



Litratue Review

Penatalaksanaan Kasus Ameloblastoma Unikistik dan Multikistik

The Maintenance of Ameloblastoma Unicystic and Multicystic

Muhammad Bakhrul Lutfianto*

Departemen Bedah Mulut, Program Studi Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jalan Brawijaya, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Indonesia.

Received date: August 7th, 2018; reviewed date: September 4th, 2018; revised date: March 28th, 2019; accepted date: April 12nd, 2019
DOI: 10.18196/di.8102

Abstrak

Ameloblastoma adalah suatu tumor epitelial odontogenik yang berasal dari jaringan pembentuk gigi yaitu jaringan pembentuk email yang tidak mengalami diferensiasi pada saat proses pembentukan gigi. Beberapa karakter yang sering dijumpai adalah bersifat jinak, tumbuh lambat, penyebarannya lokal invasif dan destruktif serta mengadakan proliferasi ke dalam stroma jaringan ikat. Tumor ini mempunyai kecenderungan untuk kambuh apabila tindakan operasi tidak memadai. Studi pustaka kali ini akan dibahas mengenai penatalaksanaan ameloblastoma multikistik dan unikistik untuk mendapatkan penatalaksanaan kasus yang memadai dan hasil perawatan yang optimal.

Kata Kunci: Ameloblastoma multikistik; Ameloblastoma unikistik; Penatalaksanaan kasus

Abstract

Ameloblastoma is an odontogenic epithelial tumor originating from tooth-forming tissue, which is an email tissue that does not undergo differentiation during the process of forming teeth. Some of the characters that are often encountered are benign, slow-growing, locally invasive and destructive, and proliferation into the connective tissue stroma. This tumor tends to recurrent if surgery is inadequate. This literature study would discuss the management of multicystic and unicystic ameloblastoma to obtain adequate case management and optimal treatment outcomes.

Keywords: Multicystic ameloblastoma; Unicystic ameloblastoma; Case management

PENDAHULUAN

Ameloblastoma sampai saat ini masih menjadi subjek yang sangat menarik pada kajian-kajian literatur internasional. Sayangnya, sampai saat ini penatalaksanaan yang paling disepakati adalah tindakan agresif, belum ada konsensus tentang faktor biologis neoplasma ini dan bagaimana perawatan terbaiknya. Opini yang masih kontroversial, khususnya di waktu

terdahulu, telah meninggalkan suatu pendidikan/ilmu namun sekaligus menjadi hal yang masih membingungkan, hal ini akan diwariskan pada generasi selanjutnya khususnya bagi ahli bedah untuk mengambil hikmah dan mengembangkannya sebagai suatu bukti klinis yang kuat. Menurut pendapat saya, neoplasma ini membutuhkan pendekatan yang agresif dan dapat diobati (*curable*). Meskipun demikian, sejumlah metoda

* Corresponding author, e-mail: bakhrul.lutfianto@yahoo.com

pendekatan yang direkomendasikan, berkisar dari enukleasi sederhana dan kuretase sampai reseksi. Di bawah ini akan dibahas mengenai penatalaksanaan ameloblastoma multikistik dan unikistik.

PEMBAHASAN

Penatalaksanaan dan Prognosis Ameloblastoma Tipe Solid atau Multikistik

Ameloblastoma tipe solid atau multikistik secara radiologis, cenderung terlihat menginfiltrasi di antara trabekula tulang kancellus intak pada perifer tumor sebelum terjadi resorpsi tulang. Tepi tumor yang sebenarnya dapat terlihat secara radiografis ataupun klinis. Usaha untuk menghilangkan tumor dapat dilakukan dengan kuretase, meskipun akan meninggalkan pulau-pulau kecil tumor di dalam tulang, yang di kemudian hari akan menimbulkan kekambuhan. Harus disadari bahwa hal ini adalah penyakit persisten yang berbentuk tumor dimana tidak bisa dikontrol sepenuhnya sejak awal. Saat sejumlah kecil tumor tertinggal, bisa membutuhkan waktu bertahun-tahun sebelum penyakit persisten ini menjadi nyata secara klinis maupun radiografis, dan membutuhkan waktu juga bagi ahli bedah untuk memberitahukan kepada pasien agar diobati.¹

Berkaitan dengan sifat infiltratif dan agresifitas yang tinggi terutama pada ameloblastoma solid atau multikistik, saya merekomendasikan reseksi tumor 1 cm linier pada tulang sehatnya (Gambar 1).

Tepian tulang linier ini harus dikonfirmasi dari spesimen radiografis intra operasi. Tepi jaringan lunak merupakan manajemen terbaik berkaitan dengan prinsip tepian barrier anatomis dimana area yang tidak terlibat ini akan dikorbankan sebagai batas tepian spesimen. Ketika batas seluruh jaringan lunak dan keras dibuktikan negatif secara histologis, pasien dianggap sembuh dari neoplasma ini. Sayangnya, setiap penanganan yang kurang agresif diawatirkan pasti persisten dan ditemukan pada suatu waktu pasca operasi. Meskipun

adakalanya ameloblastoma yang ada bersifat radiosensitif, namun sebaliknya, tumor jinak ini harus dilakukan terapi bedah kuratif, terapi radiasi masih dipertanyakan dalam upaya penyelamatan pasien dengan kasus ini.

Penatalaksanaan dan Prognosis Ameloblastoma Unikistik

Ameloblastoma unikistik sering terlihat pada pasien usia muda, dengan 50% tumor-tumor ini didiagnosa selama dekade kedua kehidupan. Rata-rata umur pasien yang dilaporkan adalah 22,1 tahun, dibandingkan dengan varian solid atau multikistik sebesar 40,2 tahun. Lebih dari 90% jenis tumor ini ditemukan pada mandibula, khususnya pada regio molar/ramus.²

Tahun 1970, Vickers dan Gorlin mempublikasikan penemuan mereka berkaitan dengan perubahan histologis neoplastik dari epitel ameloblastoma. Perubahan-perubahan histologis itu adalah (1) hiperkromatisme inti sel basal pada epitel pelapis kavitas kistik, (2) *palisading* (berjajar seperti pagar) dan polarisasi inti sel basal spitel pelapis kavitas kistik, dan (3) vakuolisasi (pembentukan vakuola) sitoplasma, khusus pada sel basal pelapis kistik (Gambar 2). Hal ini menandakan penampakan histopatologis awal dari neoplasia. Ameloblastoma unikistik mengacu pada pola proliferasi epitel yang telah digambarkan pada kista dentigerus rahang dimana tidak memperlihatkan kriteria histologis ameloblastoma.¹

Kesatuan pemahaman yang dapat dibagi menjadi beberapa pertimbangan berdasarkan pada penampakan klinis, radiografis, dan patologis. Banyak kasus, jenis ameloblastoma ini ditangani lebih konservatif daripada jenis solid atau multikistik dengan derajat kesembuhan yang sama.¹ Radiolusensi unilokular, menyerupai kista dentigerus, merupakan ciri terbanyak pada gambaran radiografis (Gambar 2). Kebanyakan ameloblastoma unikistik terlihat radiolusensi unilokular.

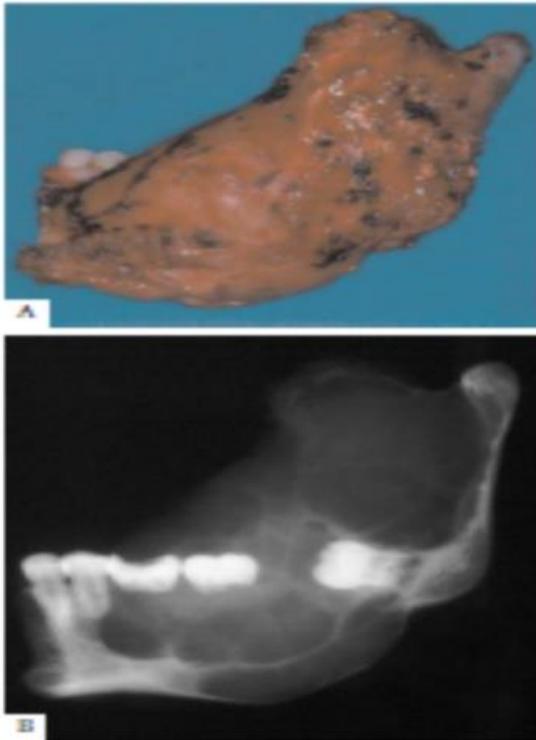
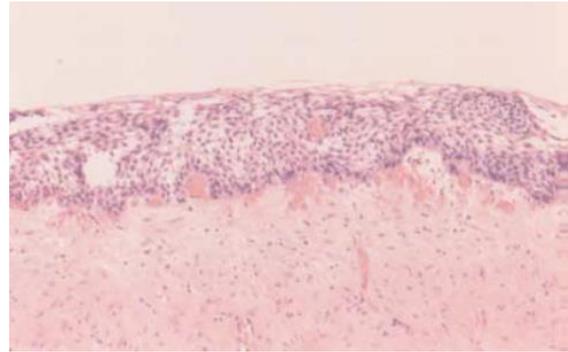


FIGURE 30-20 A, Treatment of the ameloblastoma of the patient in Figure 30-17 required a disarticulation resection of the left mandible. B, The effectiveness of the bony linear margin should always be evaluated by intraoperative specimen radiographs.

Gambar 1. (A) Penanganan ameloblastoma pada pasien memerlukan reseksi disartikulasi mandibula kiri. (B) Efektivitas tepi tulang harus selalu dievaluasi dengan radiografis.¹



Gambar 2. Area radiolusensi unilokular sebaiknya didiagnosis bandingkan dengan kista dentigerus atau kista odontogenik yang lain



Gambar 3. Gambaran histopatologis dari lesi Gambar 2 memperlihatkan ameloblastoma unikistik luminal. Terlihat gambaran hiperkromatisme inti sel basal pada epitel pelapis kavitas kistik, (2) *palisading* (berjajar seperti pagar) dan polarisasi inti sel basal spitel pelapis kavitas kistik, dan (3) vakuolisasi (pembentukan vakuola) sitoplasma, khusus pada sel basal pelapis kistik. Teknik pewarnaan haematotoksilin eosin, diamati menggunakan mikroskop cahaya dengan perbesaran 40x.

Tiga varian histopatologis dari ameloblastoma unikistik ialah dideskripsikan dan berakibat pada penanganan dan prognosis. Pada jenis *ameloblastoma unikistik luminal*, tumor dibatasi permukaan luminal kista. Lesi terdiri atas dinding kista fibrosa dengan dilapisi oleh epitel ameloblastik. *Ameloblastoma unikistik intraluminal* terdiri atas 1 (satu) atau lebih nodula ameloblastoma, proyeksi dari pelapis kistik ke dalam lumen kista. Nodula-nodula, relatif besar atau kecil, mengisi lumen kista, dan harus dicatat adanya pola pleksiformis menyerupai pola yang terlihat pada ameloblastoma unikistik. Pada varian ketiga, dikenal sebagai *ameloblastoma unikistik mural*, dinding fibrosa kista terinfiltrasi oleh jenis ameloblastoma folikuler atau pleksiformis. Luas dan dalamnya infiltrasi ameloblastik sangat bervariasi.¹ Patogenetika, ameloblastoma unikistik terlihat mempunyai kapasitas proliferasi di antara *odontogenic keratocyst* dan ameloblastik solid / multikistik.¹

Penanganan dan Prognosis Ameloblastoma Unikistik

Penampakan klinis dan radiografik pada kebanyakan kasus ameloblastoma unikistik menyiratkan bahwa lesi tersebut adalah suatu kista odontogeik, seringnya adalah kista dentigerus. Dalam keadaan ini, ahli bedah sebaiknya secara rutin membuka lesi “kistik” itu dan mencari proliferasi luminal dari tumor tersebut. Jika memungkinkan, pemeriksaan histopatologi prosesnya harus dilakukan dengan *frozen section*. Hal ini khususnya dilakukan jika berhadapan dengan kista yang besar. Dengan diagnostik histologis ameloblastoma unikistik, ahli bedah dapat meminta ahli patologi untuk mendapatkan *multiple sections* pada berbagai tempat dari spesimen untuk mengklasifikasikan lebih dalam secara tepat varian dari ameloblastoma unikistik. Ketika elemen-elemen ameloblastik dibatasi oleh lumen dari kista dengan atau tanpa perluasan intralumen tumor, enukleasi sangat dimungkinkan sebagai tindakan kuratif kasus ini. Ketika dinding kista diganggu oleh tumor seperti pada varian mural atau unikistik, penanganan bedah yang tepat cukup kontroversial. Jika diagnosis ini dibuat pascaoperasi, ahli bedah dapat berharap untuk memakai pemeriksaan tindak lanjut indefinitif (*indefinite follow-up examinations*) pada pasien. Jika preoperasi biopsi insisional menghasilkan diagnosis ameloblastoma unikistik **mural**, ahli bedah dapat merekomendasikan reseksi tumor mengacu fakta bahwa varian ini adalah ameloblastoma unikistik yang mempunyai persistensi tinggi daripada ameloblastoma unikistik luminal atau intraluminal. Penanganan varian luminal atau intraluminal dari ameloblastoma unikistik adalah enukleasi dan kuretase.

Rerata rekurensi dari seluruh ameloblastoma unikistik dilaporkan sebanyak 10-20% setelah enukleasi dan kuretase. Angka ini lebih rendah signifikan daripada enukleasi dan kuretase pada ameloblastoma tipe solid atau multikistik. Pertanyaan kemudian timbul adalah kapan

waktunya mereseksi ameloblastoma unikistik. Ada tiga hal yang memerlukan tindakan tersebut. Pertama adalah ameloblastoma unikistik rekuren. Suatu tumor yang kambuh setelah enukleasi dan kuretase yang meskipun dilakukan dengan sangat baik sebaiknya dilakukan pendekatan dengan reseksi yang lebih agresif. Kedua adalah ameloblastoma jenis mural. Jenis ini merupakan ameloblastoma unikistik yang lebih agresif dibandingkan jenis luminal dan intraluminal berkaitan dengan adanya tumor pada dinding kista dan lebih dekat ke tulang sekelilingnya. Hal ini terlihat secara logis untuk melakukan pendekatan bedah pada tumor ini, serupa halnya pada ameloblastoma tipe solid atau multikistik. Indikasi akhir untuk dilakukan reseksi adalah penanganan masa tumor yang besar.¹

Penatalaksanaan yang tepat masih diperdebatkan. Tingkat rekurensi berkisar antara 55-90% setelah perawatan secara konservatif.^{2,3} Mengingat besarnya tingkat rekurensi tersebut, pendekatan secara radikal (reseksi) dapat dipertimbangkan sesuai indikasi, meskipun berakibat hilangnya sebagian tulang rahang, *bridging plate titanium* dapat digunakan untuk mengganti sebagian tulang yang hilang dan berfungsi sebagai alat rekonstruksi. Dapat juga rekonstruksi dengan memasang tandur ahli tulang kalau mungkin bisa dikerjakan.

Indikasi perawatan ditentukan berdasarkan luas dan besarnya jaringan yang terlibat, struktur histologis dari tumor dan keuntungan yang didapat.^{4,5} Menurut Ohishi indikasi perawatan konservatif adalah pada penderita usia muda dan ameloblastoma unikistik. Sedangkan indikasi perawatan radikal adalah ameloblastoma tipe solid dengan tepi yang tidak jelas, lesi dengan gambaran *soap bubble*, lesi yang tidak efektif dengan penatalaksanaan secara konservatif dan ameloblastoma ukuran besar.⁶ Penatalaksanaan secara radikal berupa reseksi segmental, hemimandibulektomi dan reseksi marginal (reseksi enblok).

Rekonstruksi mandibula adalah ditinjau dari fungsi dan kosmetik, organ ini mempengaruhi bentuk wajah, fungsi bicara, mengunyah dan menelan. Beberapa cara yang dapat dipakai antara lain dengan menggunakan bahan aloplastik, misalnya *bridging plate titanium autogenous* dan *bone grafting* misalnya cangkok tulang iga, krista iliaka dan tibia serta dapat juga secara kombinasi aloplastik material dengan *autogenous bone grafting*.

Perawatan pasca operasi reseksi mandibula yaitu medikasi antibiotik dan analgetik, tidak perlu intermaksila fiksasi. Hindarkan trauma fisik pada muka atau rahang karena dapat menyebabkan fraktur mandibula. Jaga oral hygiene hingga luka operasi sembuh sempurna. Diet lunak dipertahankan 4-6 minggu. Jika diperlukan dapat dibuatkan prostesa gigi setelah dipertimbangkan bahwa telah terjadi *internal bone remodelling* tulang mandibula, lebih kurang 6 bulan pasca operasi.^{7,8}

KESIMPULAN

Ameloblastoma solid atau multikistik, direkomendasikan untuk dilakukan reseksi tumor 1 cm linier pada tulang sehatnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Miloro M. *Peterson's Principle of Oral and Maxillofacial Surgery*. London: BC Decker Inc. 2004; 504-583.
2. Neville BW. Damn DD. Alen CM. Boiqout JE. Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd Edition. Philadelphia: WB Saunders Co. 2009; 512-518.
3. Gorlin RJ. Goldman HM, *Thoma's Oral pathology*. St.Louis: CV Mosby Company. 2011; 481-489.
4. Laskin DM. Carlson ER. *Clinician's Handbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2nd Edition. USA: Quintessence Publishing. 2019; 568-570
5. Kruger G.O., *Text Book Of Oral Surgery*. (4th ed.). St. Louis: Mosby Co. 1974; 568-570.
6. Sampson DE, Pogrel MA., *Management Of Mandibula Ameloblastoma The Clinical Basis For Tratment Alogaritm*. *J Oral Maxillofacial Surgery*, 1999; 57(9): 1074-1077
7. Rankow E.M., *An Atlas Of Surgery Of The Face, Mounth And Neck*, Philadelphia: WB Saunders Co. 1962; 76-95.
8. Keith D.A., *Atlas Of Oral And Maxillofacial Surgery*, WB Saunders Co. 1992; 99-101.