

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

PAMERAN

16 SEP 1994

AMELOBLASTOMA

Dr. ELIANA INDRAKUSUMA *

Dr. SOEGLARTO SOEHARDJO **

Dr. RUSTIADJI ***

* Dokter dalam pendidikan keahlian Bidang Radiologi
pada F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya

** Moderator / Staf pada Lab./U.P.F Patologi Anatomi
F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya

*** Moderator / K.P.S pada Lab. / U.P.F Radiologi
F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Lab. / U.P.F Patologi
Anatomi F.K Unair / R.S.U.D. Dr. Soetomo.
Surabaya tanggal : 12 Pebruari 1990.

A2/LP/PUA/H/90

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

004290111


* 004290111 *

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

AMELOBLASTOMA

KKU

KK

616 993 92

Ind

a

AMELOBLASTOMA

Dr. ELIANA INDRAKUSUMA *

Dr. SOEGLARTO SOEHARDJO **

Dr. RUSTIADJI ***

-
- * Dokter dalam pendidikan keahlian Bidang Radiologi pada F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya
 - ** Moderator / Staf pada Lab./U.P.F Patologi Anatomi F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya
 - *** Moderator / K.P.S pada Lab. / U.P.F Radiologi F.K. Unair / R.S.U.D Dr.soetomo - Surabaya

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Lab. / U.P.F Patologi Anatomi F.K Unair / R.S.U.D. Dr.Soetomo.
Surabaya tanggal : 12 Pebruari 1990.

M I L I K
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA
42/LP/PUA/H/90

DAFTAR ISI

	Hal.
I. PENDAHULUAN	1
II. INSIDEN	2
III. ETIOLOGI DAN PATOGENESIS	2
IV. GAMBARAN KLINIS	3
V. PATOLOGI	5
VI. GAMBARAN RADIOLOGIS	8
VII. DIAGNOSA BANDING	10
VIII. DIAGNOSA	10
IX. PENGOBATAN	13
X. PROGNOZA	14
XI. CONTOH KASUS	14
XII. RINGKASAN	15
XIII. PENUTUP	15
XIV. DAFTAR KEPUSTAKAAN	16

PENDAHULUAN

Ameloblastoma adalah suatu tumor rahang yang berjumlah sekitar 1 % daripada seluruh tumor odontogenik. Perdefinisi menurut WHO, ameloblastoma adalah tumor jinak yang bersifat invasif lokal terdiri dari epitel odontogenik proliferasif dalam suatu stroma jaringan ikat.

Tumor ini banyak dijumpai pada usia lebih kurang 30 tahun, tumbuh lambat dan menunjukkan berbagai kecenderungan infiltratif.

Seringkali sulit dimusnahkan (eradikasi), kerap kali residif dan pada kasus ekstrim pernah pula dilaporkan dapat bermetastase.

Pada tahun 1826 Guzack melaporkan suatu tumor rahang yang mungkin merupakan kasus ameloblastoma yang pertama. Tetapi yang pertama kali melaporkannya dalam literatur ilmiah adalah Broca (1868) dan didiskripsi lengkap oleh Falkson (1879).

Terminologi dari Ameloblastoma yang beraneka ragam, dimulai dari 1 1/2 abad yang lalu, Baden dan Malassez (1885) memakai nama "Adamantine Epithelioma" yang kemudian berubah menjadi "Adamantinoma". Beberapa nama kemudian menyusul, termasuk : Adamantinoblastoma, Enameloblastoma, Epithelial odontome, Multilocular cyst dan Adamantoblastoma. Churchill dan Ivy pada tahun 1932 mengusulkan Ameloblastoma yang sampai saat ini paling banyak dipakai.

Pada tahun 1965 Baden mempublikasikan sebuah naskah lengkap mengenai aspek historis terminologi tumor ini dan ia mengusulkan suatu nama yaitu "Odontogenik Epithelioma" yang dapat menyatakan sifat jinak, asal usul, dan juga komponen jaringan tumor tersebut.

Penemuan dini dari tumor ameloblastoma sangat penting, karena akan sangat membantu untuk mengurangi kemungkinan cacat muka akibat operasi. Karena sifat residifnya maka pemeriksaan tindak lanjut (follow up) baik secara klinik atau radiologik sangat dianjurkan.

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

INSIDEN

Ameloblastoma merupakan 1 % dari jenis tumor dan kista pada rahang (1,2,5,9,10,14).

Lebih kurang 80 % daripada ameloblastoma terdapat pada mandibula, dan hanya 20 % pada maxilla (1,2,4,7,8,9,11,12,14).

Pada mandibula 70 % pada daerah molar dan ramus, 20 % didaerah premolar dan hanya 10 % didaerah simfisis. Sedangkan tumor maxilla, 80 % pada daerah molar dan antrum; 10 % daerah premolar dan 10 % pada daerah lain (14).

Tidak terdapat perbedaan distribusi ameloblastoma antara pria dan wanita (1,2,9,14); tetapi menurut Lucas (4), pria lebih sering terkena dari pada wanita.

Ameloblastoma dapat ditemukan pada semua umur, hampir 50 % pada umur 20 - 40 tahun dan usia rata-rata waktu ditemukan lebih kurang 33 tahun (11).

Ada yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan ras yang menonjol (1,9), tetapi ada juga yang menyatakan bahwa ameloblastoma lebih banyak didapatkan pada penduduk kulit berwarna, dibandingkan penduduk kulit putih (4,7,11,14).

ETIOLOGI DAN PATOGENESIS

Faktor penyebab terjadinya ameloblastoma, seperti halnya dengan penyebab neoplasma lain pada umumnya, belum jelas diketahui.

Namun demikian berbagai ahli beranggapan ada faktor-faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya ameloblastoma (4,11,14) yaitu : Infeksi oral, pencabutan gigi, trauma pada gigi atau rahang, gigi yang impacted, defisiensi gizi.

Para peneliti memperhatikan bahwa ada persamaan antara unsur pembentuk gigi dengan ameloblastoma, dan mereka berpendapat bahwa neoplasma ini berasal dari bagian benih gigi, atau sel yang mempunyai potensi untuk membentuk jaringan gigi (11).

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

Shafer dan kawan-kawan berpendapat bahwa ameloblastoma dapat berasal dari :

1. Sisa-sisa sel dari enamel organ sisa-sisa dental lamina atau sisa-sisa Hertwig's sheath, sisa-sisa epitel dari Malassez.
2. Epitel kista odontogenik, terutama kista dentigerous dan odontoma.
3. Gangguan perkembangan organ enamel.
4. Sel-sel basal dari epitel permukaan rahang.
5. Epitel heterotopik dibagian-bagian lain tubuh, terutama kelenjar pituitaria.

Cahn (1933) melaporkan suatu kasus ameloblastoma yang berasal dari dinding suatu kista dentigerous.

Stanley & Diehl pada 641 kasus ameloblastoma, menemukan 108 (17 %) ada hubungan dengan suatu gigi yang "impacted" dan / atau suatu kista folikuler (kista dentigerous).

Mereka juga menemukan pengurangan prevalensi yang nyata setelah usia 30 tahun, diduga karena hilangnya potensi ameloblastomatous dari epitel odontogenik pada follikel gigi yang "impacted" dan kista folikuler.

GAMBARAN KLINIS :

Kecuali beberapa ameloblastoma perifer al atau ameloblastoma luar tulang, maka hampir seluruh ameloblastoma berasal dari dalam tulang; tumbuh lambat dan tidak memberikan keluhan pada stadium permulaan. Oleh karena itu tumor ini jarang dapat didiagnosis secara dini; kecuali secara kebetulan pada pemeriksaan radiologik atau dari hasil biopsi pada suatu lesi yang tidak dicurigai sebelumnya.

Biasanya mulai tumbuh dari tulang cancellous dari mandibula dan dapat cukup besar sebelum kontur tulang berubah. Kemudian dapat meluas kearah bukal dan lingual dan lambat laun menyebabkan deformitas muka. (4,7,14). Mukosa mulut disekitar tumor biasanya tidak mengalami ulserasi, tetapi tertarik tegang meliputi tumor tersebut. Demikian juga kulit sekitarnya akan tertarik tegang dan mengkilat (14).

Bila tidak diobati, tumor terus membesar dan tulang-tulang disekitarnya menjadi demikian tipis sehingga pada pemeriksaan didapatkan fluktuasi atau egg-shell crackling (4,14). Dan pada kasus yang ekstrim dapat terjadi fraktur patologi (8,14).

Gigi geligi pada daerah tumor biasanya berubah letak dan goyah (12,14).

Bila tidak mengalami infeksi, biasanya ameloblastoma tidak menyebabkan rasa nyeri. Gangguan syaraf, baik sensorik maupun motorik jarang terjadi (4,7,11,12,14). Apabila terjadi infeksi sekunder akibat trauma gigi-gigi antagonisnya, maka tukak, fistula, perasaan nyeri, pares tesia dan kondisi mulut yang tidak bersih dan tidak sehat dapat dijumpai (8,14).

Ameloblastoma maxilla dapat mengenai sinus maxillaris dan dapat meluas ke orbita atau nasopharynx, bahkan pada kasus yang ekstrim dapat mencapai dasar tengkorak (4,14).

Ameloblastoma ini sangat cenderung untuk kambuh, apalagi bila operasinya tidak memadai. Sifat yang mudah kambuh inilah yang akhirnya menyebabkan tumor ini digolongkan sebagai "Locally Malignant" (1,9,14).

Beberapa kasus malignant ameloblastoma atau metastatic ameloblastoma telah pula dilaporkan dalam kepustakaan (7,9,11,14). Harus dibedakan istilah "Malignant Ameloblastoma" dan "Ameloblastic Carcinoma" (11,14).

Istilah "Malignant Ameloblastoma" didefinisikan sebagai Ameloblastoma dengan tanda-tanda keganasan nyata, terutama dinilai dengan adanya metastase, tetapi lesi-lesi metastatik tersebut tidak menunjukkan perbedaan histologis yang bermakna dengan tumor primernya. Dengan kata lain, tumor metastatik masih menyerupai Ameloblastoma primer tanpa transformasi histologis.

Sebaliknya istilah "Ameloblastic Carcinoma" didefinisikan sebagai tipe ameloblastoma dimana terdapat transformasi ganas yang nyata secara histologis dari komponen epitel dan dimana tumor telah bersifat ganas sehingga lesi metastatiknya tidak menyerupai tumor odontogenik primer tetapi lebih menyerupai Ca yang kurang (less)well differentiated, biasanya seperti epidermoid Ca.

Tumor ini jarang menyebabkan kematian, tetapi dapat membahayakan jiwa jika terjadi perluasan / metastase.

Insiden dari metastase ini rendah, pada penderita dengan ameloblastoma di mandibula lebih sering terjadi metastase daripada yang di maxilla (5).

Menurut Madiedo dan kawan-kawan (5) tempat metastase yang paling sering adalah paru-paru (75,9 %), kemudian kelenjar lymph regional (41,4 %), pleura & vertebra (17,2 %), tengkorak (10,3 %), hepar/parotis/diaphragma & soft tissue (6,9 %). Sangat jarang juga ditemukan metastase ditulang-tulang lain serta di lien dan ginjal. Juga dilaporkan metastase ke usus halus dan peritoneum. Ada 3 cara metastase :

1. Aspirasi sel-sel tumor dan implantasi di paru-paru.
2. Penyebaran hematogen.
3. Penyebaran lymphogen.

PATOLOGI

GAMBARAN MAKROSKOPIK

Secara tradisionil, ameloblastoma dibagi menjadi tipe solid dan kistik, tetapi hampir semua ameloblastoma menunjukkan degenerasi kistik (1,9).

Kista dapat besar atau kecil yang permukaannya halus dan isi rongga kista dapat bervariasi dari cairan yang jernih kekuningan, cairan merah kecoklatan hingga masa semisolid seperti gelatin (4,14).

Sedangkan bentuk solid merupakan masa lunak yang berwarna putih keabu-abuan atau kuning keabu-abuan (4,14).

GAMBARAN MIKROSKOPIK.

Secara mikroskopik ameloblastoma dibagi dalam beberapa tipe :

1. Folikuler Ameloblastoma.

Ameloblastoma pada tipe ini terdiri dari banyak pulau-pulau tumor yang kecil yang tersusun rapat, dimana pada tepi dari pulau-pulau tersebut tersusun sel-sel kuboid atau kolumnar dengan inti yang umumnya terpolarisasi. Sel-sel ini sangat mirip ameloblast atau preameloblast dan sel-sel ini meliputi suatu masa sel-sel polihedral yang tersusun longgar mirip stellate retikulum.

Dalam beberapa hal, jaringan seperti stellate retikulum ini mengalami kerusakan atau degenerasi kistik dan pada kasus-kasus semacam itu sering terdapat pendataran sel-sel kolumner perifer sehingga mirip sel-sel kuboid rendah atau bahkan sel-sel skuamous.

Pembentukan kista relatif sering pada tipe ini.

2. Pleksiform Ameloblastoma.

Sel-sel tumor yang seperti ameloblast tersusun pada massa yang irregular atau lebih sering sebagai suatu jaringan rangkaian sel-sel yang saling berhubungan.

Tiap massa atau rangkaian tersebut diikat oleh suatu lapisan sel-sel kolumnar, dan diantara lapisan-lapisan ini dapat ditemukan sel-sel seperti stellate retikulum. Kadang-kadang ditemukan 2 baris sel-sel kolumnar yang saling membelakangi. Tetapi jaringan seperti stellate retikulum disini jauh kurang menonjol dibandingkan pada tipe folikuler. Juga sering terdapat daerah-daerah degenerasi kistik pada stroma. Tipe ini lebih sering terdapat di maxilla (3).

3. Akantomatous Ameloblastoma.

Sel-sel yang menempati posisi stellate retikulum mengalami metaplasia skuamous, kadang-kadang dengan pembentukan keratin di bagian sentral pulau-pulau tumor.

Ini biasanya terjadi pada tipe folikuler. Kadang-kadang terlihat mutiara-mutiara epitel atau keratin.

4. Granuler sel Ameloblastoma.

Terjadi transformasi sitoplasma, biasanya dari sel-sel seperti stellate retikulum sehingga tampak gambaran eosinofilik yang sangat kasar dan granuler. Sering juga meliputi sel-sel kolumnar perifer & kuboid.

Pemeriksaan ultra struktur (Tandler & Ressi) menunjukkan bahwa granula sitoplasmik ini merupakan agregasi lisosom tanpa komponen-komponen seluler.

Menurut Hartman (11): tipe ini tampaknya agresif dengan kecenderungan rekurensi yang jelas kecuali dilakukan pembedahan yang memadai.

Tipe inilah yang sering mengadakan metastase (3,11).

5. Ameloblastoma tipe sel basal.

Menyerupai Ca sel basal kulit, jadi sel-sel epitel tumornya lebih primitif dan kurang kolumnar, dan pada umumnya tersusun dalam lembaran-lembaran. Stroma jaringan ikatnya dapat agak bervariasi tetapi umumnya terdiri dari berkas-berkas serabut kolagen yang dapat relatif longgar atau padat.

Merupakan tipe yang paling jarang.

Stoma jaringan ikat dari tipe-tipe ameloblastoma diatas dibentuk dari berkas-berkas serat kolagen yang dapat tersusun secara rapat atau longgar.

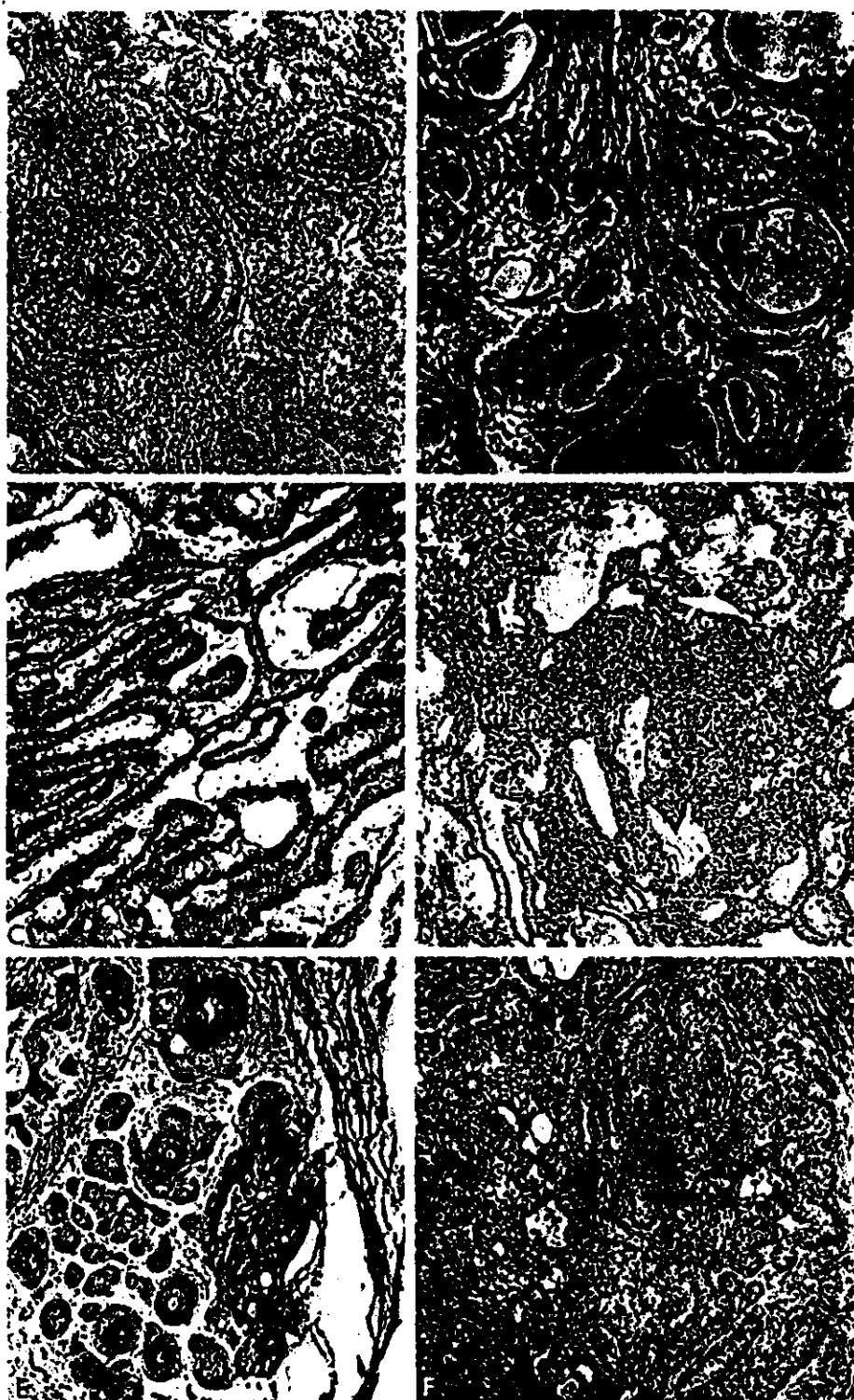


Figure 4-20. Ameloblastoma.

A, follicular type; B, basaloid type showing palisaded nuclei and central keratinization; C, acanthomatous type; D, basal cell type; E, acanthomatous type; F, granular cell type.

Sebagian besar ameloblastoma menunjukkan 1 atau 2 pola yang dominan, folikuler atau pleksiform, tipe folikuler lebih sering (1,4,9). Dua tipe atau lebih dapat terjadi dalam tumor yang sama dan tidak ada bukti bahwa 1 sub tipe lebih agresif daripada yang lain.

Meskipun dikenal berbagai jenis gambaran mikroskopik pada ameloblastoma, tetapi perlu kiranya diperhatikan, bahwa tidak ada korelasi antara klasifikasi mikroskopik tersebut dengan sifat klinis dan prognosis tumor (4,14).

GAMBARAN RADIOLOGIS

Gambaran radiologik dari ameloblastoma bervariasi dan tidak selalu patognomonik (4,7,8,11). Tetapi gambaran tersebut dapat membantu diagnosis dan memperkirakan batas tumor serta derajat destruksi tulang.

Secara radiologis, tumor terlihat sebagai daerah radiolusen yang multilokuler / unilokuler dengan batas jelas dan septa-septa tulang yang meluas kedalam massa tumor. (2,3,6,8,11,12,14,15). Gambaran multilokuler lebih sering daripada unilokuler (3,7,12).

Apabila rongga kistik ini kecil-kecil, maka akan terlihat gambaran suatu "Sarang lebah atau Honey Comb Appearance", tetapi bila rongga kistik ini besar-besar dan bervariasi bentuknya maka akan terlihat gambar seperti "Busa sabun atau Soap Bubble Appearance" (4,6,13,14,15).



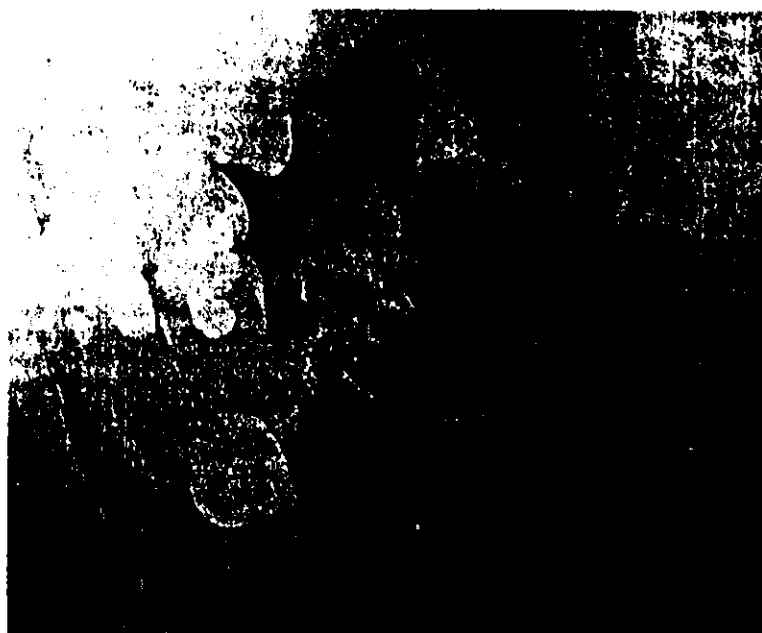
Dalam pertumbuhan dan ekspansi dari tumor, bisa terjadi perpaduan atau fusi dari berbagai ruang kista kecil sehingga menyebabkan transformasi dari bentuk multilokuler kebentuk monolokuler. Keadaan ini dapat menyerupai gambaran suatu kista odontogenik (kista dentigerous, kista primordial).

Pada keadaan pembesaran tumor yang lanjut, dapat terjadi ekspansi dan destruksi dari cortex dan invasi ke soft tissue.



Figure 14-3 Ameloblastoma that has destroyed the cortex and invaded soft tissue.

Ameloblastoma sering menyebabkan resorpsi yang cukup berarti pada akar gigi disekitarnya. Sering pula salah satu gigi molar terdesak dari lokasi semula.



DIAGNOSA BANDING**1. KISTA DENTIGEROUS :**

Disebabkan oleh perubahan degeneratif epitel enamel dari gigi yang tidak erupsi atau odontoma dan menjadi besar. Unilokuler dan didaerah leher dari gigi, yang dilapisi oleh epitel stratified squamous dan konektif tissue kapsule.

Ro": Daerah radiolusen unilokuler dengan batas tepi yang tegas, tampak mahkota dari gigi yang berhubungan dengan kista berpindah jauh dari tempatnya.

2. KISTA PRIMORDIAL :

Disebabkan oleh karena retrogresi dari stellate retriculum dari organ enamel atau tunas gigi sebelum adanya deposite Calsium.

Sering terbentuk didaerah angulus mandibula & terinfeksi. Kista primordial yang multipel timbul sebagai penyakit familial.

Ro": Unilokuler / kista multilokuler multipel dengan berbagai bagian dengan ukuran yang sama.

3. KISTA APIKAL (KISTA RADIKULER) :

Terjadi dari apikal granuloma. Merupakan kista sesungguhnya dengan rongga yang dilapisi epitel dan berisi cairan steril, tetapi bila terkena infeksi cairan menjadi purulent.

Ro": Gambar radiolusen didaerah apex dari gigi dengan batas tegas dari tulang yang sklerotik, bentuknya sering bulat, kadang oval. Gambar radiolusen ini sangat gelap.

DIAGNOSA

Selain pemeriksaan klinik yang cermat dan penelitian gambar radiologis yang seksama, laporan pemeriksaan mikroskopik merupakan suatu alat pelengkap diagnosis yang mutlak diperlukan.

Diagnosis yang pasti hanya dapat ditegakkan dengan biopsi dari sample tumor yang adekuat (7,14).

Dari data-data yang dapat dikumpulkan oleh unit kom-
puter Lab Patologi Anatomi FK. Unair selama tahun 1988
(data diambil dari seluruh Lab. P.A. di Surabaya), di-
temukan 19 kasus ameloblastoma.

Hasil pengamatan terhadap 19 penderita ameloblastoma
tersebut didapatkan :

- Jenis kelamin : laki-laki : 4 orang (21,05 %).
 perempuan : 15 orang (78,95 %).
- Umur : termuda : 15 tahun.
 tertua : 58 tahun.
- Lokalisasi : mandibula : 18 penderita.
 maxilla : 1 penderita.

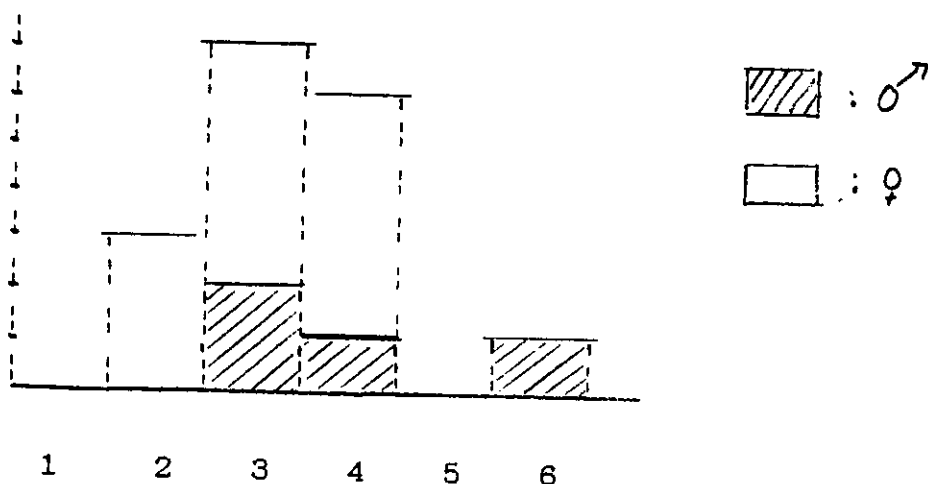
Tabel I : Insiden dan lokasi dari penderita ameloblastoma.

Lokasi	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
Mandibula	4	14	18
Maxilla	-	1	1
	4	15	19

Tabel II : Distribusi menurut umur dan jenis kelamin.

Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
0 - 10 th	-	-	-
11 - 20 th	-	3	3
21 - 30 th	2	5	7
31 - 40 th	1	5	6
41 - 50 th	-	-	-
51 - 60 th	1	-	1
	4	13	17

Grafik I : Distribusi menurut umur.



Keterangan : 2 penderita wanita tidak diketahui umurnya.

Pembahasan :

1. Kasus yang didapatkan selama 1 tahun (1988) di-Surabaya nampaknya cukup besar bila dibandingkan dengan jumlah kasus yang ditemukan diluar negeri.

Sehdev dan kawan-kawan (1920 - 1970): menemukan 72 kasus ameloblastoma mandibula dan 20 kasus ameloblastoma maxilla.

Hal ini mungkin karena perbedaan ras, dimana insiden pada golongan kulit berwarna lebih tinggi daripada golongan kulit putih (4,7,11,14).

2. Mengenai distribusi jenis kelamin, disini kami dapatkan lebih banyak kasus ameloblastoma pada wanita (78,95 %) daripada laki-laki (21,05 %).

Hal ini mungkin oleh karena ameloblastoma tidak menimbulkan keluhan, hanya menimbulkan perubahan bentuk wajah, sehingga mempengaruhi penampilan seseorang, jadi wanita lebih cepat pergi kedokter. Sedangkan pada kepustakaan, frekuensi pada laki-laki dan wanita tidak ada perbedaan, (1,2,9,14). Sedangkan menurut Lucas : laki-laki lebih sering dari pada wanita (4).

3. Mengenai distribusi menurut umur, ternyata lebih banyak didapatkan pada dekade 3 dan 4 (21 - 40 tahun), ini sesuai dengan kepustakaan dimana 50 % pada umur 20 - 40 tahun (11,12,14).

PENGobatan : (7,8,10,11,12,14)

Banyak perbedaan pendapat mengenai cara perawatan ameloblastoma, tetapi hampir seluruh ahli sepakat bahwa pengangkatan total massa tumor, bagaimanapun caranya, akan memberikan kesembuhan bagi penderita.

Berbagai cara perawatan yang dilakukan adalah : eksisi, kuretase, kauterisasi kimia & elektrik, radioterapi, kombinasi pembedahan dan radioterapi.

Cara-cara pembedahan :

Sekarang ini eksisi lebih disukai. Cara ini memungkinkan pengeluaran tumor secara keseluruhan, berikut tulang sehat sekitarnya sejauh lebih kurang 1/2 cm, tetapi tetap tidak mengganggu kontinuitas rahang. Dengan demikian cacat muka dapat dihindari dan tindakan rehabilitasi berupa pembuatan gigi palsu juga lebih mungkin dikerjakan secara memuaskan.

E nukleasi atau kuretase bukanlah merupakan terapi yang adekuat karena insiden kekambuhan tinggi. ShedeV dan kawan-kawan (10) mendapatkan bahwa dengan terapi ini terjadinya kekambuhan lokal pada ameloblastoma mandibula 90 % dan ameloblastoma maxilla 100 %.

Pada ameloblastoma yang besar sangat mungkin massa tumor menembus lapisan tulang kompakta dan bersatu dengan jaringan lunak disekitarnya. Dalam hal ini tehnik eksisi kurang memadai dan pada umumnya operasi dilakukan ekstra oral. Pada maxilla dapat berupa reseksi subtotal atau total. Pada mandibula dapat berupa reseksi sebagian atau hemimandibulektomi.

Apabila mungkin bersamaan dengan operasi tumor, dilakukan pula bone grafting, dari tulang iga atau tulang iliaca, untuk mengurangi cacat muka dan mengembalikan fungsi rahang. Jika grafting tidak dikerjakan, sebaiknya dilakukan fiksasi rahang (intermaxillary fixation) selama dua minggu untuk mencegah deviasi mandibula.

Radioterapi :

Pada umumnya tidak efektif oleh karena ameloblastoma bersifat sangat radioresisten. Tetapi radioterapi tidak merugikan/memperjelek prognosa setelah reseksi (10).

Ameloblastoma mempunyai prognosa yang baik dengan hasil selalu baik jika tumor direseksi secara adekuat.

Bila hanya dilakukan enukleasi, kekambuhan lokal sering terjadi. Masalah yang timbul adalah lokal dan jarang terjadi metastase.

Dapat menyebabkan kelainan bentuk, tetapi jarang menyebabkan kematian kecuali bila mengenai organ vital oleh invasi lokal.

CONTOH KASUS

Seorang ibu rumah tangga, 25 tahun, datang dengan keluhan benjolan pada rahang kiri bawah sejak 1 tahun yang lalu. Pada anamnesa penderita sudah pernah dianjurkan untuk operasi, tetapi menolak. Riwayat kesehatan baik, tidak pernah mencabutkan gigi.

Pada pemeriksaan: didapatkan massa yang besar berbenjol-benjol pada rahang kiri bawah ukuran 15 x 10 x 10 cm, pada palpasi agak sakit, warna kulit normal.

Radiologis : tampak bayangan lusen lobulated pada daerah corpus mandibula kiri dengan septa-septa tipis.

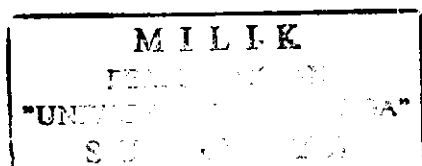
Biopsi : a. Diterima 1 potong jaringan putih ukuran 1 x 1/2 x 1/2 cm.

b. Didapatkan gambaran ameloblastoma.

Diagnosa : Ameloblastoma mandibula sinistra.

Rencana Pengobatan : Hemimandibulectomi dan dipersiapkan potese (chrome cobalt).

Saat ini penderita masih berobat jalan untuk persiapan operasi.



RINGKASAN

- Ameloblastoma adalah tumor odontogenik yang jinak tetapi bersifat invasif lokal (locally malignant), tetapi ada juga yang mengatakan bahwa tumor ini dapat bermetastasis atau secara histologis berubah menjadi ganas (malignant ameloblastoma).
- Tumbuh secara lambat, sehingga pada taraf dini tidak dirasakan atau diketahui oleh penderitanya sendiri.
- Banyak dijumpai pada usia 20 - 40 tahun, rata-rata tiga puluh tiga tahun.
- 80 % terdapat di mandibula, terutama daerah molar dan ramus ; hanya 20 % pada maxilla.
- Tidak ada korelasi antara klasifikasi mikroskopik dengan sifat klinis dan prognosis tumor.
- Gambaran radiologis dapat membantu diagnosis dan memperkirakan batas tumor serta derajat destruksi tulang.
- Diagnosa yang pasti hanya dapat ditegakkan dengan biopsi dari sample tumor yang adekuat.
- Terapi yang dianjurkan adalah pengangkatan tumor secara keseluruhan dengan mengikut sertakan bagian tulang yang sehat sejauh 1/2 - 1 cm dan bilamana mungkin tetap mempertahankan kontinuitas tulang.
- Penemuan tumor secara dini sangat membantu untuk mengurangi kemungkinan cacat muka akibat operasi.
- Tumor ini mudah residif, apalagi bila tindakan operasi kurang memadai, oleh karena itu pemeriksaan tindak lanjut baik secara klinik atau radiologik sangat dianjurkan.

PENUTUP

Pada kesempatan ini kami mengucapkan banyak terima kasih kepada dr.Koesoemo Wardoyo M Sc yang telah membantu pengumpulan data dan kepada drg.Coen Pramono dari Bagian Bedah Mulut FKG Unair yang telah mengizinkan kami memakai kasus sebagai ilustrasi, dan pula kepada seluruh Staf & Residen Lab. PA FK Unair atas segala kesempatan dan bimbingan yang telah diberikan sehingga kami dapat menerima bekal untuk membuka cakrawala pandang yang lebih luas dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Anderson W.A.D, Kissane J.M : Pathology vol II 7th ed, The C.V. Mosby Co, Saint Louis 1977, p. 1252 - 1257.
2. Dahlin D.C : Bone Tumors, Charles C. Thomas Publisher, Springfield - Illinois - USA, 2nd ed. 1970, p. 269 - 271.
3. Langland O.E et al : Principles and Practice of Panoramic Radiology , W.B. Saunders Co. Philadelphia 1982, p. 289 - 293.
4. Lucas R.B : Pathology of Tumours of The Oral Tissues, 4th ed, Churchill Livingstone, New York 1984, p. 31 - 53.
5. Madiedo G. et al : Ameloblastoma of the Maxilla with distant metastases and hypercalcemia. Am.J.Clin. Pathol 75: 585-591, 1981.
6. Meschan I : Roentgen signs in Diagnostic Imaging, vol.3: Spine and central Nervous system, 2nd ed., W.B.Saunders Co. Philadelphia 1985, p. 392 - 394.
7. Moore J.R.: Surgery of the mouth and jaws, Black well Scientific Publication, Oxford, London 1985, p. 707 - 709.
8. Regato J.A et al : Ackerman and del Regato's Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis 6th ed, The C.V. Mosby Co. St. Louis - Toronto - Princeton 1985, p.301 - 308.
9. Rosai J.M.D. : Ackerman's Surgical Pathology vol.I 7th ed. The C.V. Mosby Co, St. Louis - Toronto - Washington D.C 1989, p.213 - 217.
10. Sehdev M.K et al : Ameloblastoma of Maxilla and Mandible, Cancer 33: 324 - 333, 1974.

11. Shafer et al : A Textbook of Oral Pathology, 4th ed, W.B. Saunders Co. 1983, p.276-285.
12. Smith R.M et al : Atlas of Oral Pathology, The C.V. Mosby Co, St.Louis - Toronto - London 1981 p.48 - 50.
13. Stafne E.D. ; Gibilisco J.A : Oral Roentgenographic Diagnosis 4th ed, W.B. Saunders Co. Philadelphia - London - Toronto 1975, p.169. - 173.
14. Susanto H.S : Ameloblastoma rahang : Sebuah tinjauan dari segi klinik dan terapi. Tumor kepala dan leher:Diagnosis dan terapi,FKUI Jakarta 1983 hal.89 - 100.
15. Wuehrmann A.H, Manson - Hing L.R : Dental radiology 5th ed, The C.V. Mosby Co, 1981 p.394 - 395 430 - 441.

A2/LP/PVA/H/90

* Dokter dalam pendidikan keahlian Bidang Radiologi pada F.K. Unair / R.S.U.D. Dr.soetomo - Surabaya

** Moderator / Staf pada Lab./U.P.F Patologi Anatomi F.K. Unair / R.S.U.D. Dr.soetomo - Surabaya

*** Moderator / K.P.S pada Lab. / U.P.F Radiologi; F.K. Unair / R.S.U.D. Dr.soetomo - Surabaya

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Lab. / U.P.F Patologi Anatomi F.K. Unair / R.S.U.D. Dr.soetomo.

Surabaya tanggal : 12 Februari 1990.

DR. ELIANA INDRAKUSUMA *

DR. SOEGARTO SOEHARDJO **

DR. RUSTIADJI ***

AMELOBLASTOMA

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

PAMERAN
16 SEP 1994