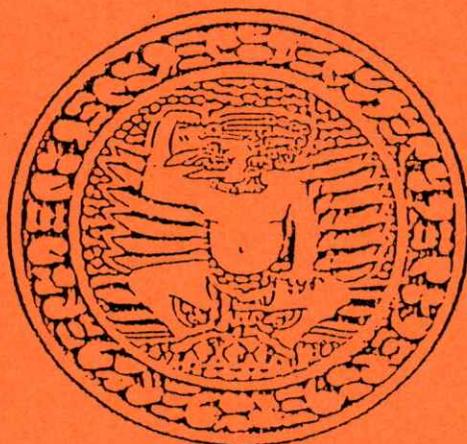


PAMERAN

16 APR 1982

REKONSTRUKSI PADA OPERASI-OPERASI
KEGANASAN DIRONGGA MULUT



MARTATKO MARMOWINOTO, FICS
SUNARTO R.
URIP MURTEDJO

LABORATORIUM ILMU BEDAH
FK UHAIR / RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA

1. MOUTH NEOPLASMS
2. SURGERY, ORAL

KKU

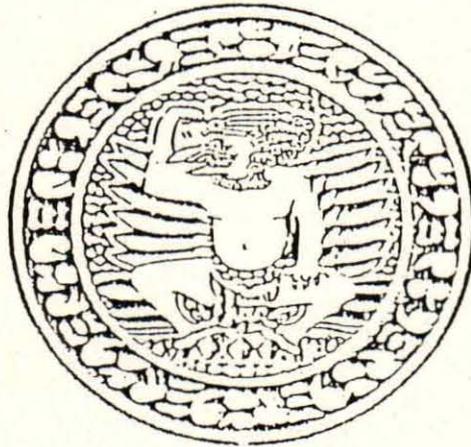
KK

616 . 994 31

Mar

r

REKONSTRUKSI PADA OPERASI-OPERASI
KEGANASAN DIRONGGA MULUT



MARTATKO MARMOWINOTO, FICS
SUNARTO R.
URIP MURTEDJO

LABORATORIUM ILMU BEDAH
FK UNAIR / RSUD Dr. SOETOMO
S U R A B A Y A

Dipersentasikan pada " Panel Diskusi Onkologi "
PIT VI IKABI, Bandung 5-8 Juli 1989.

REKONSTRUKSI PADA OPERASI-OPERASI KEGANASAN DIRONGGA MULUT

MARTATKO MARMOWINOTO, FICS
SUNARTO R.
URIP MURTEDJO

LABORATORIUM ILMU BEDAH
FK UNAIR / RSUD Dr. SOETOMO
S U R A B A Y A

PENDAHULUAN

Rongga mulut dibatasi didepan oleh rima oris dan dibelakang oleh isthmus faucium. Batas cranial oleh palatum durum dan dasarnya oleh dasar mulut, lidah dan gingiva beserta geligi. Bagian mulut dibagian vestibulum oris merupakan tempat yang sempit dengan disana sini didapatkan lekukan-lekukan (recessus). Rongga mulut mempunyai jaringan lymphe yang luas dan berhubungan erat dengan jaringan lymphe dileher.

Adanya keganasan dirongga mulut pada permulaan kadang-kadang sulit dikenal. Kelainan ini baik berupa leukoplakia, erythoplakia ataupun bercak kehitaman yang merupakan stadium dini dari melanoma maligna sulit dibedakan dengan warna gingiva yang sedikit gelap. Warna ini juga menyulitkan pada penderita dengan kebiasaan merokok, dan makan sirih. Tempat-tempat yang tersembunyi direcessus ataupun dispatium retromolare kadang-kadang menyulitkan juga bila didapatkan kelainan yang kecil. Kebiasaan tidak memeriksa rongga mulut sebagai routine juga merupakan sebab tidak terdiagnosanya keganasan dirongga mulut secara dini.

Trismus juga merupakan sebab kenapa pemeriksaan tersebut tidak dapat dilakukan dengan seksama.

Dari tumornya sendiri, besar kecilnya, infiltrasinya, jenis pathologinya, luas tidaknya penyebaran menentukan luasnya excisi tumor dirongga mulut.

Dalam mengelola keganasan dirongga mulut, khususnya dalam masalah rekonstruksi setelah excisi tumor, maka perlu diperhatikan langkah-langkah sebagai berikut :

- I. Planning (perencanaan)
- II. Tehnik excisi
- III. Macam rekonstruksi

I. PLANNING.

Untuk mendapatkan hasil rekonstruksi yang ideal, perlu dilakukan perencanaan secara seksama. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan antara lain :

- a. lokasi tumor.
- b. infiltrasinya.
- c. adanya metastase dileher.
- d. kemungkinan type patologinya.
- e. juga hal-hal lain seperti penyakit yang menyertai, umur, sex dan lain-lain.

Hal-hal ini perlu diperhatikan karena, bagaimana nanti melakukan excisinya.

- berapa luas.
- rekonstruksinya bagaimana.
- alternatif rekonstruksinya bagaimana.

- a. Lokasi tumor : diperiksa dengan teliti apakah tumor tersebut lokal atau telah meluas, multiple atau hanya satu tempat. Tempatnya didepan atau dibelakang, didepan mudah excisinya sedang dibelakang lebih sulit dan perlu approach tertentu.
- b. Infiltrasinya : infiltrasi tumor dilidah kadang-kadang sulit ditentukan karena rasa nyeri waktu diperiksa, sehingga kadang-kadang dilakukan waktu dalam narcose. Infiltrasi tumor didaerah yang sulit seperti trigonum retromolare, basis lidah sukar ditentukan. Infiltrasi kemandibula biasanya lama baru terjadi karena periost dan cortex dari mandibula cukup tebal, kecuali didaerah gingiva tempat masuk N. alveolaris mandibulae dan diforamen mentale.
- c. Metastase regional : Adakah metastase dikelenjar leher, bila ada maka perlu RND atau Commando. Ca. lidah mudah sekali timbul metastase regional karena jaringan lymphe sangat luas.
- d. Pathologinya : Leukoplakia mudah dikenal karena warnanya yang keputihan sedikit meninggi dari sekitar. Well - diff. epidermoid Ca, juga mudah dikenal karena sering berdungkul-dungkul, exfoliatif, mudah berdarah tumbuhnya relatif lambat. Melanoma malignum bercak kehitam-hitaman, cepat sekali melebar dengan pembentukan ulcus ditengah yang mudah sekali berdarah. Beberapa bentuk Ca. rongga mulut memang ada yang tumbuh submuceus dan multiple. Bilamana diperlukan, dilakukan biopsi atau frozen section.

Squamous cell Ca. merupakan 90 % dari Ca. rongga mulut, selebihnya dari kelenjar liur dan lain-lain (6, 11, 12)

Mengenal pathologi sebelum excisi sangat penting, karena menentukan luasnya excisi, dan pula menentukan tujuan therapi, paliatif atau curatif.

- e. Hal-hal lain yang masih perlu diperhatikan ialah penyakit yang menyertai, apakah diabetes mellitus ataupun penyakit jantung, pula umur dan sex menentukan tujuan therapi dan pilihan cara rekonstruksinya, dimana usia lanjut cenderung untuk dapat menerima defect yang terjadi dari pada usia muda.

II. TEHNIK EXCISI.

Excisi dilakukan seluas luasnya sehingga jaringan pathologis terbuang semua. Pada well diff. epidermoid carcinoma jarak tersebut 0,5 - 1 cm, sedang melanoma malignum lebih luas 2 - 3 cm, baik kearah tepi maupun kebagian dasarnya.

Tepi yang pathologis perlu evaluasi lebih teliti, karena sering bersifat indurasi atau pertumbuhan submucosal. Sering hal ini perlu ditetapkan durante operationem dengan frozen section.

Excisi harus yakin bahwa semua jaringan yang pathologis terangkat semua (radikal). Hal ini dapat dicapai dengan melakukan excisi dengan pisau cauther (sehingga tidak terganggu perdarahan) atau melakukan coagulasi sehingga jaringan tumor habis, baru melakukan excisi tajam pada jarak 0,5 - 1 cm dari batas coagulasi dengan ujung pisau yang menghadap kearah luar. Selama proses coagulasi ini harus sering melakukan palpasi untuk mengikutkan indurasi yang ada. Hal ini akan mudah bila tumor masih kecil dan disekitarnya jaringan lunak, tetapi bila dekat gingiva, atau retromolar ataupun 1/3 lidah bagian dorsal dimana jaringannya sendiri cukup padat sulit dilakukan. Dalam hal demikian frozen section dari tepi luka sangat penting.

Excisi pada dasar tumor juga perlu perhatian khusus. Karena kita ingin excisi tersebut radikal, maka kita harus mengikutsertakan pembuangan struktur yang penting, yang tidak kita duga sebelumnya, seperti cabang N. VII, N. lingualis, ductus parotideus Stenon dan lain-lain. Umpamanya Ca. mucosa pipi yang dari luar nampak kecil ternyata dasarnya luas ataupun multiple karena pertumbuhannya yang submuceus. Lokasi-lokasi yang letaknya di 1/3 belakang dari rongga

mulut sering merupakan tempat yang tidak terduga karena itu harus selalu waspada. Hal-hal yang tidak terduga ini sering mengacaukan rencana rekonstruksi kita, karena itu pada lokasi tersebut sebelumnya harus sudah memikirkan alternatif rekonstruksinya.

Masih ada 2 cara excisi lain yaitu Cryo surgery dan Laser surgery yang umumnya untuk kasus-kasus dini (2)

III. MACAM REKONSTRUKSI.

Setelah excisi dilakukan dengan baik, timbul defect yang perlu dilakukan rekonstruksi. Beberapa ahli seperti Mc. GREGOR, ROBINSON, JATIN SAH dan LAM (3,5,7, 8) mengajurkan rekonstruksi sebagai berikut

1. tanpa rekonstruksi.
2. primary suture.
3. skin graft.
4. flap, yang pilihannya tergantung dari :
 - a. lokalisasi.
 - b. defectnya sendiri.
 - c. volume.

Ada beberapa macam flap yang dikenal :

- mucosal flap.
- flap lidah.
- nasolabial flap.
- forehead flap.
- myocutaneous flap :
 - pectoral.
 - latissimus dorsi.
 - trapezius.
- free flap.

5. rekonstruksi pada reseksi rahang :
 - maxilla : prothetic.
 - mandibula :
 - Kirchner wire.
 - costa.
 - crista iliaca.
 - dapat merupakan bagian dari composite free graft.

1. Tanpa rekonstruksi.

Ini dapat dilakukan pada defect dari palatum durum, karena kemampuan epithelialisasi cukup tinggi, defect seluas \emptyset 3 cm sampai 4 cm dapat menutup spontan, asal tetap dijaga kebersihan rongga mulut.

2. Primary suture (penjahitan primer).

Defect yang kecil dengan sendirinya dapat dijahit secara primer, ini dapat dilakukan dilidah ataupun dimucosa pipi.

3. Skin graft (tandur kulit).

Defect yang lebar perlu ditutup dengan skin graft. Yang perlu diperhatikan ialah bahwa kulit tersebut harus difixasi dengan beberapa jahitan kendasarnya (intraoral bolus grafting Mc GREGOR). Hal ini penting karena skin graft yang tercelup saliva akan mudah mati / membusuk karena infeksi. Dianjurkan memakai bolus grafting dari polyurethane. Dalam hal ini perlu dijaga tidak terjadi pooling dari saliva, dengan sering kali mengisap dan membersihkan rongga mulut pada hari-hari pertama sebelum skin graft "take". Ada ahli yang melindunginya dengan menutup dengan sarung tangan dan menjahit mengelilingi defect.

4. Flap.

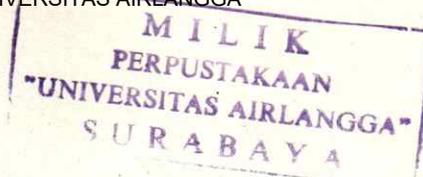
bermacam flap telah dicoba untuk penutupan defect dirongga mulut.

Flap lokal :

- flap mucosa : defect dimucosa ditutup dengan memobilisir mucosa didekatnya. Ini dapat dilakukan dimucosa pipi dengan hasil yang cukup baik.
- flap lidah : sebagian lidah dibelah dan dipakai untuk menutup defect dimucosa pipi. Flap lidah ini tidak dianjurkan bilamana sebagian lidah sudah diinfiltrasi tumor (3, 10)

Flap yang lain sesungguhnya adalah pedicle flap, dimana kulit dengan subcutan, disertai pembuluh darahnya dipakai untuk membentuk lining dari defect mucosa rongga mulut.

- forehead flap : kulit dari dahi dengan subcutis dan arteri temporalis superficialis dipakai untuk menutup defect mucosa pipi yang lebar. Flap ini cukup baik, dan resisten terhadap pooling saliva, tetapi defect didahi kurang baik biarpun telah tertutup dengan Thiersch. Karena panjangnya arteri temporalis superf. sering tidak dapat mencapai permukaan dalam dari sudut bibir.
- nasolabial flap : kulit didaerah sulcus nasolabialis diambil dan dipakai untuk menutup dasar mulut dan mucosa pipi. Ini dapat satu sisi ataupun 2 sisi.
- myocutaneous flap : baik sekali untuk menutup defect yang lebar karena excisi yang luas dari dasar mulut, dimana volume dari defect sangat luas, karena disamping kulit untuk lining mucosa, otot untuk mengisi volume, kadang-kadang disertakan costa untuk mengganti mandibula (composite). Vascularisasinya terjamin karena cabang arteri dan vena ikut serta. Defect dileher karena RND juga dapat diisi.



Ada beberapa macam myocutaneous flap :

- myocutaneous pectoral flap (MCP) dimana memakai m. pectoralis dengan mengikut sertakan r. pectoralis a. thoracoacromialis.
Flap ini cukup baik untuk merekonstruksi dasar mulut setelah Commando atau RND. Kelemahannya ada pada clavícula yang sering mengganggu vascularisasinya.
- myocutaneous latissimus dorsi flap.
memakai m. latissimus dorsi dan a. circumflexa scapulae.
- myocutaneous trapezius flap.
memakai m. trapezius dan a. occipitalis atau a. tranv. scapulae.

Flap-flap ini semua mempunyai kegunaannya sendiri-sendiri, tetapi ROBINSON (7) menganjurkan bahwa yang penting memilih satu atau 2 tehnik dan menguasainya dengan baik, dari pada memakai beberapa tehnik yang tiap kali berubah-ubah memakainya. Untuk ini kami memilih myocutaneous pectoral flap, sebagai tehnik yang kami pilih.

- Free flap , atau microvascular free flap, adalah merupakan tehnologi yang canggih. Karena memakai micro-coop, dalam membuat flap dengan pembuluh darah arteri, vena dan saraf, dan kemudian menyambung-nya dengan arteri, vena dan saraf didaerah defect. Merupakan rekonstruksi yang ideal, tetapi dituntut kualifikasi yang tinggi dari ahli bedahnya, fasilitas yang memadai, team work yang baik dibantu oleh organisasi kamar operasi (operating room set up) yang baik pula. (1, 7)

Ini biasanya dilakukan pada keadaan dimana

- lapangan operasi yang telah mengalami radio-therapi, dimana vascularisasi sangat jelek.

- daerah yang telah mengalami recidif beberapa kali dan diexcisi/rekonstruksi beberapa kali.

- adanya leakage yang disertai dengan infeksi dan keadan umum penderita yang tidak ideal.

Mengingat bahwa rekonstruksi ini memerlukan waktu berjam-jam, maka kami menganjurkan adanya 2 team, team excisi-ablasi dan team rekonstruksi.

5. Rekonstruksi pada reseksi rahang.

Tidak jarang keganasan dirongga mulut menginfiltrasi maxilla atau mandibula. Sehingga excisinya berupa palatum reseksi, reseksi partial dari maxilla, ataupun reseksi dari mandibula. Reseksi maxilla memerlukan rekonstruksi prothetic, lining mucosa dipakai skin graft (Thiersch). Jarang kita menutup defect palatum, dengan prothetic yang dapat dilepas kita dapat menjamin kebersihan

rongga hidung dan sekaligus dapat melakukan follow up dengan baik terhadap adanya recidif.

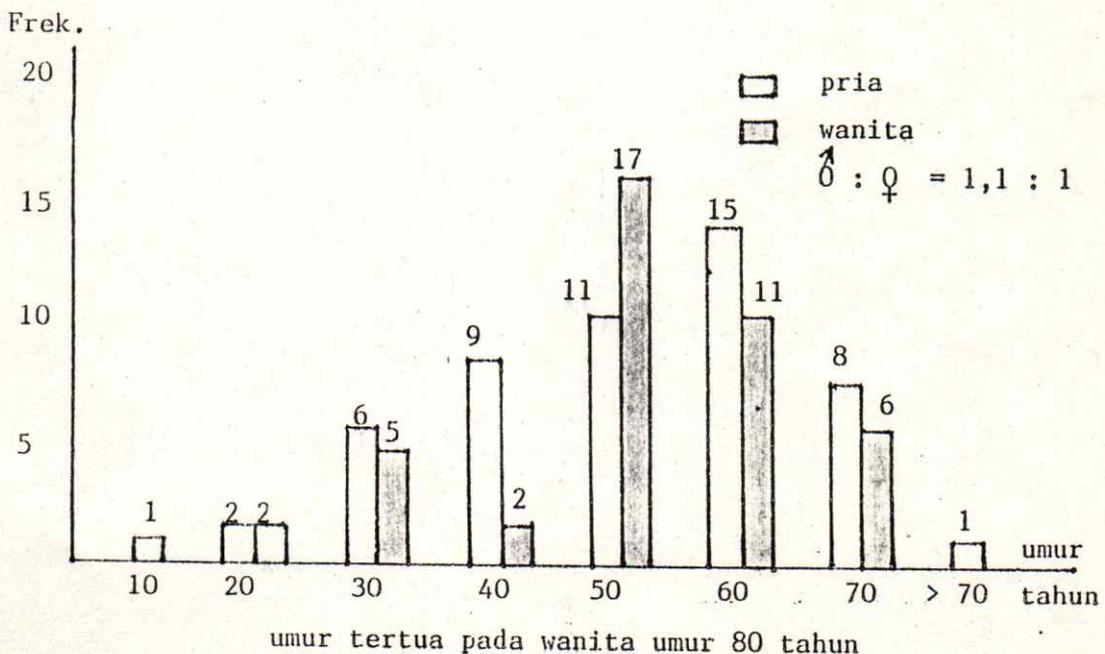
Reseksi mandibula tidak selalu harus dilakukan rekonstruksi. Rekonstruksi memang perlu segera bila mengenai mandibula bagian depan. Bila akan melakukan rekonstruksi dapat dengan Kirschner wire atau tulang. Kami memilih dengan Kirschner wire karena mudah dan murah, dan sedikit komplikasinya dan dapat langsung dilakukan radiotherapi bilamana diperlukan (4) Rekonstruksi dengan costa atau cancelous iliac bone craft mungkin lebih baik tetapi ini berarti melakukan operasi ditempat lain.

DATA - DATA.

Untuk memberi gambaran perihal penderita yang kami hadapi, bersama ini kami utarakan data dari penderita yang dirawat dari tahun 1984 s/d 1988 (5 tahun) di Laboratorium Ilmu Bedah / RSUD Dr. Soetomo seksi Bedah Kepala dan Leher Surabaya. Penderita dicatat dengan Registrasi UICC model ICD-0 T 141 - T 145 Oral Cavity dan kami dapatkan 97 penderita. Perlu kami garis bawahi bahwa registrasi model ini, bibir tidak dimasukkan, jadi gambaran akan lain dengan beberapa penulis. (6, 8, 12)

Perincian sebagai nampak dalam tabel-tabel berikut :

Tabel I
FREKWENSI KEGANASAN RONGGA MULUT
 (1984 - 1988)



Tabel II
 LOKALISASI KEGANASAN RONGGA MULUT
 (1984 - 1988)

Lokalisasi	Frekwensi	%
Mucosa pipi	19	19,5
Gingiva	15	15,5
Palatum durum	4	4
Lidah	45	46,5
Dasar mulut	3	3
Kombinasi	11	11,5
Jumlah	97	100

Tabel III
 MACAM OPERASI

Macam Operasi	Frekwensi
Excisi/wide excisi	35
Hemiglosectomi	2
Reseksi palatum	1
Excisi + reseksi mandibula	1
Excisi + flap mucosa	1
Excisi + Thiersch	5
Excisi + flap lidah	3
Excisi + myocutaneus flap	5
Commando operation	13
Biopsi	27
Biopsi + tracheotomi	2
Gastrostomi	1
Pulang paksa	3
Jumlah	99

Excisi biarpun berupa wide excisi kami usahakan dapat menutup primer ini dapat dilakukan pada mucosa pipi, ataupun di gingiva dan lidah.

Excisi kadang-kadang harus diikuti reseksi mandibula karena telah diinfiltrer, demikian pula pada palatum. Commando dilakukan pada Ca. lidah, yang telah mengadakan metastase kekelenjar leher.

Sebagian hanya dapat dilakukan biopsi, karena waktu staging didapatkan infiltrasi yang luas, sehingga dinyatakan inoperable. Bahkan biopsi ini perlu kami teruskan tracheotomi karena gangguan jalan napas karena infiltrasi tumor didasar mulut.

Gastrostomi dilakukan karena ada leakage setelah excisi dan reseksi mandibula. Tiga penderita memaksa pulang karena inoperable dan tidak mau dirawat lebih lanjut.

RINGKASAN / KESIMPULAN :

Rekonstruksi pada penanganan keganasan dirongga mulut sebaiknya memperhatikan 3 langkah yaitu membuat rencana yang teliti akan segala kemungkinan yang terjadi waktu excisi, organ-organ apa yang hilang atau kemungkinan hilang, sehingga jauh sebelumnya telah dipikirkan hal-hal yang tidak terduga, sehingga dapat mencari alternatif rekonstruksinya.

Excisi diupayakan membuang jaringan pathologis seradikal mungkin dan rekonstruksi dimulai setelah yakin bahwa jaringan pathologi telah hilang.

Keyakinan dapat dibantu dengan frozen section. Beberapa cara rekonstruksi diutarakan, dengan masing-masing kegunaannya. Dalam memilih cara rekonstruksi bukan banyaknya macam rekonstruksi yang penting, tetapi pada beberapa cara rekonstruksi yang dikuasai ahli bedah yang ditunjang oleh fasilitas, team dan organisasi kamar operasi.

SUMMARY AND CONCLUSION :

Reconstruction in the management of malignancies in the oral cavity should be focused on 3 important steps. Detailed plan should be established in the first step. This includes all aspects of excisions, possible excised organs, so that when there is an unexpected evidence it can be anticipated.

Radical excision is mandatory, when in doubt frozen section can be helpful.

Several methods of reconstructions are presented. The surgeons who carries out this operation should be aware that doing one or two methods of reconstructions which he knows very well is better than several methods. So the success of reconstructions depends on the skill of the surgeons, the facilities, the team and the operating room set up.

REFERENCES.

1. ARIYAN, S. Pre operative assessment and staging, 2nd Advanced Course in Head and Neck Cancer Surgery, Singapore, November 24 - 27, 1985.
2. BRADLEY, P.F. The role of Cryo Surgery in intra oral Cancer, Advanced Course in Head and Neck Cancer Surgery, Singapore, November 24 - 27, 1985.
3. LAM K.H. Surgical management of early oral cancer, 3rd Advanced Course in Head and Neck Cancer Surgery, Singapore, 20 - 24 November 1988.
4. MARTATKO, M. Head and Neck Oncology, 3rd Post Grad. Course, Surabaya, 7 - 9 November, 1988.
5. Mc. GREGOR, I.A. and F.M. Mc. GREGOR. Cancer of the face and p. 1-51, Churchill Livingstone. Edinburgh, London Melbourne, New York, 1986.
6. H. MUCHLIS RAMLI Carcinoma Rongga Mulut, Ropanasuri 14 : 3-1985.
7. ROBINSON, P.H. Reconstructive Surgery in the Head and Neck, 3rd - Post Grad. Course Head and Neck Oncology, Surabaya 7 - 9 November 1988.
8. SAH J. Factors affecting choice of treatment, 3rd Advanced Course in Head and Neck Cancer Surgery, Singapore, 20 - 24 November 1988.
9. SUNARTO R, MARTATKO M. Myocutaneous Pectoral Flap pada Penutupan - Defek didaerah Kepala dan Leher, Munas III PABTI Jakarta, 9 - 11 September 1987.
10. SUNARTO R, MARTATKO M. Flap Lidah, Warta IKABI Vol. II No. 1, Februari 1989.
11. URIP MURTEDJO, SUNARTO R, MARTATKO M. Karsinoma Rongga Mulut, Ropanasuri 16 : 3 - 1987.
12. VERMEY A. The treatment of cancer of oral cavity, 3rd Post-Grad. Course Head and Neck Oncology, Surabaya, 7-9 November 1988.

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KOLEKSI KAMPUS : U T A R A
JL. DHARMAHUSADA 47, TELP. 44509
S U R A B A Y A



HARUS DIKEMBALIKAN TANGGAL

