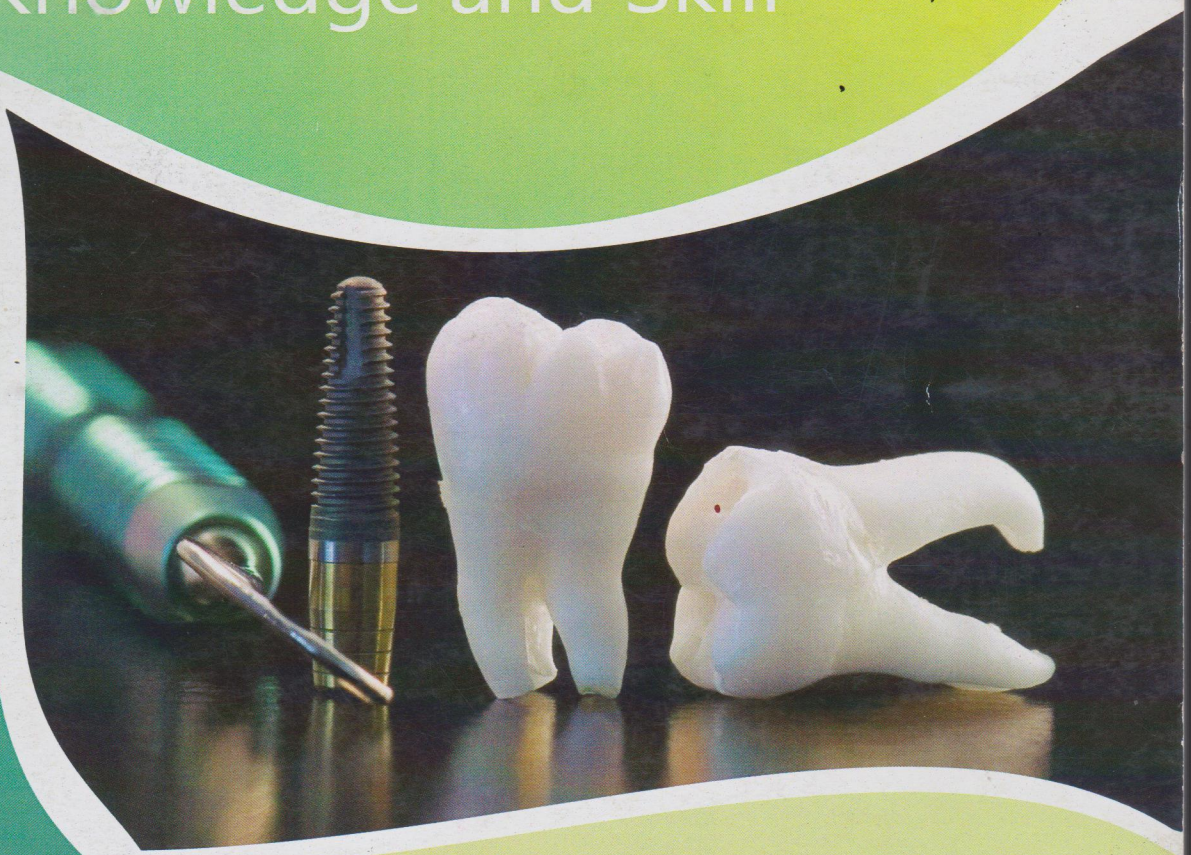
ISBN 978-602-74798-7-6

Proceedings Book

"The ABC's of Dentistry : Knowledge and Skill"



FORKINAS VI

FORUM KOMUNIKASI ILMIAH NASIONAL VI

Editor :

Dr. F.X. Adi Soesetijo, drg., MKes., SpPros | Dr. Didin Erma Indahyani, drg., MKes
Leliana Sandra Devi, drg., SpOrt | Sri Lestari, drg., MKes | Dr. Masniari Novita, drg., MKes, SpOF
Zainul Cholid, drg., SpBM | Dr. Atik Kurniawati, drg., Mkes | Dr. Ristya Widi Endah Yani, drg., MKes

DENTAL FACULTY UNIVERSITY OF JEMBER

OCTOBER 14th-15th 2016

BALAI SERBA GUNA GOR KALIWATES JEMBER
JL. NUSANTARA (GOR PKPSO KALIWATES), JEMBER, EAST JAVA, INDONESIA

ISBN: 978-602-74798-7-6

PROCEEDINGS BOOK

THE ABC'S OF DENTISTRY : KNOWLEDGE AND SKILL

FORKINAS VI
FORUM KOMUNIKASI ILMIAH NASIONAL VI

EDITOR
Dr.drg. Fx.Ady Soesetyo, Sp. Prost
Dr.drg. Didin Erma Indahyani, M.Kes
Drg. Leliana Sandra Devi, Sp.Prost
Drg. Sri Lestari, M.Kes.
Dr.drg. Masniari Novita, M.Kes.
Drg. Zainul Arifin, Sp.BM.
Dr. drg. Atik Kurniawati, M.Kes.
Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani, M.Kes

DENTAL FACULTY UNIVERSITY OF JEMBER

OCTOBER 14TH – 15TH 2016

BALAI SERBAGUNA GOR KALIWATES JEMBER

JL. NUSANTARA (GOR PKPSO) KALIWATES JEMBER, EAST JAVA, INDONESIA

TABLE OF CONTENTS

	Hal
Title Page	
Foreword	3
Table of Contents	4
Main Lecture Program	5
Hands On	6
Oral Presentation	7
Poster Presentation	8
Paper Submit	
1. Distress Potentially Causing The Oral Cavity Diseases Zahreni-Hamzah	15
2. Botox in Dentistry Ulfa Elfiah	25
3. Adenomatoid Odontogenic Tumor Maxilla Dextra – Local Excicion (Case Report) Nugroho Setyawan, David B. Kamadjaja	29
4. Actinic Cheilitis in Fishpond Worker Toni Masruri, Rindang Tanjungsari, Hening Tuti Hendarti	40
5. Oral ulceration due to drug medications (a case report) Manuel D H Lugito	50
6. Pertimbangan Laboratoris Dan Klinis Nilon Termoplastis Sebagai Basis Gigi Tiruan Sebagian Lepasan FX Ady Soesetijo	57
7. Unusual Submandibular Abscess caused by first molar radix : A Case Report Teuku Ahmad Arbi	66
8. Penatalaksanaan Fraktur Simfisis Mandibula Dengan Metode *Closed Reduction* (Laporan Kasus Riska Diana, David Kamadjaja	73
9. Kista Dentigerous Beradang Pada Maksila Ikhram kharis, Fika Rah Ayu, David B. Kamadjaja	88
10. Analysis Effects Of Caffeine On Improvement Osteoclastogenesis And Orihodontic Tooth Movement Herniyati, Leliana Sandra Devi, Happy Harmono	104
11. Learn About The Cause, Symptoms, And Treatment For Infeksi Virus Herpes Simplex Tipe I Cintya Rizki Novianti, Dyah Indartin Setyowati	115
12. Gingivitis Severity of Contraceptives Injection Users Containing Progesteron and Estrogen-Progesteron Hormones on Puskesmas Sumbersari Jember Regency Anjayani Sri Utami, Depi Praharani, Peni Pujiastuti	121
13. Chronic Periodontitis Versus Aggressive Periodontitis: Clinical Case Report Widowati	132
14. Fibroma Pada Regio 11 dan 12 Budi Yuwono	147

Adenomatoid Odontogenic Tumor Maxilla Dextra – Local Excicion (Case Report)

Nugroho Setyawan., David B. Kamadjaja***
**Residen of Oral and Maksilofasial Surgery, Dentistry Medical Faculty of Airlannga University; **Oral and maksilofasial Surgery Staff, Departement of Oral and Maksilofasial Surgery, Dentistry Medical Faculty of Airlangga University*
Coresspondence: nugstanza@gmail.com

Abstract

Background. *Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is reported as relatively infrequent distinc odontogenic neoplasm. It described in literature by different names, like admantinoma, adenoameloblastoma, epitelioma and ameloblastic adenomatoid tumor. Pinborg classified it as an odontogenic epithelial tumor with duct like structures, presenting inductive effect on the conective tissue. AOT is also sometimes reffered to as the two third's tumor, because of its presence in maxilla about 2/3rd cases, occured in 2/3rd young females, 2/3rd associated with impacted teeth and 2/3rd are impacted canines. AOT is mostly asimptomatic.* ***Case manajement.*** *In this case, we presenting an AOT existing in maxilla dextra involving maxillary sinus in 32 years old female, its tumor existed for almost 3 years then removed with an total excicion procedure with a local anesthesia.*

Keywords: adenomatoid odontogenic tumor, maxilla, asimptomatic, total excicion

Pendahuluan

Tumor adenomatoid odontogenik, merupakan salah satu dari jenis tumor jaringan epitelium odontogenik dari ektomesenkimal. Merupakan lesi jinak (*hamartomatous*), merupakan suatu lesi epitelial odontogenik yang sangat jarang, yang banyak didapatkan pada usia dewasa muda, dominan terjadi pada perempuan, umumnya terjadi pada dekade kedua. Umunya lesi ini sering dijumpai pada maksila anterior dan umumnya disebabkan oleh karena adanya impaksi gigi kaninus. Lesi ini disebut juga sebagai pseudoameloblastoma, adeno ameloblastoma, tumor ameloblastik adenomatoid, adamantinoma, epitelioma adamantinum ataupun teratoma odontoma, merupakan nama lain lesi ini sebagai pembeda dengan lesi jinak lainnya (Malik,2008).

Tumor adenomatoid odontogenik merupakan lesi yang hampir menyerupai ameloblastoma, jinak, pertumbuhannya lambat dan rekurensinya rendah. Berdasarkan jaringan pembentuknya, dibedakan menjadi: folikuler (73%), dimana pusat lesi merupakan

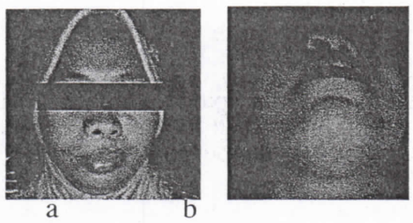
gigi impaksi dan kadang didiagnosa sebagai kista dentigerus atau kista folikuler. Ekstra-folikuler (24%), dimana pusat lesi adalah tidak berhubungan dengan gigi impaksi, umumnya tampak seperti gambaran unilokuler berbatas jelas dengan radiolusen pada bagian didalamnya, diatas atau *super-imposed* mengelilingi akar gigi yang erupsi sempurna dan kadang membentuk suatu kista globulomaksilaatau kista lateral periodontal dan yg terakhir adalah periferal (3%), umumnya muncul dengan bentuk pembengkakan pada gingiva, terlokalisir, pada bagian palatal-lingual dan berhubungan dengan gigi yang terlibat (Malik, 2008).

Tata Laksana Kasus

Pasien wanita usia 32 tahun, datang di klinik Bedah Mulut dan Maksilofasial FKG Universitas Airlanggadengan keluhan utama bengkak dipipi kanan dan gusi rahang atas kanan serta gigi-gigi rahang atas kanan goyang. Bengkak pada pipi kanan dirasakan muncul pertama kali di lipatan gusi rahang atas kanan disertai rasa kemeng, sejak kurang lebih dua tahun yang lalu. Bengkak tidak cepat membesar, hingga sekitar tujuh bulan yang lalu terdapat keluhan hidung tersumbat pada sisi kanan disertai perubahan suara dan gigi-gigi geraham goyang, tidak ada rasa kebas pada benjolan dan pipi kanan, tiga gigi geraham atas kanan lalu dicabut di puskesmas sekitar empat bulan yang lalu, pasien mengeluh luka pada bekas pencabutannya banyak keluar darah dan nanah, namun bengkak tidak pernah mengecil. Tidak ada riwayat alergi, tidak ada riwayat operasi/opname dan sakit yang sama sebelumnya, diabetes dan hipertensi disangkal. Pada pemeriksaan obyektif, didapatkan Kondisi umum cukup dan *vital sign* stabil. Status generalis dalam batas normal. Status lokalis regio maksilofasial, ekstraoral: inspeksi regio maksila hingga zygoma kanan, tampak massa, asimetri, batas tidak tegas, warna sama dengan jaringan sekitar, permukaan tampak rata, tidak ada ulkus/fistel. Palpasi teraba massa, padat keras, *fix*, batas tidak tegas, permukaan halus, tidak didapatkan nyeri tekan.

Pada pemeriksaan intra oral regio maksila kanan, tampak massa, *bulging* dari regio bukal gigi 14 hingga bukal gigi 17, batas tidak tegas, warna sama dengan sekitar, tampak soket gigi 16 terbuka, tepi kemerahan, tidak didapatkan pus spontan, pada bagian palatal dalam batas normal, tidak didapatkan perluasan massa, gigi 16, 15, 14, 36, 37 missing,

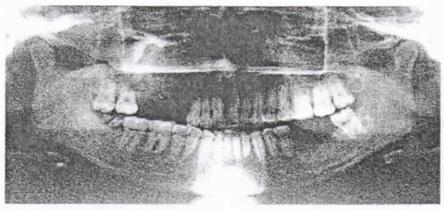
alveolar ridge regio gigi 16, 15, 14 lebih cekung, gigi 48 sisa akar. Palpasi regio bukal gigi 14-17 teraba massa, padat keras, krepitasi pada regio vestibulum gigi 13, 14, kesan kistus, permukaan halus licin, tidak ada nyeri tekan, gigi 16, 15, 14 missing, teraba soket bekas pencabutan gigi 16 terbuka, gigi 13 goyang, bagian palatal intak.



a b

Gambar 1. a

Gambar 2. Tampak klinis ekstraoral



Gambar 3. Panoramik april 2016

Hasil panoramik (gambar.2) didapatkan gambaran massa unilokuler, radiolusen, pada superior regio 16, 15, 14, tampak massa radiolusen berbatas radiopak tipis pada arah antero-superior radix gigi 11, 12, 13, hingga lateral nasal kanan, resorbsi radix horisontal pada gigi 12, 13, terdapat penebalan pada alveolar didaerah mesial gigi 17, alveolar crest regio 16, 15, 14 mengalami resorbsi, batas massa dengan sinus maksila kanan bagian anterior tidak dapat dipisahkan, kesan terlibat massa. Gigi 16, 15, 14, 36, 37 missing. Sisa akar gigi 48.

Hasil pemeriksaan FNAB didapatkan kesimpulan suatu kesan radang kronis supuratif dengan kelompok sel-sel histiosit epiteloid dan membentuk granuloma. Tidak

tampak tanda keganasan. Saran: sebaiknya dilakukan pemeriksaan HPA untuk menyingkirkan adanya proses spesifik. Kemudian dilakukan insisonal biopsi dan didapatkan kesimpulan, maksila dextra; biopsi: adenomatoid odontogenik tumor. Assessement: Tumor maksila dextra klinis jinak suspect Adenomatoid Odontogenik Tumor.

Dilakukan konseling terhadap pasien dan ditentukan rencana perawatan berupa eksisi tumor dengan anestesi lokal dan pencabutan gigi terlibat massa bila perlu. Planning: bila pasien setuju dilakukan tindakan total eksisi dan ekstraksi gigi terlibat tumor dengan lokal anestesi,dengan segala resiko maka mengisi *informed concent* dan *informed to concent* dan cek darah lengkap.

Kontrol ketiga, 25 april 2016. Pasien bersedia dilakukan tindakan dengan segala resiko medis dan membawa hasil pemeriksaan darah terbaru, pasien siap untuk operasi. Pada pemeriksaan obyektif didapatkan kondisi umum: cukup; vital sign stabil. Status generalis: dalam batas normal. Status lokalis regio maksilofasial: tetap. Hasil pemeriksaan darah lengkap dan faal hemostasis dalam batas normal, dengan GDA 121 gr/dL dan hbsAg negatif.

Operasi.

Pre operasi: Dilakukan asepsis intra oral dengan povidone iodine 10% pada daerah operasi dan alkohol 70% pada ektraoral, lalu dipersempit dengan pemasangan duk lubang steril, dilakukan injeksi infiltrasi pada bukal maksila kanan dan blok N.Palatinus mayus dengan xylocain+adrenalin diencerkan menjadi 1:200.000.

Durante operasi: Dilakukan insisi mukoperiosteal flap dengan desain insisi triangular, dimulai dari bagian bukal regio gigi 13, 12 inferior oblik, menuju distal gigi 13 lalu menyusuri puncak rigde 14,15,16 hingga mesial gigi 17. Flap dipisahkan dengan rasparatorium, didapatkan massa sudah menembus tulang pada regio bukal 14,13 terbungkus kapsul dan sebagian tulang bagian bukal telah teresorbsi, terdapat selapis tipis bukal plate pada bagian bukal regio 16, terdapat soket gigi 16 terbuka dan mesial gigi 17 dikelilingi oleh tulang yang intak, eksplorasi dilanjutkan ke arah lebih profundus, didapatkan massa berkapsul, dilakukan enukleasi massa, massa tidak terangkat seluruhnya karena kapsul tidak dapat dipisahkan dari korteks tulang pada bagian maksila kanan,

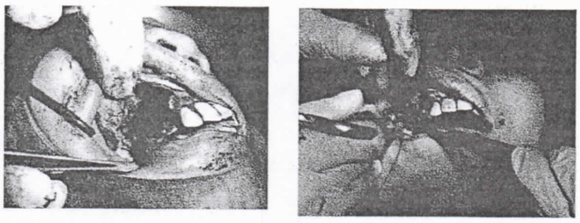
dilakukan eksisi dengan kuret sendok besar, massa sebagian terangkat, sebagian lekat pada tulang, hingga batas lateral nasal kanan dan sinus maksila kanan terisi dengan massa, perkiraan perdarahan +/- 30cc, kualitas serous-sanguin. Dilakukan pencabutan gigi 13 dan 12, dilakukan irigasi dengan perhidrol 3% dicampur dengan povidone iodine 10%, lalu dibilas dengan NaCl 0.9, dilakukan kuretase kembali hingga tampak tulang sehat dan pendarahan baru.

Post operasi: Aplikasi spongostan dan penjahitan flap dengan silk 3.0 sebanyak 15 jahitan simple interupted. Memberi instruksi paca operasi agar menjaga kebersihan luka operasi dan rongga mulut, diet lunak TKTP, obturator dilepas, pro kontrol H+1 dan H+3 dan H+7 post operasi.

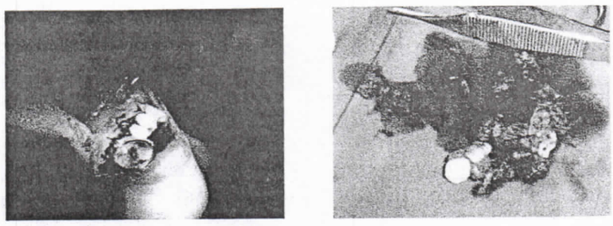
Diberikan resep: amoxycillin tablet 500mg XV 3x1 dan asam mefenamat tablet 500mg X 3x1. Hasil operasi diperiksakan HPA.

Gambar 4. Gambaran massa intraoral (pre-op)

Gambar 5.Tampak massa tumor (durante-op)

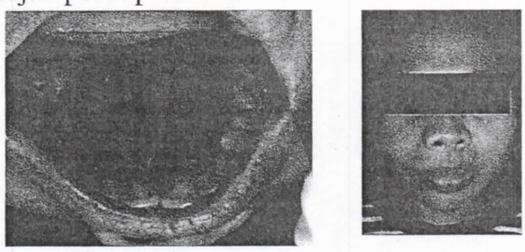


Gambar 6. Rongga tumor&aplikasi spongostan



Gambar 7. Tampak massa dan luka post op.

Kontrol keempat, 26 april 2016, kontrol H+1 post operasi: Keluhan, nyeri dan bengkak pada pipi kanan, kadang darah masih merembes dari luka operasi, hidung tidak terasa buntu, diet lunak, aktivitas normal, pasien mengatakan ada rasa kebas dan tebal pada sekitar pipi kanan, obat masih diminum sesuai anjuran. Pada pemeriksaan obyektif didapatkan bengkak dan sedikit kemerahan pada pipi kanan, batas tidak tegas, terdapat asimetri dan nyeri tekan. Pada pemeriksaan intra oral didapatkan luka operasi pada regio maksila kanan tampak jahitan, utuh, luka operasi kemerahan, terdapat cloth, odem pada regio bukal gigi 14, 13, dan didapatkan nyeri tekan. Pasien diinstruksikan menjaga kebersihan luka operasi, meningkatkan oral hygiene, diet bebas TKTP dan melanjutkan obat. Pasien diinstruksikan kontrol pada hari ketujuh post operasi.



Gambar8. Kontrol h+1 post op.

Kontrol kelima, 05 mei 2014, kontrol H+7 post operasi, pasien mengatakan bengkak pada pipi kanan sudah mengecil, nyeri dan rasa kebas berangsur membaik, obat telah habis diminum, cairan yang merembes dari luka operasi berkurang. Pasien dapat makan minum dengan baik.

Pada pemeriksaan obyektif didapatkan, kondisi umum cukup, tekanan darah: 120/80mmHg, Nadi:82x/m, RR;20x/m, temp: afebris. Status generalis: dalam batas normal, status lokalis regio maksilofasial; Ekstra oral: regio maksila kanan, tampak odem minimal, tidak hiperemi, teraba odem minimal, padat lunak hingga kenyal, batas tidak teraba, nyeri

tekan tidak didapatkan, tidak ada rasa kebas. Pemeriksaan intra oral: regio maksila kanan tampak luka operasi, jahitan utuh, tidak dehisen, odem minimal, kemerahan minimal disekitar margin gingiva, tidak terdapat pus/darah, gigi regio 13, 14, 15, 16 missing. Palpasi: teraba luka operasi, odem minimal, terdapat bagian yang teraba padat lunak hingga padat keras, teraba batas tulang pada distal gigi 12, mesial gigi 17 dan bagian palatal intak, benang jahitan fix, tidak terdapat krepitasi, nyeri tekan tidak didapatkan.

Hasil HPA post operasi , no. PA (T.2887/16),

Makroskopik: diterima 2 tempat sediaan,

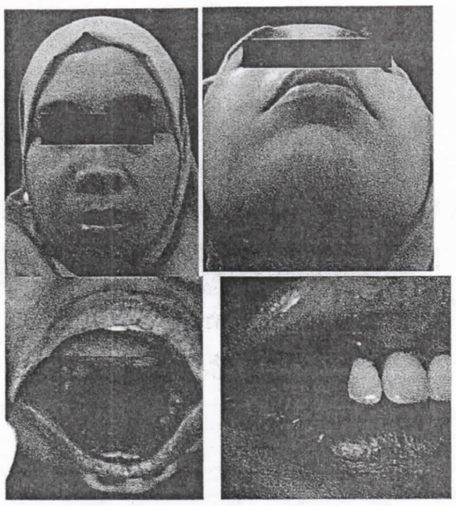
1. Berisi potongan-potongan jaringan berat total 4.3gr ukuran 0.4x0.2x0.2cm - 1.2x0.6x0.5cm, warna putih abu-abu, kecoklatan, padat kenyal. Diproses dalam 1 kaset (kaset I).

2. Berisi potongan-potongan jaringan berat total 9.5gr ukuran 0.7x0.5x0.3cm – 4x4x0.5cm, warna putih abu-abu, kecoklatan, padat kenyal. Diproses dalam2 kaset (kaset II dan III).

Mikroskopik: kedua sediaan menunjukkan gambaran serupa, yaitu potongan jaringan mengandung pertumbuhan tumor, terdiri dari proliferasi sel-sel berinti bulat, kromatin halus, sitoplasma cukup, tersusun membentuk duct-like stucture dan rosette. Mitosis 0/10HPF. Tidak tampak tanda-tanda keganasan.

kesimpulan: maxilla sinistra, operasi: adenomatous odontogenic tumor

Planing: irigasi h2o2+irigasi NaCl, aff jahitan, instruksi post operasi, diet bebas TKTP, menjaga kebersihan luka operasi dan rongga mulut, pro kontrol evaluasi 1 bulan post operasi.



Gambar 9. Ekstra oral & Intraoral H+7 post op.

Pembahasan

Tumor adenomatoid odontogenik, adalah suatu tumor yang berasal dari jaringan epitel odontogen dengan struktur menyerupai duktus dan sangat bervariasi dalam hal pengaruh dan induksi ke jaringan sekitarnya. Tumor mungkin dapat berupa sebagian kistik, dan pada beberapa kasus dapat berupa massa/lesi solid ataupun dapat berupa massa yang lekat pada dinding suatu kista yang besar. Secara umum massa ini dapat disimpulkan bukan berarti suatu neoplasma. Pada 500 kasus yang diteliti, tumor ini terjadi pada mayoritas perempuan, pada usia dekade ke-dua, dan secara radiografis pada kebanyakan kasus tumor adenomatoid odontogenik, mempunyai gambaran menyerupai kista folikuler, karena kebanyakan pada kasus tumor ini berhubungan dengan adanya impaksi atau gigi yang tidak tumbuh. Gigi kaninus rahang atas yang impaksi sering dikaitkan dengan kasus tumor adenomatoid odontogenik. Tumor ini dapat dibedakan menjadi jenis folikuler, ekstra-folikuler dan periferal. Adapun disebut suatu adenoameloblastoma, pada akhir ini dinilai kurang tepat karena tumor ini tidak agresif dan tidak perlu mendapat terapi yang agresif dengan rekurensi yang rendah (Booth, 2007).

Dalam uraian patologis, tumor adenomatoid odontogenik merupakan suatu tumor jinak yang jarang didapati dan berasal dari epitel odontogen. Pertumbuhannya lambat dan

asimptomatik. Secara makroskopis, tumor ini mempunyai gambaran sferis, bertepi tajam dan dibatasi oleh kapsul fibrous yang tebal. Potongan melintang dapat menunjukkan adanya sebagian rongga yang kistik atau terisi massa tumor seluruhnya. Umumnya sering dijumpai bagian mahkota gigi yang impaksi didalam bagian kavitas massa tersebut sehingga menyerupai suatu gambaran kista dentigerus pada pemeriksaan radiografis. Pada gambaran mikroskopis dengan pembesaran rendah, tampak adanya dinding jaringan ikat kistik yang bervariasi dalam ukuran dan terdapat sel epitel odontogen dengan nodul yang solid. Yang membedakan adalah adanya proliferasi dari sheets, nests dan cords dari sel epitel yang berbentuk ductlike spaces dalam suatu stroma jaringan ikat. Lumen dari ductlike spaces tersebut dapat kosong atau terisi beberapa sel debris. Trabekula dari epitel dapat muncul diluar atau perifer dari lesi. Sedangkan nodul dapat memberi bentukan rossettelike. Pada pembesaran tinggi, terdapat variasi kalsifikasi antara jaringan tumor yang dipenuhi oleh eusinofil yang heterogen dan mengandung kolagen fibril. Komponen epitel menunjukkan populasi sel ganda yang berbentuk polihedral, berspindel, kuboidal hingga kolumnar. Sel epitel dapat menunjukkan gambaran agregasi swirl nodule pattern dan kadang dijumpai gland-like pattern yang diawali adanya bentukan ductlike spaces. Formasi ductlike spaces kadang tidak banyak dijumpai pada setiap kasus OAT. Pewarnaan imunohistokimia pada tumor ini menunjukkan adanya gambaran epitel odontogen dan foci yang termineralisasi. Keratin tidak tampak meskipun terdapat sel-sel tumor. Sel-sel duct-lining menunjukkan kesamaan dengan sel preameloblastik. Karena hampir seluruh kasus AOT merupakan lesi berkapsul, tindakan enukleasi dan kuretase dapat menjadi suatu pilihan terapi dan rekurensi adalah ini adalah 1 dari 499 kasus (Kolareth, 2003).

Kesimpulan

AOT pada sinus maksila adalah suatu kasus tumor jinak epitel odontogen yang jarang terjadi, umumnya lesi ini lebih cenderung menjadi suatu kista odontogen dan asimptomatik. Menurut klasifikasi Thoma, adalah berdasarkan sel jaringan asal, hal tersebut dijelaskan bahwa, efek dari induksi oleh satu jaringan (epitelium) pada jaringan lain (mesenkimal) merupakan patogenesis dari tumor. Mereka mengklasifikasikan tumor menjadi tiga bagian besar, antara lain: lesi primer berasal dari epitelium, lesi predominan dari mesenkimal, grup

campuran- baik dari epitelial maupun mesenkim yang membentuk formasi suatu lesi(John, 2010). Sedangkan menurut Pinborg (WHO classification), klasifikasi berdasarkan prinsip embriologi, yang mana adanya induksi pada satu sel selama proses embriologi akan mempengaruhi sel yang lain. Pada tumor odontogenik, jaringannya berasal dari ektodermal, dimana berasal dari enamel atau jaringan asal. Sedangkan tumor non-odontogenik pada tulang rahang, diperkirakan berasal dari lesi yang berbeda dan berlainan jaringan asalnya(Kolareth, 2003). Penegakan diagnosis dapat dilakukan setelah didapatkan suatu assessement atau diagnosa sementara, yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan obyektif. Golden standard pemeriksaan adalah berupa penunjang foto x-ray (panoramic), dari hasil panoramik, didapatkan gambaran berupa lesi radiolusen, berupa massa unilokuler, radiolusen, pada regio superior 16, 15, 14, tampak massa radiolusen berbatas radiopak tipis pada arah antero-superior radix gigi 11, 12, 13, hingga lateral nasal kanan, resorbsi radix horisontal pada gigi 12, 13, terdapat penebalan tulang alveolar didaerah mesial 17, alveolar crest regio 16, 15, 14 mengalami resorbsi, batas massa dengan sinus maksila kanan bagian anterior tidak dapat dipisahkan, kesan terlibat massa. Lalu penunjang ditegakkan dengan suatu pemeriksaan patologi berupa FNAB dan Insisional Biopsi dan didapatkan kesimpulan suatu tumor adenomatoid odontogenik.

Tumor adenomatoid odontogenik adalah suatu lesi non-invasif odontogenik jinak dengan progres lambat. Umumnya intraosseus tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi pada periferal(jarang). Dibatasi kapsul jaringan ikat, dapat muncul sebagai massa solid atau single cystic(Batra, 2005). Tumor ini secara radiologis dapat dibagi menjadi folikuler(pericoronal) dan ekstrafolikuler. Bentukannya dapat dibedakan berdasarkan lesi radiolusen hampir bulat, yang berbatas jelas yang mengelilingi akar gigi, mahkota pada gigi impaksi atau superimpose pada daerah akar gigi atau gigi yang impaksi yang terlibat. Erosi dan penipisan korteks alveolar dapat terjadi, utamanya pada jenis ekstraosseus(Garg, 2009).

Pada laporan kasus diatas, pasien dilakukan total eksisi dan ekstraksi gigi terlibat dengan lokal anestesi sebagai pilihan terapi. Hal ini sesuai dengan tatalaksana penanganan lesi jinak rongga mulut. Prosedur tindakan dilakukan berdasarkan pemeriksaan pada pasien dan ditegakkan dengan pemeriksaan penunjang radiografis dan patologis. Informed concent dan informed to concent serta konseling sebelum tindakan dilakukan pada pasien dan

pasien telah mengerti segala resiko medis serta prognosa dari tindakan yang direncanakan. Adapun pilihan terapi berupa tindakan dengan lokal anestesi dilakukan karena pasien tidak bersedia untuk dilakukan dengan prosedur general anestesi dan rawat inap.

Hampir secara keseluruhan, tumor adenomatoid odontogenik dapat dilakukan treatment dengan metode *conservative-enucleation* diikuti dengan kuretase akan memberikan hasil yang baik dan memberikan prognosis baik dengan metode pengambilan in toto. Rekurensi dapat dianggap rendah meskipun terjadi dalam beberapa kasus. *Follow-up* dan kontrol berkala lebih lanjut diperlukan untuk perkembangan dari tindakan yang dilakukan pada terapi AOT (Passi, 2015).

Pustaka

1. Neelima Abdul Malik., JP Medical Publisher. 2008. Text Book of Oral and Maksilofasial Surgery 2nd Ed.
2. Booth., Maxillofacial Surgery Vol.II 2nd Ed. C.75-P1468. Elsevier. 2007.
3. Balaji, S.M., Text Book Of Oral and Maksilofacial Surgery. Elsevier. New Delhi. 2007.
4. Danudiningrat, C.P., Kista Odontogen dan Non Odontogen. Airlangga University Press. 2006.
5. Handschel et al., head and face med. licenced biomed central ltd. 2005. Aug 24:1-4. Adenomatoid odontogenik tumor of the mandible:review literature and report of a rare case.
6. Passi et al., global journal of oral science. 2015. Vol. I: 34-38. Adenomatoid odontogenik tumor of maxillary sinus-a diagnostic dilemma: case report and brief literature review.
7. John et al., JOMFP. 2010. jul-dec; 14(2):59-62. Adenomatoid odontogenik tumor associated with dentigerus cyst in posterior maxilla: a case report and review of literature.
8. Kolareth et al. 2003. Pathologic diagnosis: archieve of pathology&laboratoty med. March.vol.127:3.P:173-174).
9. Batra et al. 2005. Adenomatoid odontogenic tumor. J Can Assoc. 71(4):250-3.
10. Garg et al. 2009. Adenomatoid odontogenic tumor-hamartoma or true neoplasm: a case report. Journal of science. Vol51. No1.155-159