

Penatalaksanaan reseksi mandibula dengan pemasangan plat AO pada kasus ameloblastoma

¹Syamsiar Toppo, ²Andi Tajrin, ³Mufidah Al'amri

¹Bagian Bedah Mulut

²Bagian Radiologi

³Mahasiswa Tahapan Profesi

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin

fidha.alamri@yahoo.com

ABSTRACT

Ameloblastoma is an odontogenic epithelial tumor derived from tooth-forming tissues, benign, slow-growing, locally aggressive and can cause great facial deformity. These tumors have tendency to recur if inadequate surgery. A 50-year-old patient came with enlargement of the left cheek since 2 years ago, with diagnosis multicystic ameloblastoma. Care to prevent return recurrence of ameloblastoma is carried mandible resection and mounting AO plate. It was concluded that treatment of tumor resection reduces recurrence rate of tumor, but the result of major trauma to the tissues that require precise reconstruction.

ABSTRAK

Ameloblastoma merupakan suatu tumor epitelial odontogenik yang berasal dari jaringan pembentuk gigi, bersifat jinak, tumbuh lambat, agresif secara lokal dan dapat menyebabkan deformitas wajah yang besar. Tumor ini mempunyai kecenderungan untuk kambuh apabila tindakan operasi tidak memadai. Seorang pasien berusia 50 tahun datang dengan keluhan pembesaran pada pipi kiri sejak 2 tahun yang lalu, dengan diagnosis ameloblastoma multikistik. Perawatan yang dilakukan untuk mencegah kembalinya rekurensi ameloblastoma yaitu dengan dilakukan reseksi mandibula dan pemasangan plat AO. Disimpulkan bahwa penatalaksanaan reseksi tumor mengurangi tingkat rekurensi tumor, tetapi mengakibatkan trauma besar pada jaringan sehingga membutuhkan rekonstruksi yang tepat.

PENDAHULUAN

Ameloblastoma merupakan suatu tumor epitelial odontogenik yang berasal dari jaringan pembentuk gigi, bersifat jinak, tumbuh lambat, penyebarannya lokal invasif dan destruktif serta mengadakan proliferasi kedalam stroma jaringan ikat. Tumor ini mempunyai kecenderungan untuk kambuh apabila tindakan operasi tidak memadai. Sifat yang mudah kambuh dan penyebarannya yang ekspansif dan infiltratif ini memberikan kesan *malignancy* dan oleh karena sifat penyebarannya maupun kekembuhannya lokal maka tumor ini sering disebut sebagai *locally malignancy*.¹

Ameloblastoma dapat tumbuh dari berbagai macam epitel odontogenik yang tersisa di antara jaringan lunak alveolar dan tulang. Tumor ini tumbuhnya lambat, agresif secara lokal dan dapat menyebabkan deformitas wajah yang besar. Ameloblastoma memiliki angka kejadian rekurensi yang tinggi bila tumor ini tidak dieksisi secara luas dan hati-hati.¹

Ameloblastoma biasanya didiagnosis pada pasien yang umurnya antara dekade empat dan dekade lima, kecuali pada kasus tipe unikistik yang biasanya terjadi pada pasien yang berusia antara 20-30 tahun dengan tidak ada predileksi jenis kelamin. Sekitar 10-15% tumor ini terjadi berhubungan dengan gigi yang tidak erupsi.²

TINJAUAN PUSTAKA

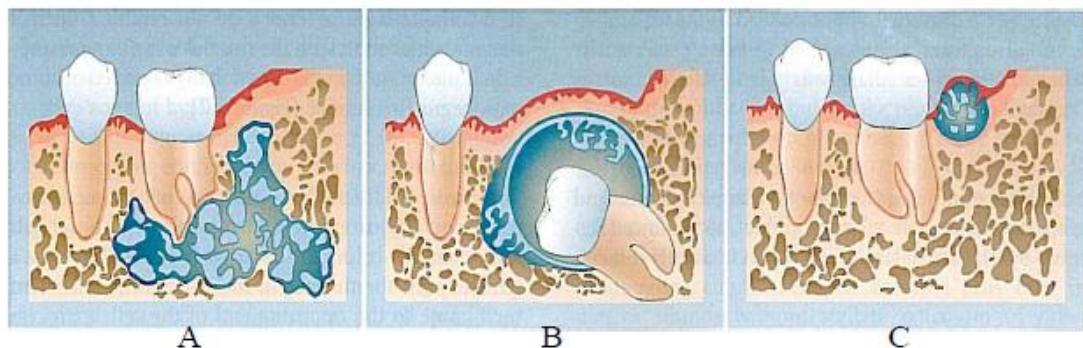
Ameloblastoma ialah tumor yang berasal dari jaringan organ enamel yang tidak menjalani diferensiasi membentuk enamel. Hal ini telah dijelaskan sangat tepat oleh Robinson bahwa tumor ini biasanya unisentrik, nonfungsional, pertumbuhannya bersifat intermiten, secara anatomis jinak dan secara klinis bersifat persisten.³

Ameloblastoma adalah tumor yang berasal dari epitelial odontogenik. Ameloblastoma biasanya pertumbuhannya lambat, secara lokal invasif dan sebagian besar tumor ini bersifat jinak.³ Berdasarkan klasifikasi WHO (1992), ameloblastoma merupakan tumor jinak yang berasal dari epitel odontogenik. Ameloblastoma bersifat unisentrik, non-fungsional, pertumbuhannya pelan namun berinviasi lokal, dan memiliki tingkat rekurensi yang tinggi setelah terapi. Rekurensi dapat terjadi karena ameloblastoma memiliki sel satelit yang dapat berinviasi.²

Etiologi ameloblastoma sampai saat ini belum diketahui dengan jelas, tetapi beberapa ahli mengatakan bahwa ameloblastoma dapat terjadi setelah pencabutan gigi, pengangkatan kista dan atau iritasi lokal dalam rongga mulut. Patogenesis dari tumor ini, melihat adanya hubungan dengan jaringan pembentuk gigi atau sel-sel yang berkemampuan untuk membentuk gigi tetapi suatu rangsangan yang memulai terjadinya proliferasi sel-sel tumor atau pembentuk ameloblastoma belum diketahui.¹

Tumor ini kemungkinan dapat berasal dari 1) sisa sel dari *enamel organ* atau sisa-sisa *dental lamina*. Struktur mikroskopis dari beberapa spesimen dijumpai pada area epitelial sel yang terlihat pada perifer berbentuk kolumnar dan berhubungan dengan ameloblas yang pada bagian tengah mengalami degenerasi serta menyerupai retikulum stelata; 2) sisa-sisa dari epitel Malassez atau sisa-sisa pembungkus Hertwig yang terkandung dalam ligamen periodontal gigi yang akan erupsi. Terlihat sisa-sisa epitel yang biasanya terdapat pada membran periodontal dan kadang-kadang dapat terlihat pada tulang spongiosa yang mungkin menyebabkan pergeseran gigi dan menstimulasi terbentuknya kista odontogenik; 3) epitelium dari kista odontogenik, terutama kista dentigerous dan odontoma. Pada kasus yang dilaporkan oleh Cahn (1933), Ivy (1958), Hodson (1957) mengenai ameloblastoma yang berkembang dari kista periodontal atau kista dentigerous tapi hal ini sangat jarang terjadi. Setelah terapi dari kista odontogenik, terjadi perkembangan dan rekurensi menjadi ameloblastoma; 4) basal sel dari epitelium permukaan dari tulang rahang. Siegmund dan Weber (1926) pada beberapa kasus ameloblastoma menemukan adanya hubungan dengan epitelium oral; 5) gangguan perkembangan *organ enamel*; epitelium heterotropik pada bagian-bagian lain dari tubuh, khususnya kelenjar *pituitary*.^{4,5}

Diketahui ada tiga tipe subtipen secara klinis untuk tujuan terapi antara lain tipe solid/multikistik, tipe unikistik, dan tipe ekstraoseus/perifer.⁵ 1) Tipe solid atau multikistik atau konvensional. Tumor ini menyerang pasien pada seluruh lapisan umur. Tumor ini jarang terjadi pada anak yang usianya lebih kecil dari 10 tahun dan relatif jarang terjadi pada usia 10-19 tahun. Tumor ini menunjukkan angka prevalensi yang sama pada usia dekade ketiga sampai dekade ketujuh.¹ Tumor ini biasanya asimptomatik dan lesi yang kecil ditemukan pada saat pemeriksaan radiografis. Ameloblastoma tipe konvensional tidak menimbulkan keluhan subjektif pada pasien dan baru menimbulkan keluhan subjektif ketika ukurannya telah membesar. Pembengkakan pada tulang yang tidak menimbulkan rasa sakit dan ekspansi tulang kortikal bukal dan lingual adalah salah satu ciri khas dari ameloblastoma tipe ini. Jika tidak diterapi, lesi akan tumbuh lambat membentuk massa yang masif.⁶ 2) Tipe unikistik. Ameloblastoma tipe unikistik umumnya membentuk kista dentigerous secara klinis maupun secara radiografis walaupun beberapa diantaranya tidak berhubungan dengan gigi yang tidak erupsi. Gambaran radiograf menunjukkan batas lesi yang jelas, radiolusensi unilocular yang berkaitan dengan mahkota dari gigi yang tidak erupsi, biasanya pada molar ketiga yang tidak dapat dibedakan dengan kista dentigerous atau *odontogenic keratocyst*.⁶ Tipe ini umumnya menyerang bagian posterior mandibula diikuti dengan regio parasmifisis dan anterior maksila. Tipe unikistik ini kurang agresif dan menyarankan enukleasi simple sebagai terapinya. Studi menunjukkan secara klinis enukleasi simple pada ameloblastoma tipe unikistik sebenarnya menunjukkan angka rekurensi yang tinggi yaitu sekitar 60%. Dengan demikian enukleasi simple merupakan terapi yang tidak sesuai untuk lesi ini dan terapi yang lebih radikal dengan osteotomi periferal atau terapi krio dengan cairan nitrogen atau keduanya lebih sesuai untuk tumor ini.⁷ 3) Tipe perifer/ekstraoseus. *Periferal ameloblastoma* juga dikenal dengan nama ekstraoseus ameloblastoma atau ameloblastoma jaringan lunak. Biasanya terjadi pada gingiva atau mukosa alveolar. Tipe ini menginfiltrasi jaringan di sekelilingnya yaitu jaringan ikat gingiva dan tidak ada keterlibatan tulang di bawahnya. *Periferal ameloblastoma* ini umumnya tidak sakit, *sessile*, kaku, pertumbuhan eksofitik yang biasanya halus atau granular.⁵



Gambar 1 Tipe ameloblastoma berdasarkan jenis perawatan dan prognosanya: A. Multicystic; B. Unicystic; C. Periferal (Sapp, Eversole, and Wysocki, 2004).

Gambaran Radiologi

Dengan radiografi, kita dapat mengetahui lokasi ameloblastoma. lokasi ameloblastoma merupakan faktor utama dalam menentukan diagnosis. Serangkaian pemeriksaan radiografi dibutuhkan, mulai dari panoramik, *computed tomografi* (CT) dan *magnetics resonance imaging* (MRI), sangat membantu dalam mendiagnosis awal.⁸

Hal ini dapat membantu menemukan ekspansi tulang kortikal dengan *scalloped margins*, multilocasi atau “*soap bubble*” dan resorbsi akar. CT Scan biasanya digunakan untuk mengetahui keterlibatan jaringan lunak, kerusakan tulang kortikal dan ekspansi tumor pada struktur sekitarnya. Sedangkan MRI’s digunakan untuk mengetahui usia dan konsistensi tumor.⁸

Secara radiologis, gambaran ameloblastoma muncul sebagai gambaran radiolusensi yang multiokular atau uniokular.⁸ Gambaran radiografis yang mungkin tampak pada ameloblastoma adalah (Sciubba, Ragezi, and Rogers, 2002) osteolitik atau radiolusen disertai gambaran batas yang halus, sklerotik, ataupun berbatas tegas; dapat unilocular ataupun multilocular; resorbsi akar atau penyingkiran gigi kemungkinan dapat terlihat; dapat meluas sampai ke rahang sisi manapun; dapat disertai dengan perforasi kortison.



Gambar 2 Tipe unikistik ameloblastoma

Terdapat gambaran radiolusen disertai batas yang halus, sklerotik, ataupun berbatas tegas, terdapat pada daerah posterior kiri gigi yang akan erupsi, dan terjadi resorpsi akar pada daerah tersebut.



Gambar 3 Tipe multikistik ameloblastoma

Terdapat gambaran radiolusen disertai batas yang halus, sklerotik, ataupun berbatas tegas, terdapat pada daerah posterior kanan gigi yang akan erupsi, bersifat multilokuler dan terjadi resorpsi akar dan resorpsi tulang alveolar pada daerah tersebut.

Komplikasi ameloblastoma

Harus diperhatikan kecenderungan neoplasma yang dapat menyerang tulang/jaringan yang berdekatan, sehingga terjadi perluasan kejaringan atau organ penting pada daerah wajah dan leher. Dengan CT dan MRI, dapat menentukan tingkat tumor secara akurat.¹ Ameloblastoma yang besar dapat membuat hilangnya fungsi rahang dan kesulitan menelan makanan. Selanjutnya, kurangnya nutrisi dapat menyebabkan hipoproteinemi. Pasien juga berisiko perdarahan karena ulserasi dan dapat menunjukkan gejala anemia.⁹

Terapi

Terapi untuk tumor ini harus dieksisi dan harus meliputi neoplasma sampai jaringan sehat yang berada di bawah tumor. Hasilnya kemudian dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan mikroskopis dan biopsi, hal ini akan menentukan terapi yang selanjutnya dilakukan. Setelah eksisi, harus dilanjutkan dengan elektrodesikasi atau dengan dirawat lukanya dengan larutan Karnoy.⁵

Terapi bedah ameloblastoma dapat dibagi menjadi tiga tahap, yaitu 1) eksisi tumor yang terbagi dalam reseksi total dan reseksi segmental, perawatan lain yang bisa dilakukan yaitu dengan diterapkan metode *dredging* atau *enucleation and curretation*; 2) rekonstruksi; dan 3) rehabilitasi.

Pendapat mengenai terapi yang paling memadai untuk ameloblastoma bervariasi dan mencakup faktor-faktor seperti kemungkinan terapi akhir, kemungkinan mengendalikan penyakit dengan operasi nanti jika didiagnosis kambuh, usia pasien, derajat gangguan fungsi dan pertumbuhan dan kemungkinan pemeriksaan *follow-up*.¹⁰

Kemungkinan untuk terjadi rekurensi ada dan pasien harus diinstruksikan untuk mengikuti pemeriksaan secara berkala sampai bertahun-tahun setelah operasi. Sebuah ameloblastoma yang dilakukan eksisi, memiliki tingkat rekurensi sebesar 50%-90%. Hal ini sangat sulit diprediksi tergantung dari jenis ameloblastoma yang menyerang. Ameloblastoma mempunyai reputasi untuk mengalami kekambuhan kembali setelah dsingkirkan. Hal ini disebabkan sifat lesi tersebut menginvasi secara lokal pada penyingkir yang tidak adekuat.⁸

Reseksi tumor

Reseksi tumor terbagi dalam reseksi total dan reseksi segmental termasuk hemimaksilektomi dan hemimandibulektomi. Apabila ameloblastoma ditemukan pada pemeriksaan, serta dapat dijumpai adanya perubahan kembali serta aktivitas lesi yang baru setelah operasi maka pada kasus tersebut harus direseksi. Pada ameloblastoma mandibula dilakukan hemimandibulektomi.¹

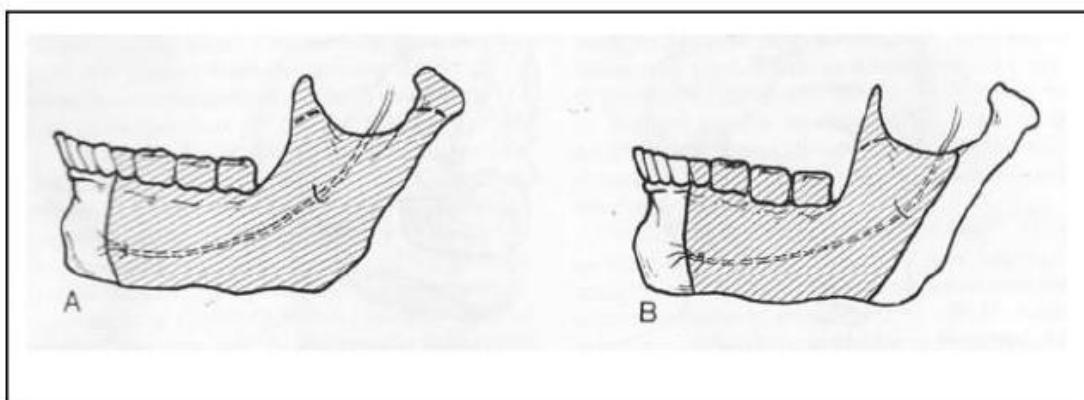


Gambar 4 Pola insisi pada hemimandibulektomi (Keith DA. Atlas of oral and maxillofacial surgery. Philadelphia: W.B.Saunder Company; 1992: 243).

Hemimandibulektomi merupakan pola yang sama dengan eksisi blok yang diperluas yang mungkin saja melibatkan pembuangan angulus, ramus atau bahkan pada beberapa kasus dilakukan pembuangan kondilus. Pembuangan bagian anterior mandibula sampai ke regio simfisis tanpa menyisakan border bawah mandibula akan mengakibatkan perubahan bentuk wajah yang dinamakan "andy gump deformity".¹

Reseksi mandibula dilakukan setelah trakeostomi dan diseksi leher radikal (bila diperlukan) telah dilakukan. Akses biasanya diperoleh dengan insisi *splitting* bibir bawah. Bibir bawah dipisahkan dan sebuah insisi vertikal dibuat sampai ke dagu. Insisi itu kemudian dibelokkan secara horizontal sekitar $\frac{1}{2}$ inci di bawah border bawah mandibula. Kemudian insisi diperluas mengikuti angulus mandibula sampai mastoid. Setelah akses diperoleh, di dekat foramen mentale mungkin saja dapat terjadi pendarahan karena adanya neurovaskuler.¹¹

Permukaan dalam mandibula secara perlahan-lahan dibuka dengan mendiseksi mukosa oral. Dengan menggunakan *gigli saw* pemotongan dilakukan secara vertikal di daerah mentum. Hal ini akan memisahkan mandibula secara vertikal. Mandibula terbebas dari otot yang melekat antara lain musculus depressor labii inferior, depressor anguli oris dan platysma. Bagian mandibula yang akan direseksi dibebaskan dari perlekatan dengan mukosa oral dengan hati-hati. Setelah itu, komponen rahang yang mengandung massa tumor dieksisi dengan margin yang cukup. Bagian margin dari defek bedah harus dibiopsi untuk pemeriksaan untuk menentukan apakah reseksi yang dilakukan cukup atau tidak. Jika bagian itu bebas dari tumor, bagian ramus dan kondilus mandibula harus dipertahankan untuk digunakan pada rekonstruksi yang akan datang. Ramus paling baik dipotong secara vertikal. Ketika mandibula disartikulasi, maka ada resiko pendarahan karena insersi temporalis dan otot pterygoid lateral dipisahkan. Hal ini dapat dihindari dengan membiarkan kondilus dan prosessus koronoid berada tetap *in situ*. Setelah hemimandibulektomi, penutupan luka intraoral biasanya dilakukan dengan penjahitan langsung.¹¹



Gambar 5 Tipe Umum dari reseksi mandibula; **A** dengan keterlibatan kondilus, **B** tanpa pembuangan kondilus (Keith DA. Atlas of oral and maxillofacial surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992: 244)

Morbiditas dan mortalitas terapi bedah kebanyakan berhubungan dengan asfiksia karena jatuhnya lidah, infeksi post op dan pendarahan dari arteri karotid eksternal dan vena plexus pterygoideus. Asfiksia karena lidah yang jatuh kembali diakibatkan pengangkatan porsi sentral mandibula bersama dengan origo beberapa otot lidah. Cook dan Siagh mengobservasi 15% angka kematian pada pembedahan reseksi mandibula karena ameloblastoma di serinya, saat Anand et al melaporkan 3 kematian dari 48 operasi.⁹

Dredging adalah perawatan dimana setelah dilakukan enukleasi, kuret atau burdigunakan untuk mengangkat 1-2 mm tulang di sekitar rongga tumor.

Rekonstruksi pasca bedah

Tujuan dari rekonstruksi mandibula adalah membangun kontinuitas mandibula, membangun osseous alveolar bases dan koreksi terhadap defek jaringan lunak. Pada umumnya kehilangan mandibula yang diakibatkan karena proses patologis akan meninggalkan jaringan lunak yang akan sembuh. Bila dilakukan

mandibulektomi akan menghasilkan defek tulang yang besar dan jaringan lunak. Defek pada mandibula bagian lateral lebih dapat ditoleransi dan tidak membutuhkan rekonstruksi. Kebalikannya defek pada anterior mandibula akan menimbulkan kecacatan fungsional dan kosmetik yang parah. Waktu yang tepat untuk melakukan rekonstruksi masih diperdebatkan.

Pada literatur disebutkan ada berbagai macam metode yang digunakan untuk mengembalikan defek pada mandibula. Metode ini dapat diklasifikasikan dalam 3 kategori dasar yaitu bahan alloplastik, bahan alloplastik dengan tulang dan tulang autogenous. Bahan alloplastik telah digunakan secara luas pada rekonstruksi mandibula dalam bentuk kawat atau plat, material organik (kalsium aluminat, kalsium apatit, kalsium sulfat) dan bahan sintetik (metilmetakrilat, proplas dan teflon). Dari semuanya, plat rekonstruksi biasanya dibuat dari stainless steel, AO Plates (Arbeitsgemeinschaft fur Osteosynthesefragen Plate) , vitallium dan titanium (titorp plates). Komplikasi yang umum terjadi meliputi ekstrusi/ekspose plat, kehilangan sekrup, dan fraktur plat.

Prinsip dari plat AO yaitu menggunakan batangan titanium untuk memfiksasi tulang rahang dengan sekrup, dengan mengimplantasi batangan titanium yang akan merekonstruksi kekuatan rahang dan fungsi rahang dengan cepat. Titanium digunakan karena substansi titanium tidak ditolak di dalam tubuh. Plat titanium di letakkan dengan teliti pada tulang dan tidak merusak gigi atau nervus sensori dari rahang. Teknik ini mengacu pada ORIF (Open Reduction and Internal Fixation).



Gambar 6 Plat AO (www.emedicine.com/mandibular.reconstruction.plating)

Rekonstruksi mandibula yang baik tidak hanya menghasilkan estetika yang baik dan integritas struktur tetapi juga mengembalikan fungsi mengunyah, berbicara dan menelan ke tingkat yang lebih besar. Ada beberapa cara untuk merekonstruksi mandibula termasuk penggunaan plat rekonstruksi dan cangkok tulang autogenous, baik vascularized atau non-vascularized. Cangkokan autogenous dapat diambil dari fibula, krista iliaka, tulang belikat dan lengan radial tetapi menggunakan *iliac rest* untuk rekonstruksi mandibula adalah pilihan paling sederhana yang juga memberikan kebebasan untuk mengambil potongan yang lebih besar dari tulang. Metode menggunakan insisi intraoral dan melakukan rekonstruksi mandibula dalam operasi yang sama diperkenalkan oleh Shirani et al. Teknik yang digunakan dalam hal ini memungkinkan kita untuk mencegah deformitas wajah akibat bekas luka jelek dan trauma pada saraf mandibula marginal. Selain itu, keuntungan dari mengobati patologi dan melakukan rekonstruksi dalam prosedur bedah yang sama menurunkan morbiditas serta biaya dua operasi terpisah.¹²

Ameloblastoma rekuren

Ameloblastoma memiliki tingkat rekurensi yang tinggi setelah perawatan, yakni 23% pada ameloblastoma multikistik dan 14% pada ameloblastoma unikistik.¹ Rekurensi dapat terjadi karena ameloblastoma memiliki sel satelit yang dapat berinvasi. Ameloblastoma menyebar dengan membentuk *psudopods* pada sumsum tulang tanpa resorpsi tulang trabekular yang nyata. Sebagai hasilnya menurut Rapidis dkk, rekurensi dari ameloblastoma diketahui berhubungan dengan operasi pengangkatan yang tidak adekuat dari tumor primer dimana margin tumor tidak terlihat jelas pada radiograf atau selama pembedahan.

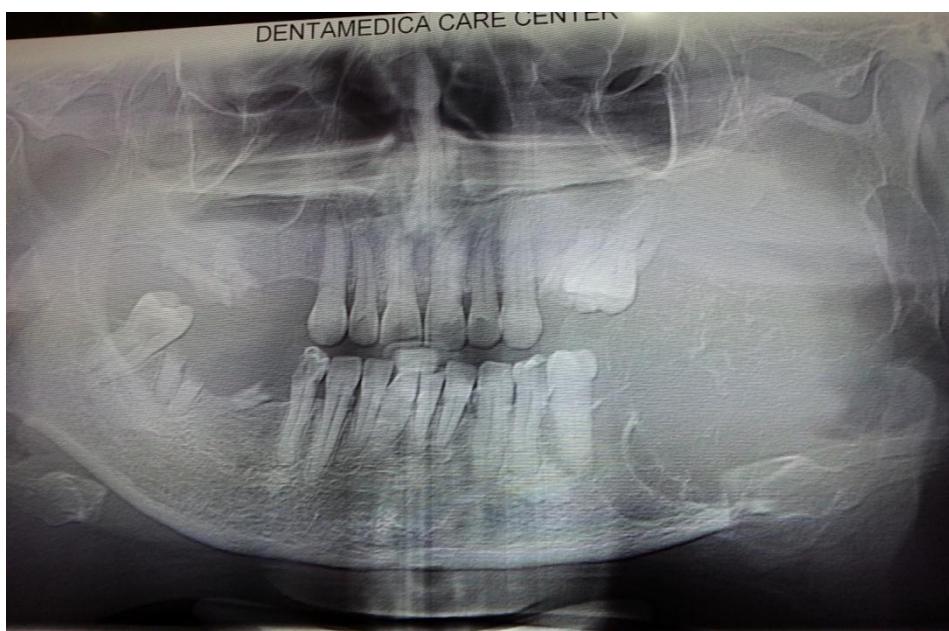
Rekurensi juga diketahui dapat terjadi karena beberapa alasan berikut. Pertama, adanya pulau-pulau kecil dari jaringan neoplastik di tulang cancellous pada margin dari specimen atau implantasi dari sel tumor selama enukleasi. Yang kedua, merupakan konsekuensi dari rekurensi jaringan lunak (Gold 1991). Sehingga mukosa di sekitarnya juga harus direseksi jika tumor menginvasi alveolus dan perforasi melalui tulang alveolar. Ketiga, *tumor seeding*. Ini sebaiknya dipertimbangkan sebagai penyebab paling penting dari rekurensi ameloblastoma pada graft tulang (Zachariades 1988). Pengambilan total massa tumor ameloblastoma dengan mengikutsertakan jaringan tulang yang sehat disekitarnya akan memberikan hasil yang optimal. Mengingat pola pertumbuhannya, cenderung meluas melalui marrow space, bila pengangkatannya tidak adekuat maka tumor ini sering kambuh, sehingga ameloblastoma memerlukan penatalaksanaan tindakan yang radikal.

Mengingat sifat ameloblastoma yang cenderung rekuren walaupun sudah dilakukan enblok reseksi, kemungkinan rekurensi tetap bisa terjadi (10%). Oleh karena itu penderita dianjurkan untuk kontrol setiap 3 bulan selama 5 tahun. Bila ditemukan adanya rekurensi dapat segera dilakukan operasi ulang. Beberapa studi menunjukkan tingkat rekurensi ameloblastoma adalah 50-90% paska kuretase dan 15% setelah blok reseksi. Oleh karena itu para ahli bedah menyatakan bahwa pembuangan ameloblastoma setidaknya 1 cm lebihnya dari batas tumor pada radiograf. Rekurensi memakan waktu bertahun-tahun setelah pembedahan pertama sebelum akhirnya bermanifestasi klinis.³

KASUS

Seorang perempuan berusia 50 tahun datang dengan keluhan pembesaran pada pipi kiri, dialami sejak sekitar 2 tahun yang lalu, semakin lama semakin membesar tanpa disertai rasa sakit. Pemeriksaan fisik pada wajah menunjukkan pembesaran dan pembengkakan di daerah pipi sebelah kiri tersebut. Gambaran radiologi panoramik menunjukkan masa radiolusen yang mendestruksi tulang mandibula sinistra. Dilakukan insisi biopsy pada tanggal 21 Agustus 2013, jaringan yang di insisi yaitu mukosa vestibulum bukal e/r mandibula sinistra, dengan hasil intra operasi tumor ukuran 10x10x10 cm, berisi cairan kekuningan dapat terlepas dari tulang. Jaringan sebanyak 0,4 cc, putih padat kenyal. Sediaan jaringan terdiri dari sel-sel odontogenik yang membentuk struktur seperti kelenjar, dengan banyak stroma jaringan ikat diantaranya dan sedikit trabekel tulang. Dengan nomer PA 797.13

Gambaran radiologi pasien



Diagnosis

Suspek ameloblastoma, diagnosis pada kasus ini berdasarkan hasil insisi biopsi adalah *adenomatoid odontogenik tumor*.

PENATALAKSANAAN

Perawatan pada kasus ini dengan diagnosis *adenomatoid odontogenik tumor* diperlakukan sama dengan penatalaksanaan reseksi mandibula pada ameloblastoma. Pengobatan pada kasus adalah berdasarkan reseksi seluruh tumor dari tulang. Setidaknya 3-4 mm normal tulang lesi sekitarnya harus dimasukkan dalam reseksi.

Setelah laboratorium rutin, medis dan anestesi, penilaian en bloc reseksi mandibula direncanakan. Pembedahan dilakukan menjaga 7-8 mm tulang basal utuh untuk melestarikan fungsi serta estetika.

Tahapan operasi reseksi marginal mandibula:

1. Desinfeksi daerah operasi
2. Anestesi daerah yang akan di operasi
3. Insisi dengan cutting diametric
4. Gingival dan periosteum di insisi parallel dengan mandibula pada sisi bukal dan sisi lingual.
5. Jaringan lunak kemudian di pisahkan dengan menggunakan periosteal elevator.
6. Di buat mucoperiosteal flap sampai terlihat seluruh massa tumor dan jaringan sehat sekitar tumor.
7. Mandibula dipotong dengan menggunakan gergaji gigli pada daerah anterior distal gigi 34 sampai dengan pembuangan ke daerah condylus kiri.
8. Setelah mandibula diangkat, dilakukan penghentian pendarahan dan penyusunan otot-otot mastikasi, setelah itu persiapkan untuk rekontruksi daerah mandibula yang telah di operasi.
9. Rekontruksi mandibula dengan menggunakan plat AO (*Arbeitsgemeinschaft fur Osteosynthefragen Plate*)

Gambaran radiologi setelah dilakukan rekonstruksi



Kontrol pasca operasi

Mengingat sifat ameloblastoma yang cenderung rekuren walaupun sudah dilakukan enblock reseksi, kemungkinan rekurensi tetap bisa terjadi (10%). Oleh karena itu penderita dianjurkan untuk kontrol setiap 3 bulan selama 5 tahun. Bila ditemukan adanya rekurensi dapat segera dilakukan operasi ulang. Beberapa studi menunjukkan tingkat rekurensi ameloblastoma adalah 50-90% paska kuretase dan 15% setelah blok reseksi. Oleh karena itu para ahli bedah menyatakan bahwa pembuangan ameloblastoma setidaknya 1 cm lebihnya dari batas tumor pada radiograf

DAFTAR PUSTAKA

1. Kahairi A, Ahmad RL, Islah W, Norra H. Management of large mandibular ameloblastoma - a case report and literature reviews. *Arch Orofac Sci* 2008; 3(2): 52-5. [on line]. http://dental.usm.my/ver2/images/stories/AOS/Vol_3/Issue2/5255_kahairi.pdf
2. Alfaro FH, Magaz VR, Chatakun P, Martinez RG. Mandibular reconstruction with tissue engineering in multiple recurrent ameloblastoma. *Int J Periodontic & Restor Dent* 2012. [on

line].

http://www.institutomaxilofacial.com/wpcontent/uploads/2011/06/prd_32_3_Alfaro_5.pdf

3. Medeiros M, Porto GG, Filbo JR, Portela L, Vasconcellos RH. 2008. Ameloblastoma in the Mandible. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 74 (3) May/June 2008. [on line]. http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n3/en_29.pdf
4. Avon, S. L., McComb, J., & Clokie, C. 2003. Ameloblastic Carcinoma: Case Report and Literature Review. *Journal of the Canadian Dental Association* 2003; 69(9):573-6. [on line]. <http://www.cda-adc.ca/JCDA-/vol-69/issue-9/573.pdf>
5. Belal MS, Safar S, Rajacic N, Yassin IM, Schütz P, Yassin SM, Zohaire N. Ameloblastoma of the mandible treated by hemimandibulectomy with immediate autogenous bone graft reconstruction. *Dental News* 1998: Number I, 1998. [on line]. http://www.dentalnews.com/documents/magazine/upload/98_v1_1.pdf
6. Oliveira, L. R., Matos, B. H., Dominguete, P. R., & Zorgetto, V. A., & Silva, A. R. 2011. Ameloblastoma: Report of Two Cases and a Brief Literature Review. In, J. *Odontostomat*. 5(3):293-299, 2011. [on line]. http://ircmj.com/?page=download&file_id=302
7. Montoro, J. R., Tavares, M. G., Melo, D. H., Franco, R., Filbo, F. V., Xavier, S. P., Trivellato, A. E., & Lucas, A. S. 2008. Mandibular Ameloblastoma Treated by Bone Resection and Immediate Reconstruction. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 74 (1) January/February 2008. [on line]. http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n1/en_a26v74n1.pdf
8. Gümgüm, S., & Hosgören, B. 2005. Clinical and Radiologic Behaviour of Ameloblastoma in 4 Cases. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(7):481-4. [on line]. <http://cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-7/481.pdf>
9. Acharya, S., Joshi, A., Tayaar, A. S., & Gopalkrishnan, K. 2011. Extreme Ameloblastoma of the Mandible with Hypoproteinemia: A Case Report and Review of Clinicopathological Features. *J Clin Exp Dent.* 2011;3(4):e343-7. [on line] <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes-/v3i4/jcedv3i4p343.pdf>
10. Motamedi, M. H. 2000. *Concepts in the Treatment of Mandibular Ameloblastomas*. [on line]. https://www2.aofoundation.org/AOFileServer/PortalFiles?FilePath=/Extranet/de/_att/wor/act/Dialogue/2002_1/mandibular.pdf
11. Siar CH, Nakano K, Chelvanayagam PI, Nagatsuka, H., & Kawakami, T. An Unsuspected Ameloblastoma in the Subpontic Region of the Mandible with Consideration of Pathogenesis from the Radiographic Course. *Eur J Med Res* (2010) 15: 135-138. [on line]. <http://www.eurjmedres.com/content/pdf/2047-783X-15-3-135.pdf>
12. Javed Tariq, Jeelani waqar, Ul Ain Qurat. 2012. Resection Of Ameloblastoma Followed By Reconstruction With Nonvascularised Iliac Bone Graft–A Case Report. Journal University Medical and Dental College (JUMDC). Vol. 3, Issue 2, Jul-Dec 2012. [on line] <http://www.jumdc.tuf.edu.pk/articles/volume-3/no-2/JUMDC-10.pdf>