

## Hemimandibulektomi pada kasus ameloblastoma dengan fistula kulit

E. Riyati Titi Astuti \* dan Muslich Asmordjo \*\*

\* Program Studi Bedah Mulut, Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis-I, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

\*\* Bagian Ilmu Bedah Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRAK

Ameloblastoma merupakan jenis tumor odontogenik yang bersifat jinak, tumbuh lambat dan lokal invasive. Umumnya, tumor ini tidak menimbulkan rasa nyeri sehingga adanya tumor ini tidak segera diketahui oleh penderita. Pada kasus ini penderita merasakan nyeri oleh karena adanya infeksi dan menyebabkan fistula kulit. Dilaporkan tindakan hemimandibulektomi pada ameloblastoma dengan fistula kulit mandibula dekstra. Pasien laki-laki 25 tahun, keluhan benjolan pada rahang bawah kanan yang pernah dioperasi di Lampung tahun 2001, pada tahun 2003 benjolan tumbuh lagi, dan dirasakan semakin membesar serta mengeluarkan nanah. Hasil operasi penyembuhan luka baik. *Maj. Ked. Gi. 2006; 13(2):169-172*

**Kata kunci:** ameloblastoma, hemimandibulektomi, fistula kulit

### ABSTRACT

*Ameloblastoma is an odontogenic tumor which characterized as slowly grow and locally invasive. Generally, the tumor does not cause painful, therefore, patient does not know the real condition. In this case, the patient felt painful because of infection which lead skin fistula. It is reported the case of ameloblastoma with skin fistula dextra mandibula of a male 25 years old patient treated with hemimandibulectomy. Previously, it was operated in Lampung at 2001. However at 2003 the swelling condition relapse, grow bigger, producing pus. Progress of this operation is good. *Maj. Ked. Gi. 2006; 13(2):169-172**

**Key words:** ameloblastoma, hemimandibulectomy, skin fistula

### PENDAHULUAN

Ameloblastoma adalah suatu tumor yang berasal dari jaringan pembentuk organ email yang tidak mengalami differensiasi pada saat pembentukan gigi.<sup>1</sup> Indikasi munculnya ameloblastoma ditandai dengan pertumbuhan yang lambat dan pembengkakan tanpa rasa sakit, kecuali bila telah terjadi infeksi sekunder. Ameloblastoma seringkali ditemukan pada mandibula bagian posterior sehingga tampak benjolan pada lokasi tersebut yang mengakibatkan bentuk wajah tidak simetris.<sup>2,3</sup>

Gambaran radiologis menunjukkan massa unilokuler tanpa gambaran yang pathognomonik berbatas perifer halus yang disebut sebagai solid ameloblastoma.<sup>1,7</sup> Adapun tumor yang tumbuh lebih lanjut menyerupai kista multilokuler dengan kortikal plate yang menipis sehingga tampak gambaran massa tumor radiolusen yang bersepta, dikenal dengan kistik ameloblastoma.<sup>1,2</sup> Gambaran radiologis dibagi menjadi beberapa tipe yaitu tipe interdental, tipe monokistik dan tipe polikistik.<sup>1</sup>

Ciri spesifik ameloblastoma adalah adanya ekspansi ke kortek bukal dan lingual. Karena sifatnya ekspansif, maka resorpsi akar gigi dan tulang merupakan hal yang sering terjadi sehingga gigi menjadi goyah.<sup>6</sup> Pemeriksaan palpasi dapat

bersifat keras atau lunak tergantung dari tipe lesi solid atau kistik. Tipe kistik merupakan tahap lanjut dari tipe solid oleh karena terjadi proses degenerasi dari stellat reticulum.

Hasil punksi umumnya berupa cairan berwarna kuning sampai hitam-hitaman.<sup>1</sup> Bila mengenai nerveus alveolaris inferior dan atau nerveus mentalis dapat menyebabkan parestesi. Penegakan diagnosa ditentukan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan klinis, radiologis, dan histopatologis.

### LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 25 tahun, datang ke poliklinik bedah mulut RS Dr. Sardjito, mengeluhkan adanya benjolan pada rahang bawah kanan yang pernah dioperasi di salah satu Rumah Sakit di Lampung pada tahun 2001. Selanjutnya pada tahun 2003 benjolan tersebut muncul lagi pada rahang bawah kanan yang dirasakan makin membesar dan keluar nanah. Pernah berobat ke alternatif sebanyak dua kali kunjungan, namun tidak ada kemajuan, untuk itu pasien datang ke Rumah Sakit Umum Muntinan, Kabupaten Magelang, Jawa Tengah, kemudian dirujuk ke Rumah Sakit



Ortopedi Dr. Suharso, Surakarta yang pada akhirnya dirujuk ke RS Dr. Sardjito, Yogyakarta.

Pada pemeriksaan secara umum, kondisi pasien cukup baik, Ekstra oral terdapat pembengkakan pipi kanan mulai dari angulus sampai korpus mandibula (gb. 1). Pada palpasi terasa nyeri, warna kulit menyerupai jaringan sekitar. Terdapat fistula kulit yang selalu mengeluarkan pus pada pipi regio gigi premolar. Pada pemeriksaan intraoral ada pembengkakan ke arah bukal dan lingual mulai dari regio premolar sampai retromolar. Pada regio gigi molar keluar pus. Palpasi intra oral konsistensi keras dan lunak, warna sama dengan regio sekitar. Ukuran sekitar 6 X 5 X 3cm, kebersihan mulut kurang, terdapat kalkulus dan debris pada rahang atas dan rahang bawah kanan. Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin, fungsi koagulasi, fungsi hepar, fungsi ginjal, elektrolit darah dalam kondisi batas normal. Pemeriksaan rontgen foto thorax kesan bronchitis, besar cor normal, Gambaran rontgen panoramic terlihat gambaran radiolusen dengan septum pada mandibula kanan dari regio gigi premolar sampai ramus mandibula, tampak ada gigi impaksi molar dua dan molar tiga mandibula kanan bawah (gb. 2).



Gambar 1. Pasien sebelum dioperasi



Gambar 2. Rontgen foto OPG

Berdasar pemeriksaan klinis dan radiografis pada lesi pasien tersebut didiagnosis sebagai Ameloblastoma dengan fistula kulit. Hasil patologi anatomi tanggal 26 September 2006 adalah JRS. 06-2714 dan kesimpulannya adalah hasil biopsi rahang bawah kanan ditemukan adamantinoma dengan metaplasia skuamosa.

Sebelum operasi dilaksanakan, dilakukan pemeriksaan sensitifitas dari fistula, untuk selanjutnya dilakukan scaling dan fiksasi. Tindakan selanjutnya dilakukan operasi hemimandibulektomi dengan general anestesi, pendekatan dilakukan

secara ekstra oral, dilakukan insisi submandibula, mulai dari anterior yaitu regio insisivus 1 bawah kanan sampai angulus mandibula, pembukaan lapis demi lapis (gb. 3).



Gambar 3. Desain insisi ekstra oral

Insisi intra oral pada marginal ginggiva dari gigi caninus sampai retromolar sehingga terjadi hubungan antara intra oral dengan ekstra oral. Pencabutan gigi caninus yang akan dipakai sebagai penentu arah, pemotongan mandibula dengan menggunakan *gigli saw*, pengangkatan seluruh ramus mandibula sebelah kanan yang telah terpotong, meliputi sebagian korpus mandibula kanan, ramus, prosesus koronoideus, dan prosesus kondiloideus, selanjutnya potongan tulang mandibula direndam dalam formalin 10 persen untuk dikirim dan diperiksa di Bagian Patologi Anatomi (gb. 4).



Gambar 4. Massa tumor

Dilakukan penjahitan lapis demi lapis, dan dipasang *vacuum drain* ekstra oral, pada pangkalnya dijahit dengan *silk* dan ditutup dengan *suftratul*, kasa dan *hipafix*, *oropharing pack* dilepas, rongga mulut dibersihkan dengan *suction*, selanjutnya dipasang *Naso Gastric Tube* (NGT), operasi selesai, pasien diistirahatkan di *Recovery Room* (RR) (gb. 5).



Gambar 5. Pemasangan *vacuum drain*



Perawatan Pasca Operasi dengan memberikan Obat-obatan Injeksi Ceftriaxon 1 g/12 jam selama tiga hari, Metronidazol drip 500 mg/8 jam selama 3 hari, Profenid supp 100 mg/8 jam selama tiga hari, Injeksi Kalmetason 1 ampul/8 jam selama tiga hari, Injeksi Kalnex 1 ampul/8 jam selama satu hari (dihentikan bila sudah tidak ada perdarahan). Ganti kasa balut tiap hari. Pada hari kedua pasien dianjurkan untuk berlatih mobilisasi duduk. Pada hari ketiga post operasi *vacuum drain* dilepas. Pada hari ke empat pasien dianjurkan berlatih minum dengan sedotan. Infus dilepas, obat-obat diganti dengan obat oral yaitu Amoxicillin tab. 500 mg No. XV 3 x 1, Metronidazol tab. 500 mg No. XV 3 x 1, Ranitidin tab. 150 mg No. XV 3 x 1, Asam mefenamat tab. 500 mg No. XV 3 x 1, Sakaneuron tab. No. X 1 x 1, Betadine obat kumur 2 kali sehari, pagi dan sore.

Pada hari ke enam lepas jahitan intra oral dan dipasang fiksasi antarmaksila dengan karet (gb. 6), pada hari ketujuh pasien dipasang fiksasi antarmaksila dengan kawat, pada hari kedelapan, setelah pasien lancar minum dengan sedotan maka NGT dilepas. Pada hari kesembilan kondisi umum pasien baik bisa minum dengan sedotan secara lancar, pasien diperbolehkan pulang, pasien dianjurkan kontrol ke Poli Bedah Mulut RS Dr. Sardjito tanggal 31 Oktober 2006.



**Gambar 6.** Fiksasi antarmaksila dengan karet

Penanganan rawat jalan, pasien kontrol tanggal 31 Oktober 2006 kondisi kesehatan umum baik, luka operasi kering, maka dilakukan lepas jahitan selang seling, obat-obat oral masih dilanjutkan untuk lima hari, pasien dianjurkan untuk kontrol lagi tanggal 4 November 2006 (gb. 7, 8).



**Gambar 7.** Kontrol hari ke-13 pasca operasi



**Gambar 8.** Rontgen foto OPG kontrol satu bulan pasca operasi

## PEMBAHASAN

Ameloblastoma merupakan jenis tumor odontogenik yang bersifat jinak, tumbuh lambat dan lokal invasif. Tumor semacam ini lebih banyak ditemukan pada rahang bawah dibanding dengan rahang atas yang mempunyai kecenderungan kambuh namun tidak menimbulkan rasa nyeri, sehingga penderita datang berobat dalam kondisi sudah memasuki fase lanjut, dan sudah terjadi deformitas wajah.

Terapi ameloblastoma tergantung pada besar dan letak tumor.<sup>5</sup> Macam tindakan antara lain enukleasi, untuk tumor yang masih kecil, namun perawatan ini beresiko tumor kambuh lagi<sup>4,7</sup>. Metode *Dredging* merupakan prosedur konservatif, dimana setelah deflasi dan enukleasi dilakukan *dredging* secara berulang untuk mempercepat pembentukan tulang baru dengan mengeluarkan jaringan parut dari rongga tulang.

Mandibulektomi merupakan jenis terapi terbaik oleh karena jarang terjadi kekambuhan. Metode ini dibagi menjadi tiga yaitu secara marginal atau intraoral blok eksisi seluruh jaringan tumor dan sebagian tulang prosesus alveolaris yang sehat diangkat secara enblock, sehingga kontinuitas tulang rahang tidak terganggu. Secara segmental pengambilan tulang rahang yang terdiri dari korpus atau ramus mandibula, sehingga kontinuitas tulang rahang terganggu. Secara hemimandibulektomi yakni pengangkatan seluruh ramus mandibula prosesus kondiloideus, prosesus koronoideus dan sebagian korpus mandibula pada satu sisi rahang bawah.<sup>9</sup>

Pada kasus ini ameloblastoma yang diderita pasien sudah meluas mulai dari gigi premolar kanan bawah sampai dengan prosesus koronoideus dan kondiloideus kanan. Terdapat fistula ekstra oral pada regio gigi premolar dua kanan bawah dan fistula intraoral pada gigi molar satu kanan bawah yang selalu mengeluarkan pus. Setelah dilakukan insisi ekstraoral tampak massa tumor sudah meluas yaitu mencapai ramus, angulus, prosesus koronoideus dan kondiloideus.

Oleh karenanya tindakan yang tepat untuk kasus ini adalah metode hemimandibulektomi. Fiksasi antarmaksila dengan karet dilakukan pada hari kelima. Pada hari berikutnya setelah oklusi tercapai maka karet diganti dengan fiksasi



antarmaksila dengan kawat. Setelah tiga minggu pemasangan fiksasi antarmaksila dengan kawat, direncanakan pemasangan *guidance* untuk membantu mengembalikan oklusi, mengurangi kontraksi otot pada sisi rahang yang dilakukan tindakan reseksi.

Fistula kulit merupakan bentuk fistula odontogenik yang terbentuk dari penyebaran rahang ke arah wajah dan daerah rahang bawah. Fistula terbentuk setelah adanya abses subkutan yang menembus keluar, bentuk fistula berupa kulit yang mengkerut, berbentuk corong yang di dasarnya terdapat jaringan granulasi. Fistula merupakan suatu masalah tersendiri dalam menentukan diagnosa dan terapi apabila kita tidak mengenalinya dan mengetahui secara kronologis penyebabnya.<sup>10</sup>

Secara garis besar dikatakan bahwa fistula kulit odontogenik dapat terbentuk melalui dua cara yaitu fistula terbentuk setelah adanya radang akut dan subakut yang berasal dari gigi menembus kulit sehingga mengakibatkan adanya fistula. Hal tersebut bisa menetap karena setelah gejala akut menghilang, gigi penyebab tidak dicabut. Sedangkan penyebab lainnya terjadi karena adanya suatu radang yang berada dalam rahang menembus keluar secara lambat sehingga tidak menimbulkan gejala.<sup>10</sup>

Pada beberapa pasien adanya fistula kulit odontogenik tidak dirasakan mengganggu, pada pasien pria kemungkinan merasa terganggu apabila akan mencukur jenggot sehingga daerah tersebut sulit untuk dibersihkan. Pada fistula kadang-kadang terjadi sekresi secara spontan berupa pus atau cairan berdarah apabila dilakukan pemijatan. Pada palpasi umumnya tidak sakit, namun beberapa pasien dengan radang subakut merasakan nyeri pada sekitar fistula. Sebagian besar pasien ingin berusaha untuk dilakukan tindakan penyembuhan atau menghilangkan fistula yang telah ada. Perawatan yang dilakukan yaitu tindakan fistulektomi.<sup>10</sup>

Pada kasus ini fistula kulit terletak pada submandibula regio gigi premolar kanan. Pada saat operasi letak fistula pada garis insisi, sehingga fistula kulit beserta jaringan granulasinya sekaligus diambil dan dibersihkan. Fiksasi antarmaksila dilakukan pada hari kelima dipasang karet. Pada hari berikutnya setelah oklusi tercapai maka karet diganti dengan fiksasi antarmaksila dengan kawat. Setelah tiga minggu pemasangan fiksasi antarmaksila dengan kawat, direncanakan

penggunaan *guidance* untuk mengembalikan oklusi, mengurangi kontraksi otot pada sisi rahang yang dilakukan tindakan reseksi.

Tindakan rehabilitasi pasca hemimandibulektomi ada beberapa macam antara lain pemasangan *bridging plate*, *bone graft*, dan protesa. Pada pasien ini belum dilakukan tindakan rehabilitasi karena masalah ekonomi.

## KESIMPULAN

Pada umumnya penderita ameloblastoma datang ke Rumah Sakit sudah dalam tahap lanjut sehingga tumor sudah meluas ke jaringan sekitar. Kondisi seperti ini memerlukan perawatan yang akurat oleh karena jenis penyakit ini mudah kambuh apabila pengambilan tidak adekwat. Pada kasus ini dilakukan tindakan hemimandibulektomi oleh karena penyebaran tumor dari korpus mandibular meluas ke prosesus koronohideus dan kondilohideus. Hasil operasi penyembuhan luka baik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Shafer WG, Hine MK, and Levy BB: *Text Book of Oral Pathology*. 4<sup>th</sup> ed. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1983.
2. Langlais RP, Langland OE, Norce CJ: *Diagnostic Imaging of the Jaw*. A Lea & Febiger Book, Baltimore, Philadelphia, 1995:343-8.
3. Archer WH: *Oral Surgery, A Step by Step Atlas of Operative Tehniques*. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1969:398.
4. Archer WH: *Oral and Maxillofacial Surgery*. 5<sup>th</sup> ed., W.B. Saunders, Philadelphia, 1975.
5. Naumann HH: *Head and Neck Surgery*. Vol. 2, George Thieme Verlag, West Germany, 1980.
6. Thoma KH: *Oral Pathology*. 3<sup>rd</sup> ed., The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1960:1273-92.
7. Fonseca RJ: *Oral and Maxillofacial Surgery*, Surgical Pathology. W.B. Saunders Co., St. Louis, 2000.
8. Kawamura, Inoue, Kobayashi, Ahmed: Dredging Method, in *Asian Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 1991; 3:81.
9. Rankow RM, *An Atlas or Surgery of the Face, Mouth and Neck*, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1968:76-85.
10. Vriezen THC, *Radang Rahang* (terj.), Angkasa Offset, Bandung, 1983:108-16.