

PERAWATAN AMELOBLASTOMA DENGAN METODA *DREDGING* (Laporan Kasus)

Hery Gunadi*, Arfiandri Roesli**

*Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut FKG UNPAD
**Staf Bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran, RSUP Perjan Hasan Sadikin
Bandung

Hery Gunadi, Arfiandri Roesli : Perawatan Ameloblastoma dengan Metode *Dredging* (Laporan Kasus).
Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003; 10(Edisi Khusus):7-11

Abstract

A case report of successful Ameloblastoma treatment by Dredging Method, in left mandibular region of 25 years old female. Dredging was taken three times with six months period, following enucleation three months before. Evaluation of the effectiveness of this procedure showed from histopatological examination, panoramic radiograph and the mandible attained normal form and function.

Key words : Ameloblastoma; conservative treatment; dredging method.

Pendahuluan

Ameloblastoma merupakan suatu tumor odontogenik, dan mempunyai beragam gambaran klinis serta pola histopatologis. Insidensi rekurensi sangat tinggi jika ameloblastoma tidak dilakukan perawatan secara adekuat.^{1,2,3,4} Sekitar 80% tumor ini mengenai mandibula, umumnya diderita pada usia dekade ke-2 dan ke-3.⁵

Perawatan ameloblastoma banyak dikemukakan dalam berbagai kepustakaan dan sampai saat ini masih merupakan kontroversi. Namun pada umumnya perawatan ameloblastoma dibagi menjadi terapi konservatif dan agresif atau radikal.^{5,6,7} Perawatan radikal biasanya berupa reseksi (segmental atau marginal)

sedangkan perawatan konservatif dapat berupa enukleasi, kuretase, cryoterapi dan *dredging*.^{5,6,7,8}

Metoda *dredging* pertama kali diperkenalkan oleh Kawamura (1991) dengan tujuan untuk melengkapi dan mengantisipasi kekurangan metoda konservatif lainnya. *Dredging* adalah suatu pengerukan jaringan parut dan tulang yang pada hakekatnya merupakan operasi ulang terhadap rekurensi yang terjadi sesudah enukleasi, namun telah direncanakan sebelumnya dan dilaksanakan secara berkesinambungan dengan interval waktu tertentu yaitu sekitar 2 sampai 3 bulan.^{6,7,8} Menurut Ohishi (1999) *dredging* adalah enukleasi dan kuretase tulang dengan tingkat keberhasilan lebih dari 60%.⁸

Tinjauan Pustaka

Perawatan ameloblastoma dapat ditemukan dalam berbagai macam kepustakaan yang umumnya berupa laporan kasus akan tetapi perawatan yang tepat masih diperdebatkan. Banyak yang menganjurkan dilakukannya metoda konservatif dan banyak juga yang menganjurkan perawatan agresif^{1,7,8,9}

Dalam berbagai kepustakaan kasus ameloblastoma sebagian besar menganjurkan untuk dilakukan perawatan secara konservatif berupa enukleasi saja atau kuretase, tapi metoda ini ternyata memiliki tingkat rekurensinya sangat tinggi yaitu antara 50% sampai 100%.^{1,7,8,9,10} Tingginya rekurensi ini menjadi dasar pertimbangan untuk dilakukan perawatan secara radikal. Dengan metoda radikal tingkat rekurensi menjadi lebih kecil.^{8,11} Menurut Muller (1985) tingkat rekurensi dengan metoda ini adalah 15%, akan tetapi dapat menimbulkan berbagai masalah yaitu hilangnya sebagian tulang rahang yang mengakibatkan deformitas wajah dan berkurangnya fungsi rahang serta tekanan psikologis terutama pada pasien muda usia.^{1,5,6,7,8,9}

Adanya perbedaan pendapat di dalam melaksanakan terapi ameloblastoma ini diakibatkan oleh banyak faktor yaitu^{7,8,9}:

1. Banyak kesimpulan mengenai hasil perawatan ameloblastoma yang dibuat terlalu dini, karena waktu evaluasi yang terlalu singkat.
2. Pada masa dulu kriteria histopatologis untuk ameloblastoma kurang tepat sehingga banyak yang tidak terdiagnosa dengan tepat.
3. Tidak dibedakan antara ameloblastoma tipe kistik (unilokuler atau multilokuler) dengan tipe solid.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa tingkat rekurensi sesudah terapi konservatif pada tipe unilokuler lebih rendah dibandingkan dengan tipe multilokuler.^{12,10} Pada pendekatan konservatif rekurensi tidak menunjukkan kegagalan oleh karena pada umumnya terjadi regenerasi tulang dalam jumlah

yang sangat berarti. Rekurensi hanya terbatas pada area kecil yang dapat dioperasi ulang secara konservatif.^{5,6}

Menurut Ohishi (1999) indikasi perawatan konservatif (enukleasi dan bone curettage) adalah pada pasien usia muda dan ameloblastoma tipe kistik.⁸ Sedangkan indikasi perawatan radikal adalah ameloblastoma dengan tipe solid dengan tepi yang tidak jelas, lesi dengan *soap bubble*, lesi yang tidak efektif dengan marsupialisasi, ameloblastoma dengan ukuran besar.^{7,8,9}

Metoda *dredging* yang diperkenalkan oleh Kawamura (1991) yaitu dengan cara pengerukan jaringan parut dan tulang. Jaringan parut terbentuk dari jaringan mesenkim yang mengisi rongga tulang pada proses penyembuhan setelah enukleasi. Jaringan parut ini memperlambat pertumbuhan tulang selanjutnya. Pengangkatan jaringan parut tersebut akan mempercepat pertumbuhan tulang kembali. Tujuan *dredging* adalah untuk mengangkat sisa-sisa sel tumor dan merangsang pertumbuhan tulang yang baru.^{5,6}

Tahapan dalam metoda *dredging* adalah deflasi, enukleasi dan *dredging*. Deflasi adalah tindakan pengangkatan dinding kistik, tulang dan mukoperiosteum yang menutupi tulang dengan tujuan menghilangkan tekanan intra kistik dan memudahkan pertumbuhan tulang sehat. Enukleasi adalah tindakan pengangkatan tumor secara keseluruhan sampai ke tulang yang sehat, untuk ameloblastoma tipe kistik enukleasi biasanya dilakukan 2 sampai 3 bulan.^{5,6}

Kasus

Seorang perempuan usia 25 tahun datang ke RSHS tanggal 10 Januari 2002 dengan keluhan pada pipi sebelah kiri terasa ada benjolan sejak kira-kira 1 bulan yang lalu, benjolan yang pertama dirasakan mula-mula terasa kecil yang makin lama semakin membesar. Sakit bila diraba atau ditekan, kemudian berobat ke RS Swasta

dan dirujuk ke Bagian Bedah Mulut RSHS untuk dilakukan perawatan selanjutnya.

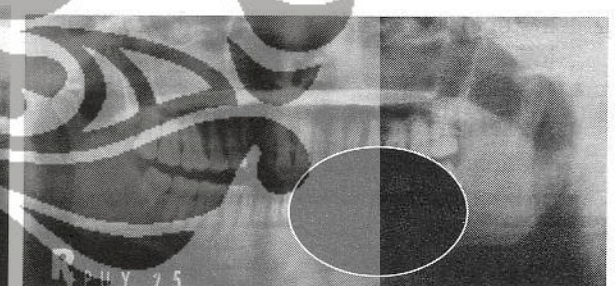
Pada pemeriksaan klinis didapatkan keadaan umum baik, kesadaran Compos Mentis, nadi 60 x/m, pernafasan 20 x/m, tensi 100/70 mmHg, keadaan lain dalam batas normal. Status lokalis ekstra oral: benjolan pada pipi kiri rahang bawah dengan ukuran 2x1x2 cm, permukaan licin, warna sama dengan jaringan sekitar, sifat terlokalisir, pada palpasi benjolan teraba dengan konsistensi keras disertai nyeri tekan. Pemeriksaan intra oral : pada mukosa bukal teraba adanya benjolan terlokalisir pada regio 34 sampai 36 dengan vestibulum agak terangkat, ukuran 2 x 0,5 x 2 cm, permukaan halus, warna sama dengan jaringan sekitarnya, sifat difus, batas pembengkakan tidak dapat digerakan dari dasarnya, konsistensi lunak, fluktuasi negatif, nyeri tekan positif, tidak ada krepitasi. Punksi pada benjolan berupa cairan berwarna merah tua kental. Hasil *rontgen* panoramik terlihat gambaran radiolusen mirip kista pada regio 34 sampai 36. (Gambar 1). Kemudian didiagnosa sebagai ameloblastoma rahang bawah kiri.

Setelah diagnosa ditetapkan, perawatan yang pertama kali dilakukan adalah enukleasi dan ekstraksi gigi 34, 35, 36, dan 37, pada bulan Januari 2002 dibawah anestesi umum Hasil pemeriksaan histopatologis menunjukkan positif ameloblastoma tipe unikistik. Kemudian pasien dievaluasi selama 3 bulan sejak enukleasi, terlihat dari gambaran panoramik batas enukleasi dan adanya jaringan granulasi (Gambar 2).

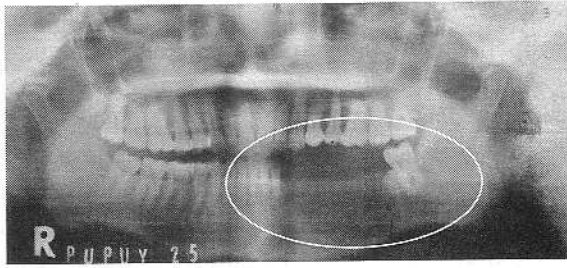
Dredging dilakukan pada bulan April 2002 dibawah anestesi umum, hasil pemeriksaan histopatologis menyatakan adanya sel ameloblastoma. Evaluasi 2 bulan setelah *dredging* pertama dilakukan, pada *rontgen* panoramik terlihat adanya pembentukan tulang baru disekitar daerah pengerukkan (Gambar 3). Kemudian dilakukan *dredging* ke dua pada bulan Juni 2002 dengan anestesi umum. Evaluasi 2 bulan setelah evaluasi pertama *dredging* pada *rontgen* panoramik tampak pembentukan tulang yang mulai meninggi mengisi rongga pengerukan (Gambar 4).



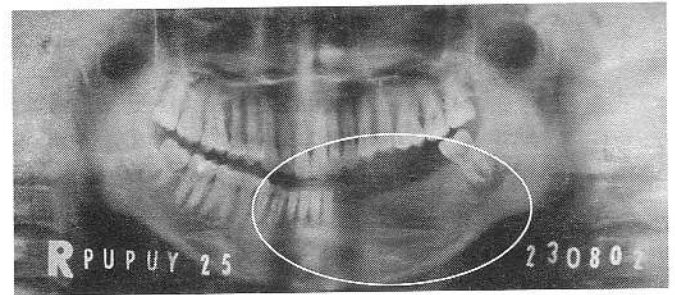
Gambar 1. Panoramik pertama kali datang, tampak gambaran radiolusen diregio posterior rahang bawah kiri



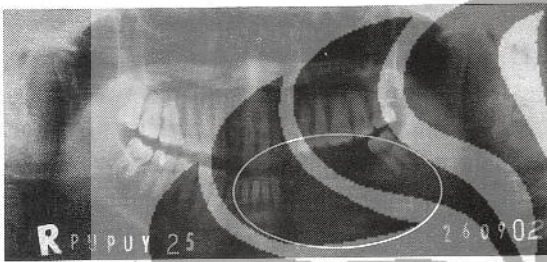
Gambar 2. Daerah ameloblastoma dan terlihat batas tulang mandibula dan jaringan granulasi setelah enukleas



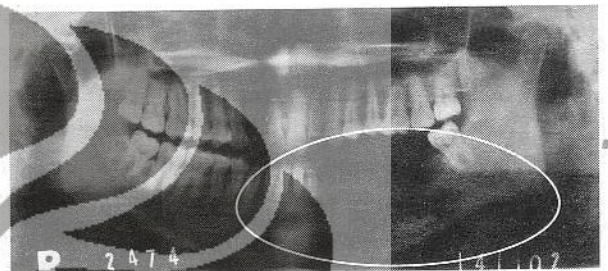
Gambar 3. Tampak pembentukan tulang mandibula setelah dilakukan dredging ke-1



Gambar 4. Terlihat pada panoramik adanya pembentukan tulang mandibula setelah dredging ke-2



Gambar 5. Pembentukan tulang pada mandibula setelah dredging ke-3 tampak lebih cepat dibandingkan pada dredging ke-2. bentuk mandibula tidak ada perubahan.



Gambar 6. Daerah ameloblastoma setelah dredging ke-3, tulang mulai mengisi memenuhi rongga post dredging ameloblastoma, bentuk mandibula tidak berubah.

Dredging ke 3 dilakukan pada tanggal bulan Agustus 2002 dibawah anestesi umum, pengambilan sediaan histopatologis dilakukan pada beberapa lokasi *dredging* terdahulu, hasil pemeriksaan histopatologis tidak ditemukan sel-sel ameloblastoma. Evaluasi klinis dan *rontgen* panoramik setelah *dredging* ke 3 terlihat adanya pembentukan tulang baru dengan cepat dan mulai mengisi rongga pengerukan serta bentuk dan fungsi mandibula tidak berubah (Gambar 5). Evaluasi 2 bulan dari *dredging* ke tiga melalui *rontgen* panoramik dan klinis terlihat adanya pertumbuhan tulang di rongga pengerukan dan fungsi serta bentuk mandibula tetap normal dan tidak adanya keluhan dari penderita (Gambar 6). Kemudian pasien dirujuk ke bagian prostodontia untuk dilakukan pembuatan obturator.

Pembahasan

Pada kasus ini perawatan ameloblastoma dengan metoda *dredging* adalah tepat, karena usia pasien masih muda, ukuran lesi tidak terlalu besar, ameloblastoma tipe kistik. Interval waktu *dredging* dilakukan tiga kali dalam kurun waktu 6 bulan dan diawali dengan enukleasi 3 bulan sebelumnya. Hal ini sesuai dengan anjuran pelaksanaan *dredging*, bila metoda ini dilakukan secara baik dengan pengerukan sampai benar-benar bersih maka hasil *dredging* memuaskan. Secara klinis wajah pasien simetris dan pemeriksaan intra oral tidak ditemukan benjolan ataupun kelainan, dari *rontgen* panoramik terlihat regenerasi tulang yang cepat dan hasil pemeriksaan histopatologis terakhir menyatakan tidak ditemukan adanya sel-sel ameloblastoma.

Namun keberhasilan perawatan ini belum definitif, karena pertumbuhan ameloblastoma cenderung lambat, sehingga perlu diobservasi terus menerus dan senantiasa dilakukan minimal sampai 5 tahun. Evaluasi dilakukan tiap beberapa bulan untuk mencegah rekurensi di tahun pertama setelah *dredging* terakhir dilakukan.

Kesimpulan

Perawatan ameloblastoma tergantung pada tipe ameloblastoma, usia penderita dan besarnya lesi. Metoda *dredging* sangat tepat bila diterapkan pada ameloblastoma tipe kistik mengingat tingkat keberhasilan yang telah dicapai pada perawatan-perawatan yang dilakukan peneliti sebelumnya. Keberhasilan pada kasus ini belum definitif dengan demikian efektifitas metoda *dredging* ini tetap harus diobservasi sampai beberapa tahun ke depan, terutama pada pasien yang telah dilakukan perawatan untuk mengetahui apakah terjadi adanya rekurensi dari ameloblastoma.

Daftar Pustaka

1. Archer WH. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 5th ed. Vol 1., W.B. Saunders, Philadelphia. 1975; p: 735-759.
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A Text Book of Oral Pathology*. 4th ed. WB. Saunders. Philadelphia. 1983; p: 304-312.
3. Thoma KH. *Oral pathology*. 2nd ed. Vol 1. Mosby Co. St. Louis. 1970; p: 481-496.
4. Neville. Brad W. *Oral and Muxillofacial Phatology*. 1st ed. WB. Saunders. Philadelphia. 1995; p: 512-513.
5. Kawamura M, Inoue N, Kobayashi I, and Ahmed M. "Dredging Method"- A New Approach for The Treatment of Ameloblastoma. *Asian. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1991; 3: 81-84.
6. Kawamura M, Inoue N, Kobayashi I, et. al. Ameloblastoma Treated by "Dredging Method" Report of a Cases. *Asian J. Oral Maxillofac. Surg.* 1991; 3: 89-93.
7. Muller H, Sloutweg PJ. The Ameloblastoma and Its Controversial Therapeutic Approach. *J. Maxillofac. Surg.* 1985; 13: 79-84.
8. Ohisi M. Management of mandibular Ameloblastoma : The Clinical Basis For a Treatment Alogritm. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1999; 37.
9. Huffman GG, and Thatcher JW. Ameloblastoma the conservative Surgical Approach to Treatment: Report of Four Cases. *J. Oral. Surg.* 1974; 32: 850-854.
10. El-Abdin H, Ruprecht A., Unicysic Ameloblastoma in the Sudan. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1989; 18: 64-67.
11. Chindia ML, Guthna SW, Mwaniki DL. Ameloblastoma After Surgical Removal of An Impacted Mandibular Molar. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1991; 20: 73-74.
12. Dallera P, Bertoni F, Marchetti C, Baechini P, Compobassi A. Ameloblastic Fibroma: A Follow-Up of Six Cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1996; 25: 199-202.