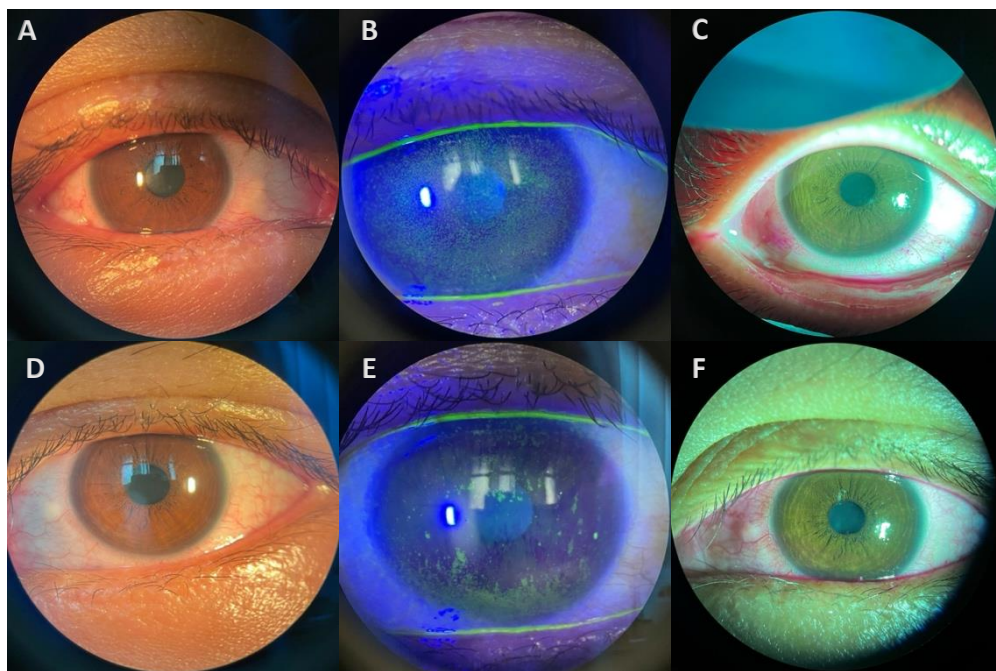
Pasien merasakan keluhan mata lebih sering berair pada saat kontrol tanggal 18 Juni 2021. Pemeriksaan oftalmologi saat itu menunjukkan sumbatan kelenjar meibom membaik pada kedua mata dengan ekspresibilitas derajat dua. Pemeriksaan fluoresein menunjukkan TBUT 5 detik pada mata kanan dan 7 detik pada mata kiri dan erosi epitel pungkata pada kedua mata. Hasil pemeriksaan Schirmer I yaitu 9 mm pada mata kanan dan 11 mm pada mata kiri. Pewarnaan fluoresein menunjukkan *Ocular Staining Score* (OSS) sebesar 4 pada mata kanan dan kiri. Pewarnaan *rose bengal* menunjukkan skor Van Bijsterfeld sebesar 1 pada mata kanan dan 3 pada mata kiri. Pengukuran *unstimulated salivary flow* (UWS) selama 15 menit menghasilkan volume saliva sebanyak 1,5 ml. Pasien didiagnosis dengan penyakit mata kering ODS *et causa* Sindroma Sjögren sekunder, pseudophakia ODS, dan SLE. Pasien mendapat instruksi untuk tetap melanjutkan terapi mata kering berupa serum otologus 1 tetes per jam kedua mata, air mata buatan 6x tetes kedua mata, tetes mata sodium hialuronat 4x tetes kedua mata, dan gel mata vitamin A palmitat 3x kedua mata. Pasien menerima edukasi mengenai penyebab mata kering yang dialami, anjuran untuk rajin menggunakan obat mata serta untuk tetap rutin kontrol penyakit SLE ke bagian Reumatologi RS Hasan Sadikin.

Kasus 2

Seorang wanita berusia 29 tahun datang ke poli infeksi dan imunologi PMN RS Mata Cicendo dengan keluhan mata kering pada kedua mata yang sudah dirasakan sejak lima tahun yang lalu namun terasa memberat sejak dua tahun terakhir. Pasien merasakan keluhan mata kering yang disertai dengan penglihatan buram, mata merah, perih, dan sensasi berpasir pada kedua mata. Paparan angin, debu, sinar matahari, dan suhu ruangan memperberat keluhan mata kering pasien. Pasien sering menghabiskan waktu di ruangan dengan pendingin udara dan waktu yang dihabiskan untuk menatap layar (*screen time*) sekitar 5-6 jam per hari. Pasien

juga merasakan mulutnya terasa kering dan kadang disertai nyeri hingga tenggorokan. Pasien mengalami sulit menelan makanan hingga perlu minum air cukup banyak untuk menelan. Pasien memiliki riwayat gigi bolong dan bengkak di sekitar rahang yang hilang timbul.

Pasien mengatakan sering merasakan nyeri pada beberapa persendian tubuhnya yang tidak disertai dengan gangguan kulit, gangguan pencernaan maupun mudah lelah. Kakak kandung pasien memiliki riwayat penyakit SLE dan telah mendapat terapi selama delapan tahun. Pasien rutin menggunakan KB suntik tiap 3 bulan sekali. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaanacamata, operasi mata, mata merah berulang, dan penggunaan lensa kontak. Pasien tidak memiliki riwayat alergi, konsumsi obat-obatan, dan sering terpapar asap rokok.



Gambar 2. Foto klinis pasien kasus kedua pada pemeriksaan tanggal 21 Mei 2021 (A, B, dan C) pemeriksaan lampu celah, pewarnaan fluoresein, dan *rose bengal* pada mata kanan. (D, E, dan F) pemeriksaan lampu celah, pewarnaan fluoresein, dan *rose bengal* pada mata kiri.

Dikutip dari: PMN RS Mata Cicendo

Pemeriksaan pada tanggal 7 Desember 2020 menunjukkan tajam penglihatan mata kanan dan kiri adalah 0,4 dan jika menggunakan *pinhole* menjadi 0,7. Tekanan intraokular kedua mata dalam batas normal. Pemeriksaan oftalmologi pada kornea

kedua mata menunjukkan injeksi siliar, filamen, dan erosi epitel punggata luas. Pewarnaan fluorescein menunjukkan TBUT 2 detik pada kedua mata dengan pola *area break*. Pasien didiagnosis dengan keratitis filamentosa ODS dan penyakit mata kering berat ODS. Pasien mendapat tatalaksana berupa *debridement* filamen kornea kedua mata dan terapi berupa air mata buatan 6x tetes kedua mata, tetes mata sodium hialuronat 4x tetes kedua mata, gel mata vitamin A palmitat 3x kedua mata. Pasien rutin melakukan kontrol ke poli infeksi dan imunologi sebulan sekali.

Pasien masih merasakan mata kering dan disertai mulut kering pada saat pemeriksaan tanggal 21 Mei 2021. Pemeriksaan oftalmologi menunjukkan injeksi siliar, erosi epitel punggata luas, dan TBUT selama 1 detik pada mata kanan dan 3 detik pada mata kiri. Pasien didiagnosis penyakit mata kering berat ODS *et causa* suspek Sindroma Sjögren dan suspek SLE. Pasien mendapat terapi berupa serum otologus 1 tetes per jam kedua mata, air mata buatan 6x tetes kedua mata, tetes mata sodium hialuronat 4x tetes kedua mata, gel mata vitamin A palmitat 3x kedua mata. Pasien dirujuk ke bagian Reumatologi RS Hasan Sadikin untuk penegakan diagnosis dan pemeriksaan ANA.

Pasien mengatakan keluhan mata kering membaik dengan pengobatan mata namun memburuk jika obat mata habis pada saat kontrol tanggal 18 Juni 2021. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil ANA reaktif. Pemeriksaan oftalmologi menunjukkan injeksi siliar, erosi epitel punggata luas, TBUT 1 detik pada mata kanan dan 2 detik pada mata kiri. Pemeriksaan Schirmer I menunjukkan hasil 3 mm pada mata kanan dan 2 mm pada mata kiri. Pewarnaan fluorescein menunjukkan OSS sebesar 6 pada mata kanan dan 5 pada mata kiri. Pewarnaan *rose bengal* menunjukkan skor Van Bijsterveld sebesar 5 pada mata kanan dan 4 pada mata kiri. Pengukuran UWS selama 15 menit menghasilkan volume saliva sebanyak < 1 ml. Pasien didiagnosis dengan penyakit mata kering berat ODS *et causa* Sindroma Sjögren sekunder dan suspek SLE. Pasien mendapat instruksi untuk melanjutkan terapi mata kering yang didapat sebelumnya yaitu serum otologus, air mata buatan, tetes mata sodium hialuronat, dan gel mata vitamin A palmitat. Pasien mendapat edukasi mengenai penyebab mata kering yang dialami dan anjuran untuk kontrol ke bagian Reumatologi RS Hasan Sadikin .

III. Diskusi

Sindroma Sjögren merupakan penyakit autoimun kronis yang menyerang fungsi kelenjar lakrimal dan saliva sehingga menyebabkan terjadinya gejala khas berupa mata kering dan mulut kering. Prevalensi Sindroma Sjögren sebesar 0,5% – 4% menunjukkan kondisi ini adalah penyakit autoimun terbanyak kedua setelah RA. Akpek dkk dan Kuklinski dkk mengatakan bahwa Sindroma Sjögren berkontribusi terhadap 10 % pasien dengan penyakit mata kering berat. Kedua pasien di atas memiliki kesamaan keluhan dan pemeriksaan oftalmologi yang menggambarkan kondisi penyakit mata kering berat. Sindroma Sjögren lebih banyak ditemukan pada wanita dibanding pria dengan perbandingan sebesar 9 : 1. Hal ini sesuai dengan karakteristik kedua pasien yang berjenis kelamin wanita. Faktor risiko mata kering selain jenis kelamin wanita antara lain usia, lingkungan, ketidakseimbangan hormon, faktor nutrisi, pengobatan sistemik, dan penyakit autoimun. *Women's Health Study* menjelaskan bahwa prevalensi mata kering meningkat dengan bertambahnya usia yaitu 5.7% pada wanita berusia kurang dari 50 tahun dan meningkat menjadi 9.8% pada wanita berusia di atas 75 tahun. Semakin bertambah usia akan menurunkan produksi dan meningkatkan evaporasi air mata sehingga mata kering sering terjadi. Kedua pasien memiliki kesamaan faktor risiko penyakit mata kering berupa penyakit autoimun. Perbedaan pada kedua pasien yaitu pada pasien pertama memiliki faktor risiko tambahan berupa usia lanjut, sedangkan pada pasien kedua adalah faktor lingkungan.^{1,2,4,5}

Karakteristik Sindroma Sjögren adalah infiltrasi limfosit pada kelenjar eksokrin seperti kelenjar lakrimal dan saliva. Proses inflamasi yang berperan pada patogenesis Sindroma Sjögren melibatkan sel limfosit T yang menghancurkan sel kelenjar lakrimal melalui apoptosis sel. Proses inflamasi tersebut akan mengakibatkan hiposekresi air mata. Akumulasi sel inflamasi lain seperti sitokin, interferon (IFN)-gamma, *Tumor Necrosis Factor* (TNF) alpha, dan kemokin akan menginduksi sel limfosit B untuk memproduksi autoantibodi seperti anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) dan ANA.⁴⁻⁶

Sindroma Sjögren primer merupakan Sindroma Sjögren yang tidak disertai penyakit lain, sedangkan Sindroma Sjögren sekunder disertai dengan penyakit

autoimun sistemik lain yang mendasari. Contoh penyakit autoimun yang dapat berhubungan dengan sindroma Sjögren sekunder adalah SLE dan RA. Prevalensi SLE yang berkaitan dengan Sindroma Sjögren adalah 17.8%. Pasien pada kasus pertama memiliki riwayat SLE selama lima tahun, sedangkan pasien pada kasus kedua merupakan pasien dengan suspek SLE. Berdasarkan studi oleh Pasoto dkk, prevalensi Sindroma Sjögren sekunder meningkat pada pasien SLE wanita khususnya dengan onset SLE di atas usia 50 tahun. Pernyataan ini sesuai dengan karakteristik pasien kasus pertama yang mengalami SLE sejak usia 55 tahun. Keterlibatan genetik yang berhubungan dengan *Human Leukocyte Antigen - DRB* (HLA-DRB) mempengaruhi kejadian Sindroma Sjögren yang berhubungan dengan SLE. Riwayat keluarga dengan SLE merupakan salah satu faktor risiko terjadinya Sindroma Sjögren baik primer maupun sekunder, sesuai dengan pasien kasus kedua. Pemeriksaan ANA menunjukkan hasil reaktif pada 99% pasien SLE sehingga menjadi salah satu kriteria diagnosis. Pemeriksaan ANA bersifat reaktif pada >70 % pasien Sindroma Sjögren dan sugestif terhadap autoantibodi anti-Ro (SSA) dan/atau anti-La (SSB). Hasil laboratorium kedua pasien menunjukkan ANA reaktif yang mendukung keterlibatan penyakit autoimun dalam perjalanan penyakit.⁶⁻⁸

Beberapa konsensus menghasilkan berbagai kriteria diagnosis Sindroma Sjögren yang terdiri dari manifestasi klinis pasien baik secara subjektif maupun objektif. *American-European Consensus Group* (AECG) menjabarkan kriteria diagnosis Sindroma Sjögren pada tahun 2002 yang mencakup 6 komponen yaitu keluhan mata kering, keluhan mulut kering, pemeriksaan okular objektif, pemeriksaan histopatologi, keterlibatan kelenjar saliva, dan autoantibodi anti-SSA atau anti-SSB. Kriteria diagnosis AECG untuk Sindroma Sjögren sekunder adalah pasien dengan penyakit autoimun sistemik lain yang disertai keluhan mata kering atau mulut kering ditambah dua kriteria positif di antara pemeriksaan objektif. *American College of Rheumatology* (ACR) mengeluarkan kriteria diagnosis Sindroma Sjögren pada tahun 2012 yang terdiri dari tiga komponen, yaitu autoantibodi, tanda keratokonjungtivitis sicca yang ditandai $OSS \geq 3$, dan gambaran sialadenitis limfositik fokal pada pemeriksaan biopsi kelenjar saliva. Kriteria

diagnosis oleh kolaborasi *American College of Rheumatology – European League Against Rheumatism* (ACR-EULAR) pada tahun 2016 menggambarkan lima kriteria Sindroma Sjögren, yaitu gambaran sialadenitis limfositik fokal pada biopsi kelenjar saliva, serologi positif anti-Ro (SSA), $OSS \geq 5/VBS \geq 4$ pada minimal satu mata, Schirmer I ≤ 5 mm dalam 5 menit, dan UWS $\leq 0,1$ ml/menit. Kriteria diagnosis AECG dapat membedakan Sindroma Sjögren primer dan sekunder, sedangkan kriteria ACR dan ACR-EULAR hanya dapat digunakan untuk mendiagnosis Sindroma Sjögren primer. Manifestasi klinis pada kedua pasien memenuhi kriteria Sindroma Sjögren sekunder berdasarkan kriteria AECG.^{2,3,9,10}

Tabel 1. Kriteria diagnosis Sindroma Sjögren pada kedua kasus berdasarkan Kriteria AECG

	Kriteria AECG	Kasus 1	Kasus 2
I.	Gejala mata kering: minimal satu di antara pertanyaan berikut		
a.	Apakah anda mengalami mata kering yang menetap lebih dari 3 bulan?	✓	✓
b.	Apakah anda merasakan sensasi mata seperti berpasir?	✓	✓
c.	Apakah anda menggunakan air mata buatan lebih dari 3x dalam sehari?	✓	✓
II.	Gejala mulut kering: minimal satu di antara pertanyaan berikut		
a.	Apakah anda merasakan mulut kering setiap hari dalam 3 bulan terakhir?	✓	✓
b.	Apakah anda pernah mengalami pembengkakan pada kelenjar saliva?	×	✓
c.	Apakah anda sering minum air untuk membantu menelan makanan?	✓	✓
III.	Pemeriksaan objektif mata: minimal satu di antara tes berikut		
a.	Schirmer I (tanpa anestesi topikal) ≤ 5 mm dalam 5 menit	✓	✓
b.	Skor pewarnaan rose bengal VBS > 4 atau pewarnaan okular lainnya	×	✓
IV.	Histopatologi		
	Keberadaan sialadenitis limfositik fokal dengan skor fokus ≥ 1 pada pemeriksaan biopsi kelenjar saliva	-	-
V.	Keterlibatan kelenjar saliva: minimal satu di antara tes berikut		
a.	<i>Unstimulated whole salivary flow</i> (UWS) $\leq 1,5$ ml dalam 15 menit	✓	✓
b.	Sialografi parotis menunjukkan sialektasia	-	-
c.	Skintigrafi kelenjar saliva abnormal	-	-
VI.	Autoantibodi		
a.	Autoantibodi anti-Ro (SSA) dan/atau anti-La (SSB)	-	-

Dikutip dari: Bjordal dkk.⁶

Vivino dkk menjelaskan bahwa tujuan tatalaksana penyakit mata kering pada Sindroma Sjögren adalah untuk mengurangi gejala mata kering, mencegah komplikasi dan kontrol inflamasi sistemik dengan agen immunosupresif. Lubrikasi

dengan suplemen air mata merupakan lini pertama untuk mengganti kekurangan volume air mata dan mengurangi gejala akibat penyakit mata kering. Bunya dkk menjelaskan air mata buatan dan sodium hialuronat berfungsi menambah volume akuos pada air mata pasien, mengurangi friksi antara kelopak dan bola mata, dan memperbaiki ketidaknyamanan pada mata pasien. Serum otologus mengandung fibronektin, vitamin A, sitokin, faktor pertumbuhan, dan faktor anti-inflamasi yang bermanfaat dalam penyembuhan epitel kornea sehingga mengurangi gejala mata kering pada Sindroma Sjögren. Agen immunosupresif seperti kortikosteroid oral bermanfaat dalam mengontrol inflamasi dan mengurangi manifestasi sistemik pasien dengan Sindroma Sjögren yang disertai SLE. Shih dkk menjelaskan adanya perbaikan gejala dan pemeriksaan Schirmer pada pasien mata kering yang mendapat terapi kortikosteroid oral. Kedua pasien mendapatkan terapi berupa serum otologus, air mata buatan, tetes mata sodium hialuronat, dan gel mata vitamin A palmitat. Kedua pasien merasakan gejala mata kering membaik dengan pemakaian obat mata, namun pemeriksaan objektif menunjukkan pasien pertama mengalami perbaikan pada TBUT dan Schirmer I dibanding pasien kedua. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perbedaan respon tatalaksana pada kedua pasien adalah pasien pertama telah mendapat terapi berupa agen immunosupresif dari bagian Reumatologi, berbeda dengan pasien kedua yang belum mendapat terapi. Perjalanan penyakit yang lebih lama pada pasien pertama dibanding pasien kedua juga mempengaruhi tingkat keparahan gejala serta respon terhadap terapi penyakit mata kering.^{5,8,11}

Prognosis Sindroma Sjögren bervariasi dan bergantung dengan tingkat keparahan gejala yang dialami pasien. Keterlambatan diagnosis dan tatalaksana Sindroma Sjögren dapat menurunkan kualitas hidup pasien dan meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi, penyakit kardiovaskular, dan limfoma yang dapat menyebabkan kematian. Pendekatan multidisiplin sangat penting dalam diagnosis dini dan tatalaksana Sindroma Sjögren. Pasien dengan penyakit mata kering yang dicurigai berhubungan dengan Sindroma Sjögren dianjurkan untuk dirujuk ke bagian Reumatologi untuk tatalaksana penyakit autoimun dan bagian kesehatan gigi untuk tatalaksana komplikasi akibat mulut kering. Edukasi pasien mengenai

perjalanan penyakit, tujuan terapi, dan strategi untuk mengurangi gejala penting dikomunikasikan kepada pasien mata kering akibat Sindroma Sjögren.¹²⁻¹⁴

IV. Simpulan

Penyakit mata kering merupakan manifestasi klinis yang paling sering dialami oleh pasien Sindroma Sjögren. Pasien wanita dengan penyakit mata kering berat dan mulut kering yang disertai penyakit autoimun lain seperti SLE dapat diduga kuat sebagai suatu Sindroma Sjögren sekunder. Tatalaksana penyakit mata kering pada Sindroma Sjögren berupa air mata buatan, serum otologus, dan sodium hialuronat topikal bersifat efektif dalam mengurangi gejala mata kering pada pasien. Diagnosis dan tatalaksana Sindroma Sjögren membutuhkan pendekatan multidisiplin agar memberikan prognosis yang baik pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Akpek EK, Amescua G, Farid M, Garcia-Ferrer FJ, Lin A, Rhee MK, et al. Dry eye syndrome preferred practice pattern. *Ophthalmology*. 2019;126(1):hlm. 286–334.
2. Kuklinski E, Asbell PA. Sjogren's syndrome from the perspective of ophthalmology. *Spec Issue Sjogrens Syndr*. 2017;182:hlm. 55–61.
3. Hubschman S, Rojas M, Kalavar M, Kloosterboer A, Sabater AL, Galor A. Association between early sjögren markers and symptoms and signs of dry eye. *Cornea*. 2020;39(3):hlm. 1–5.
4. Wang J, Zhou L, Liu B. Update on disease pathogenesis, diagnosis, and management of primary sjögren's syndrome. *Int J Rheum Dis*. 2020;23(6):hlm. 723–7.
5. Vivino F, Bunya V, Massaro-Giordano G, Johr C, Giattino S, Schorpion A, et al. Sjogren's syndrome: an update on disease pathogenesis, clinical manifestations and treatment. *Clin Immunol*. 2019;203:hlm. 81–121.
6. Bjordal O, Norheim KB, Rødahl E, Jonsson R, Omdal R. Primary sjögren's syndrome and the eye. *Surv Ophthalmol*. 2020;65(2):hlm. 119–32.
7. Craig JP, Nelson JD, Azar DT, Belmonte C, Bron AJ, Chauhan SK, et al. TFOS DEWS II report executive summary. *Ocul Surf*. 2017;15(4):hlm. 802–12.
8. Shih KC, Lun CN, Jhanji V, Thong BY-H, Tong L. Systematic review of randomized controlled trials in the treatment of dry eye disease in Sjogren syndrome. *J Inflamm Lond Engl*. 2017;14:hlm. 26–8.
9. Pasoto SG, Adriano de Oliveira Martins V, Bonfa E. Sjögren's syndrome and systemic lupus erythematosus: links and risks. *Open Access Rheumatol Res Rev*. 2019;11:hlm. 33–45.
10. Vivino FB. Sjogren's syndrome: clinical aspects. *Spec Issue Sjogrens Syndr*. 2017;182:48–54.
11. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T, et al. EULAR recommendations for the management of sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):hlm. 3–18.
12. Akpek EK, Wu HY, Karakus S, Zhang Q, Masli S. Differential diagnosis of sjögren versus non-sjögren dry eye through tear film biomarkers. *Cornea*. 2020;39(8):hlm. 991–7.
13. Tsubota K, Yokoi N, Watanabe H, Dogru M, Kojima T, Yamada M, et al. A new perspective on dry eye classification: proposal by the asia dry eye society. *Eye Contact Lens*. 2020;46: hlm. 65–76.
14. Bunya VY, Fernandez KB, Ying G-S, Massaro-Giordano M, Macchi I, Sulewski ME, et al. Survey of ophthalmologists regarding practice patterns for dry eye and sjogren syndrome. *Eye Contact Lens*. 2018;44(2):hlm. 196–201.