

Majalah

ISSN 1410-0746

# PABMI

Conch



Majalah PABMI	No. 3	Tahun XVI	Hlm 93 - 126	Oktober 2012	ISSN 1410-0746
------------------	----------	--------------	-----------------	--------------	-------------------

Majalah

ISSN 1410-0746

# *PABMI*

Indonesian Journal of Oral and Maxillofacial Surgeons



Diterbitkan Oleh :

**Persatuan Ahli Bedah Mulut dan Maxillofacial Indonesia**

Majalah

# PABMI

Indonesian Journal of Oral and Maxillofacial Surgeons



ISSN 1410-0746

## SUSUNAN DEWAN PENYUNTING

Ketua Penyunting :

Tis Karasustina

Wakil Ketua Penyunting:

Herman Hambali

Penyunting Pelaksana:

Alwin Kasim

Asri Arumsari

Andi Tajrin

## Penyunting Ahli (Mitra Bestari) :

Tet Soeparwadi (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran)

Sunardi Mangunjaya (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran)

Soedarto (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga)

Setyo Harnowo (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hang Tuah)

Harmas Yazid Yusuf (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran)

Coen Pramono (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga)

Eddy A. Fattah (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia)

Soelistiyono (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gajah Mada)

Syafruddin Hak (Rumah Sakit Anak & Bersalin Harapan Kita)

Abdul Latief (Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia)

Irwan Baga (Rumah Sakit Dr. Syaiful Anwar)

## Pelaksana Administrasi :

Mukhtar Nur Anam

Muh. Syamsu Rijal

Majalah PABMI adalah majalah yang diterbitkan oleh Persatuan Ahli Bedah Mulut dan Maksilofasial Indonesia dibawah tanggung jawab Ketua Pengurus Pusat. Terbit setiap empat bulan, pada bulan Februari, Juni dan Oktober. Terbit sejak tahun 1996. Majalah PABMI disebarluaskan ke seluruh anggota PABMI, Dinas Kesehatan, Fakultas Kedokteran Gigi Seluruh Indonesia dan instansi terkait

## Alamat Penyunting:

Sekretariat PABMI Cabang Sulawesi

Jl. A. Pettarani No. 21B Makassar 90232 Telp. (0411) 433014 Fax. (0411) 433015



Persatuan Ahli Bedah Mulut dan Maxillofacial Indonesia

**Indonesian Journal of Oral and Maxillofacial Surgeons**

## SUSUNAN PENGURUS PUSAT PABMI Periode 2009-2013

**Ketua Umum**  
Herman Hambali, drg., Sp.BM

**Wakil Ketua I**  
DR. Hananto Seno, drg., Sp.BM

**Wakil Ketua II**  
M. Masykur Rahmat, drg., Sp.BM

**Sekretaris Umum**  
Endang Syamsudin, drg., Sp.BM

**Sekretaris I**  
Melita Sylviana, drg., Sp.BM

**Sekretaris II**  
Juliani Kusumaputra, drg., Sp.BM

**Bendahara Umum**  
DR.C.Rini Suprati, drg., S.BM

**Bendahara I**  
Cahya Yustisia Hasan, drg., Sp.BM.

**Komite Jurnal**  
Andi Tajrin, drg., Sp.BM

**Komite Etik**  
Kasman Manullang, drg., Sp.BM  
David Buntoro, drg., Sp.BM

**Komite Ilmiah**  
Borman Sumadji, drg., Sp.BM  
Andri Hardianto, drg., Sp.BM, MD, Ph.D

**Komite Teknologi dan Informasi**  
Syafudin HAK, drg., Sp.BM  
Koeswartono, drg., Sp.BM  
Seto Adiantoro, drg., Sp.BM  
Ni Putu Mira Sumarta, drg., Sp.BM

**Komite Pembelaan Anggota**  
R.H.Soendoro Alwi, drg., Sp.BM  
Irwan Baga, drg., Sp.BM  
Rizal Rivandi, drg., Sp.BM  
Aries Teguh Irianto, drg., Sp.BM., MARS  
Ika Ratna Maulani, drg., Sp.BM

**Konselor untuk IAOMS**  
DR.Ronny Corputty, drg., Sp.BM

**Konselor untuk AAOMS**  
Asri Arumsari, drg., Sp.BM  
Muh.Ruslin, drg., Sp.BM

**Kolegium**  
Prof. Iwan Tofani, drg., Sp.BM., Ph.D  
Prof R.M Coen Pramono, drg., SU., Sp.BM DR.Ronny Corputty, drg., Sp.BM

### **Sekretariat Pengurus Pusat PABMI:**

Bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial RSUP Dr. Hasan Sadikin  
Jl. Pasteur No. 38 Bandung, Telp : 022-2041196, 022-61553008, Fax : 022-2036169  
Email: pp.pabmi@gmail.com, pp.pabmi@yahoo.com



## DAFTAR ISI

Majalah PABMI, No. 3, Tahun XVI, Oktober 2012

### Tinjauan Pustaka

***Giant Cell Tumor* pada Mandibula (Laporan Kasus)**

93 - 98

Conny Dianawati  
Agus Nurwiadh  
Kiki A. Rizki

***Kista Epidermoid* pada Maksila dengan Keterlibatan Gigi Molar Tiga Rahang Atas Kiri Impaksi**

99 - 102

Heri Herliana  
Andri Hardianto  
Kiki A. Rizki

**Respon Imun Terhadap Infeksi**

103 - 109

M. Hatta Hasan Sulle

**Penatalaksanaan *Necrotizing Fasciitis e.c* Infeksi Odontogenik yang Disertai Sepsis (Laporan Kasus)**

110 - 114

Verawati Mohan  
Agus Nurwiadh  
Rama Nusjirwan

**Karsinoma Sel Skuamosa dan Ameloblastoma yang Timbul Secara Bersamaan Pada Mandibula (Laporan Kasus)**

105 - 122

Harfindo Nismal  
Endang Syamsudin  
Kiki A. Rizki

***Characteristics of Maxillofacial Fractures in Hasan Sadikin Hospital Within Period 2009-2011***

123 - 126

Angei Laura Daniel  
Endang Syamsuddin  
Fathurrachman

# Karsinoma Sel Skuamosa dan Ameloblastoma yang Timbul Secara Bersamaan Pada Mandibula : Laporan Kasus

Harfindo Nismal\*, Endang Syamsudin\*, Kiki Ahmad Rizki\*\*

\* Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial FKG Unpad - RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung

\* Staf Bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial FKG Unpad - RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung

\*\* Staf Bagian Bedah Sub-Bagian Bedah Onkologi FK Unpad - RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung

## Abstrak

Ameloblastoma adalah tumor odontogenik jinak tetapi secara lokal agresif menyerang tulang rahang bawah dan rahang atas. Karsinoma sel skuamosa di sisi lain, merupakan keganasan yang paling umum dari rongga mulut. Ameloblastoma dan Karsinoma sel skuamosa yang terjadi secara bersamaan pada mandibula sangat jarang terjadi. Tujuan laporan kasus ini untuk memberikan tambahan pengetahuan tentang suatu kelainan pada mandibula yang sangat jarang terjadi, yaitu Karsinoma sel skuamosa dan Ameloblastoma yang ditemukan bersamaan pada mandibula beserta cara pengelolannya. Kami melaporkan suatu kasus Ameloblastoma dan Karsinoma sel skuamosa ditemukan secara bersamaan pada mandibula kiri seorang wanita usia 48 tahun. Diagnosis Karsinoma sel skuamosa berdasarkan hasil pemeriksaan *FNAB*, yaitu *Squamous cell carcinoma a/r mukosa intra oral mandibula sinistra*. Dilakukan mandibulektomi segmental disertai rekonstruksi mandibula dengan plat *A-O*, dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologis dan hasilnya adalah Karsinoma sel skuamosa pada gingiva, Ameloblastoma *Plexiform* pada mandibula kiri. Evaluasi *pasca* operasi pada pasien ini diperoleh hasil yang baik.

**Kata kunci : Ameloblastoma, Karsinoma sel skuamosa, Mandibulektomi Segmental, Rekonstruksi Plat *A-O*.**

## Pendahuluan

Ameloblastoma atau disebut juga adamantinoma merupakan tumor odontogenik yang secara teori berasal dari sisa sel organ email, dari perkembangan epitel kista odontogen dan dari sel basal mukosa oral. Ameloblastoma bersifat jinak, pertumbuhan lambat, bersifat invasi lokal mempunyai tingkat rekurensi yang tinggi dan tidak menimbulkan rasa nyeri. Oleh karena itu digolongkan sebagai *local malignancy tumor* atau *borderline malignancy tumor*<sup>1,2,3,4</sup>. Ameloblastoma dikelompokkan dalam tiga kategori berdasarkan klinis-radiologis yaitu : tipe solid konvensional atau multikistik (86%), tipe unikistik (13%), dan tipe periferik atau *extraosseous* (1%). Secara histopatologis tipe konvensional atau multikistik *intraosseous* dibagi lagi atas; tipe folikular, tipe pleksiform, tipe Akantomatosa, tipe sel granular,

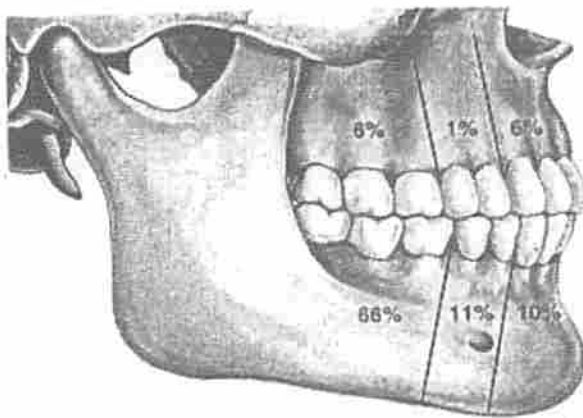
tipe desmoplastik dan tipe sel basal<sup>2,4,5</sup>. Prinsip terapi ameloblastoma adalah pengambilan tumor secara keseluruhan yang disertai rekonstruksi. Banyak klinisi yang lebih memilih terapi radikal karena sifat kekambuhannya<sup>2,3,4,5</sup>. Tindakan konservatif berupa metode dredging dapat dipertimbangkan jika ameloblastoma tipe kistik serta pertimbangan estetika. Tumor ini memiliki tingkat kekambuhan yang tinggi, maka evaluasi serta observasi yang ketat setelah perawatan sangat diperlukan<sup>6</sup>.

Ameloblastoma sering terjadi pada orang dewasa dengan skala usia yang sangat luas. Rata-rata berusia antara 35 tahun dan 45 tahun<sup>4</sup>. Lesi ini jarang terjadi pada anak berusia 10 tahun. Tidak ada predileksi seks. Lesi ini sering terjadi dirahang bawah dibandingkan dengan rahang atas<sup>2,3,4,7</sup>, yaitu paling sering pada regio molar rahang bawah sebanyak 66%, regio premolar bawah 11%, regio anterior rahang bawah 10%, regio molar atas 6%

dan regio anterior atas sebanyak 6% dan regio premolar rahang atas sebanyak 1% (Gambar 1)<sup>4</sup>.

Karsinoma adalah suatu pertumbuhan ganas yang berasal dari sel epitel. Squamous cell carcinoma berasal dari epitel skuamosa mukosa yang cenderung mengalami infiltrasi dan metastase ke jaringan sekitarnya, dan merupakan keganasan rongga mulut yang paling sering terjadi, sekitar 90%<sup>1</sup> dan 85% dari literatur yang berbeda<sup>8</sup>. Penyebab terjadinya karsinoma sel skuamosa rongga mulut adalah multifaktor, meliputi faktor ekstrinsik dan intrinsik. Faktor ekstrinsik adalah agen eksternal seperti rokok tembakau, mengunyah sirih (di Asia 50%), alkohol, sipilis dan virus (retrovirus, adenovirus, herpes simplek virus, human papillomavirus), serta agen kimia lainnya. Sedangkan faktor intrinsik adalah keadaan sistemik, seperti malnutrisi atau anemia defisiensi besi, dan faktor imunologi<sup>9,10,11</sup>.

Penatalaksanaan karsinoma sel skuamosa pada rongga mulut perlu mempertimbangkan berbagai faktor agar memperoleh hasil yang baik, faktor-faktor tersebut antara lain besar kecilnya tumor, lokalisasi, lamanya tumor, ada tidaknya



Gambar 1. Distribusi ameloblastoma pada tulang rahang<sup>4</sup>.

metastase, tingkat keganasan, maupun keadaan umum penderita. Tindakan yang dilakukan sebagai modalitas terapi adalah dengan operasi atau pembedahan dan terapi tambahan berupa radioterapi, kemoterapi atau kombinasi baik dilakukan sebelum operasi maupun setelah operasi.

Kami melaporkan satu kasus yang sangat jarang terjadi, yaitu suatu Karsinoma sel skuamosa dan Ameloblastoma yang ditemukan secara

bersamaan pada mandibula seorang wanita usia 48 tahun dengan tujuan memberikan tambahan pengetahuan tentang suatu kelainan pada mandibula yang sangat jarang terjadi, yaitu Karsinoma sel skuamosa dan Ameloblastoma yang timbul secara bersamaan pada mandibula seorang pasien beserta cara pengelolannya.

### Laporan Kasus

Seorang wanita berusia 48 tahun datang ke Poliklinik Bedah Onkologi RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan keluhan utama timbul benjolan pada gusi gigi-gigi belakang rahang bawah kiri sejak ± 3 tahun yang lalu, awalnya sebesar kacang tanah namun lama-kelamaan semakin membesar sebesar telur ayam, dan meluas hampir ke semua rahang bawah kiri. Keluhan tidak disertai rasa nyeri dan demam. Pasien merasa masih dapat membuka mulut dengan bebas. Pasien tidak mengeluhkan adanya benjolan di tempat lain, tidak mengeluhkan adanya sesak nafas, batuk-batuk ataupun nyeri di ulu hati setelah timbulnya benjolan, tidak mempunyai kebiasaan merokok, mengunyah sirih dan minum minuman beralkohol. Pasien mempunyai riwayat sakit gigi yang berulang lama dan gigi-gigi rahang bawah kiri belakang yang rapuh dan tajam di bagian rahang bawah kiri dan mempunyai riwayat suka mencabut sendiri dengan tangan gigi-giginya yang rapuh. Pasien belum pernah membersihkan karang gigi. Tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit yang sama. Sebelumnya pasien sudah dilakukan FNAB di RSHS (18 Juni 2011) dengan kesimpulan suatu Squamous Cell Carcinoma a/r mukosa intra oral mandibula sinistra (Gambar 2)

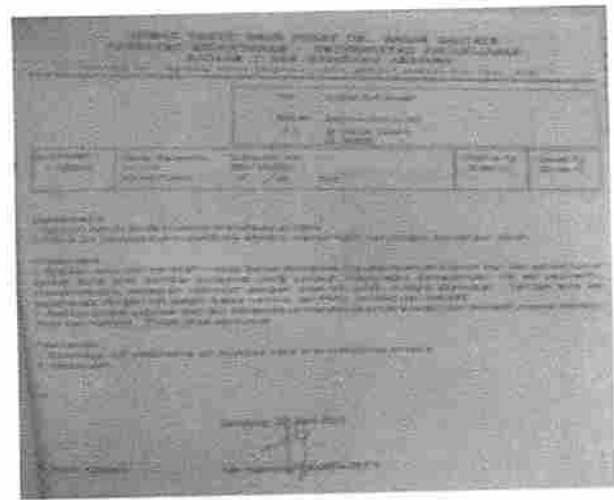
Pada pemeriksaan wajah ditemukan wajah asimetris, benjolan a/r mandibula sinistra, kulit diatas benjolan : ulkus(-), scar di submandibula (-), pada pemeriksaan leher kanan - kiri, tidak teraba pembesaran KGB kiri (Gambar 3). Pada pemeriksaan Intra Oral ditemukan ginggiva : massa (+) a/r gigi 32 - 38, Uk. 8 x 4 x 3 cm, konsistensi keras, permukaan berbenjol-benjol, tepi tidak beraturan, warna merah terang, terfiksir, batas tidak jelas, NT (-), ulkus (+), pemeriksaan mukosa oral lain : palatum, lidah, dasar mulut, labial atas - bawah, mukosa bukal kanan - kiri tidak tampak

kelainan (Gambar 4).

Pada pemeriksaan foto Thorak AP tidak ditemukan metastase intrapulmonal, tidak tampak TB paru aktif, dan tidak tampak kardiomegali (Gambar 5). Pada pemeriksaan foto panoramik tampak sel-sel tumor menginfiltrasi tulang mandibula kiri sampai mandibula kanan a/r gigi 37 sampai-dengan gigi 43 (Gambar 6).

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan klinis, dan pemeriksaan penunjang, pasien ini didiagnosa dengan Tumor rongga mulut suspek maligna a/r mukosa intra oral mandibula sinistra yang sudah menginfiltrasi mandibula sinistra, belum menginfiltrasi otot buccinator dan masseter, belum infiltrasi kulit, belum metastasis KGB regional, belum metastasis jauh (T3N0M0) dengan suspek histopatologis karsinoma sel skuamosa. Kemudian diputuskan untuk dilakukan tindakan eksisi luas dalam bentuk reseksi segmental mandibula *sinistra* diakhiri rekonstruksi dengan plat mandibula (Plat A-O) dalam narkose umum. Operasi dilakukan pada tanggal 29 Juni 2012, dengan hasil temuan operasi ditemukan massa tumor ukuran  $\pm 13 \times 8 \times 6$  cm, keras, batas tidak tegas, berisi 7 buah gigi beserta mandibula dengan batas reseksi mulai dari *angulus mandibula sinistra* sampai *corpus mandibula dextra*. (Gambar 7a, 7b.).

Pada temuan hasil operasi ini kemudian dilakukan pemeriksaan histopatologi, didapatkan hasil mikroskopis berupa sediaan dilapisi epitel gepeng berlapis yang sebagian mengalami displasia pada seluruh ketebalan epitel dan sebagian berubah menjadi massa tumor. Sel tumor berbentuk bulat, oval, poligonal yg tumbuh hiperplastis berkelompok. Inti sel polimorf, hiperkromatis, mitosis ditemukan. Sel tumor tampak continuous dengan massa tumor yg lain yang terdiri dari sel-sel bentuk bulat, oval, poligonal yg tumbuh hiperplastis, memadat sebagian tampak plexiorm. Inti relatif monomorf, kromatin halus. Pada bagian tepi sel tumor tersusun palisading. Pada bagian tengah tampak sel stelat. Tampak pula sel-sel spindel. Disekitarnya tampak stroma jaringan ikat yang bersebaran sel plasma. Sel limfosit disertai



Gambar 2. Hasil Pemeriksaan *Fine Needle Aspiration Biopsi (FNAB)*

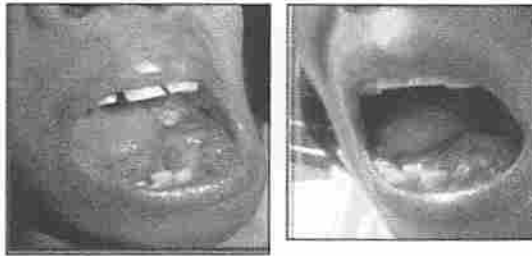


Gambar 3. Gambaran Klinis Wajah dan Leher

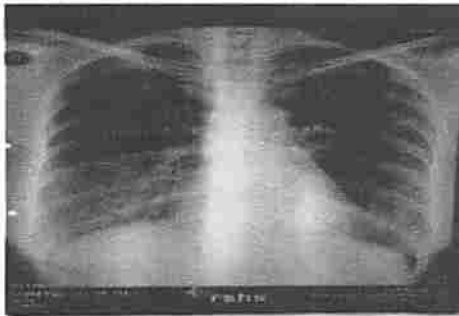
bendungan pembuluh darah. Tampak pula sekueter dan trabekula tulang, dengan kesimpulan : *Squamous cell carcinoma a/r gingiva*, *Ameloblastoma Plexiform a/r mandibula*. (Gambar 8).

Evaluasi pasca operasi terhadap pasien ini dilakukan setiap hari di ruangan rawat inap. Oral hygiene dengan Betadine kumur. Pasang NGT dengan diet per NGT 6 x 200 cc/hari selama 7 hari pasca operasi. Hari ke-7 pasca operasi minum peroral air putih sampai minggu ke-2 diet cair peroral,

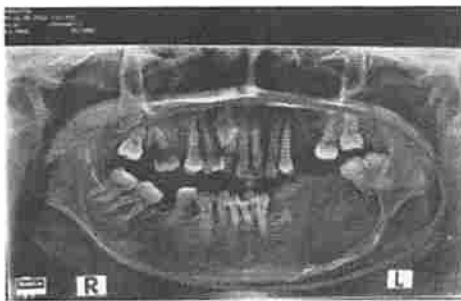




Gambar 4. Gambaran Klinis Rongga Mulut



Gambar 5. Foto Rontgen Thorax AP



Gambar 6. Foto Rontgen Panoramik



Gambar 7a. Gambar *Durante Operation*

Minggu ke-3 mulai diet lunak per-oral. Hari ke-8 pasca operasi pasien diperbolehkan pulang untuk rawat jalan. Pasien diminta datang kembali untuk kontrol pasca terapi ke Poliklinik Bedah Onkologi RSHS setelah ada hasil pemeriksaan histopatologi dari temuan hasil operasi. Setiap pasien datang kontrol dilakukan pemeriksaan luka operasi ekstra oral dan intra oral, fungsi pengunyahan, dokumentasi foto secara serial, diakhiri dengan pemeriksaan foto panoramik *pasca* operasi.

Terhadap pasien ini disarankan untuk rajin kontrol tahun pertama setiap 1-3 bulan, tahun ke-2 setiap 2-4 bulan, tahun ke-3 dan 5 setiap 4-6 bulan, > 5 tahun kontrol setiap 6-12 bulan. Setiap kali datang dilakukan pemeriksaan fisik lengkap dan pemeriksaan kepala-leher untuk mencari kemungkinan residif loko-regional dan lesi primer baru. Pemeriksaan foto torak untuk melihat metastasis.

#### Diskusi

Karsinoma sel skuamosa yang terjadi secara bersamaan pada mandibula sangat jarang terjadi. Nthumba (2011) menjelaskan baru ada 5 kasus dari seluruh jurnal yang melaporkan kasus karsinoma sekl skuamosa dan ameloblastoma yang terjadi bersamaan pada mandibula dan/atau maksila<sup>13</sup> (Tabel 12).

Ameloblastoma bersifat jinak, pertumbuhan lambat, bersifat invasi lokal dan tidak menimbulkan rasa nyeri. Secara radiologis dapat berupa gambaran polikistik atau monokistik, dan secara histopatologi menunjukkan gambaran yang berbeda-beda, sehingga kadang-kadang dibutuhkan lebih dari 1 irisan untuk membuat diagnosa yang tepat<sup>3</sup>.

Ameloblastoma tipe folikular dan pleksiform merupakan gambaran histopatologis yang sering ditemukan pada ameloblastoma tipe solid konvensional atau tipe multikistik intraosseous<sup>3,4,10</sup>. Tindakan konservatif berupa metode *dredging* dapat dipertimbangkan jika Ameloblastoma bertipe kistik, pasien usia muda, kooperatif, serta pertimbangan estetik.

Karsinoma adalah suatu pertumbuhan ganas yang berasal dari sel epitel. Karsinoma sel



Gambar 7b. Gambar *Durante* dan *Post Operation*

skuamosa atau *Squamous cell carcinoma* berasal dari epitel skuamosa mukosa yang cenderung mengalami infiltrasi dan metastase ke jaringan sekitarnya, dan merupakan keganasan rongga mulut yang paling sering terjadi, sekitar 90%,<sup>1</sup> 85% dari literatur yang berbeda.<sup>8</sup> Etiologi penyakit ini faktor ekstrinsik dan faktor instrinsik. Kedua faktor ekstrinsik dan instrinsik bekerja bersama-sama. Faktor ekstrinsik yang berperan dalam terjadinya kanker mulut adalah tembakau, mengunyah sirih, alkohol, penyakit sifilis, malnutrisi, sinar matahari, dan faktor lain seperti paas (pada perokok), trauma, dan iritasi pinggir gigi yang tajam atau gigi tiruan, kebersihan mulut yang kurang baik. Selain faktor di atas, virus *human papilloma* diduga sebagai penyebab terjadinya karsinoma sel skuamosa. Dasar genetik merupakan faktor instrinsik yang turut berperan dalam terbentuknya karsinoma sel skuamosa.

Patofisiologi terjadinya karsinoma menurut Cortran s et, al 2005 (Tabel 2):

Diagnosis banding untuk lesi radiolusen di mandibula adalah odontogenik cyst, ameloblastoma, karsinoma, dan primer intraosseous. Adanya perubahan ganas pada ameloblastoma menjadi karsinoma sel skuamosa tidak mungkin untuk dapat didiagnosis *preoperatively*. Karsinoma sel skuamosa mungkin timbul dari inflamasi



Gambar 8. Hasil Pemeriksaan Histopatologi Temuan Operasi (*Durante Operation*)

periapikal, residual, dentigerous, dan odontogenik keratocysts. Schwimmer et al. menyatakan bahwa kista yang paling umum mengalami perubahan ganas adalah residual kista, 55% dari semua kasus yang dilaporkan. Gardner menyatakan bahwa kemungkinan transformasi maligna dari kista odontogenik kecil bila kista tidak disusupi dengan inflamasi sel. Transformasi neoplastik di dinding kista residual dapat disebabkan oleh reaksi inflamasi post ekstraksi gigi. Dalam kasus ini, adanya riwayat iritasi kronis gigi-geligi yang rapuh dan tajam pada gingiva pada mandibula kiri disimpulkan menjadi sebab terjadinya transformasi sel-sel tumor menjadi gambaran sel-sel tipe Karsinoma sel skuamosa. Faktor resiko pasien dengan dua jenis tumor secara bersamaan ini adalah riwayat *oral hygiene* yang buruk disertai adanya gigi-geligi sisa akar dalam jumlah banyak yang dibiarkan lama, juga pasien dengan riwayat genetik Ameloblastoma.

#### Kesimpulan

Karsinoma sel skuamosa dan Ameloblastoma yang ditemukan bersamaan pada satu regio mandibula seorang pasien merupakan kasus yang sangat jarang terjadi. Diperlukan anamnesis, pemeriksaan klinis dan radiografis serta pemeriksaan histopatologis yang tepat dan akurat untuk menegakkan diagnosa baik Karsinoma sel skuamosa maupun Ameloblastoma serta untuk menentukan terapi yang akan dilakukan. Peran

**Table 1 Demographics of patients reported with simultaneous ameloblastoma and squamous cell carcinoma of the mandible and/or maxilla**

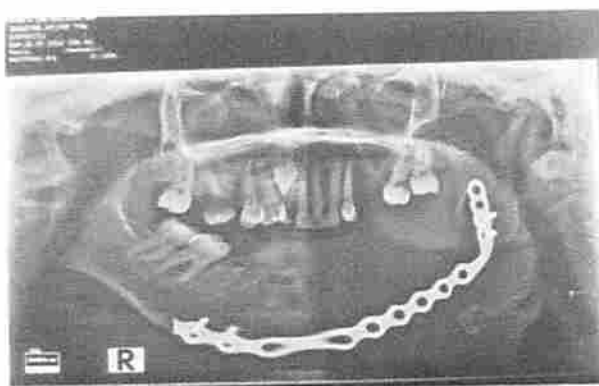
Reference	Age, years	Sex	Site	Treatment	Post-operative follow-up
Hamakawa et al. [6]	64	F	Left mandible	Chemotherapy followed by mandibulectomy and neck dissection	No recurrence at four years
Tucker et al. [7]	70	M	Right and left mandibles	Unclear	Unclear
Uera et al. [8]	60	F	Right mandible	Serial excisions leading to right mandibulectomy	Lung metastasis at one year
Nishimura et al. [9]	52	M	Left maxilla	Radiotherapy for SCC followed by partial maxillectomy for ameloblastoma	No recurrence at 33 months
Present report	35	M	Left mandible	Mandibulectomy	No recurrence at last visit 13 months after surgery



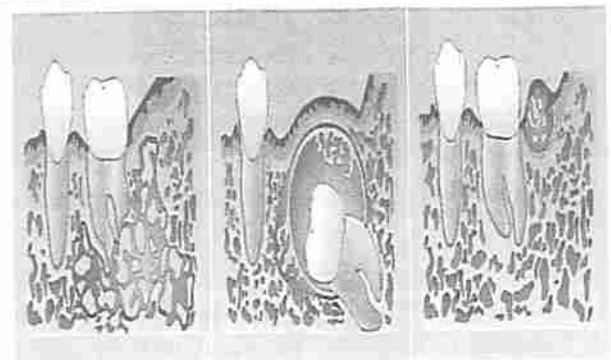
Gambar 9. Kontrol Post Op Day (POD) X



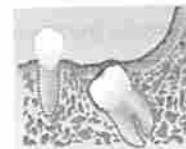
Gambar 10. Kontrol Post Op Day (POD) XXX



Gambar 11. Foto Rontgen Panoramik Pasca Operasi

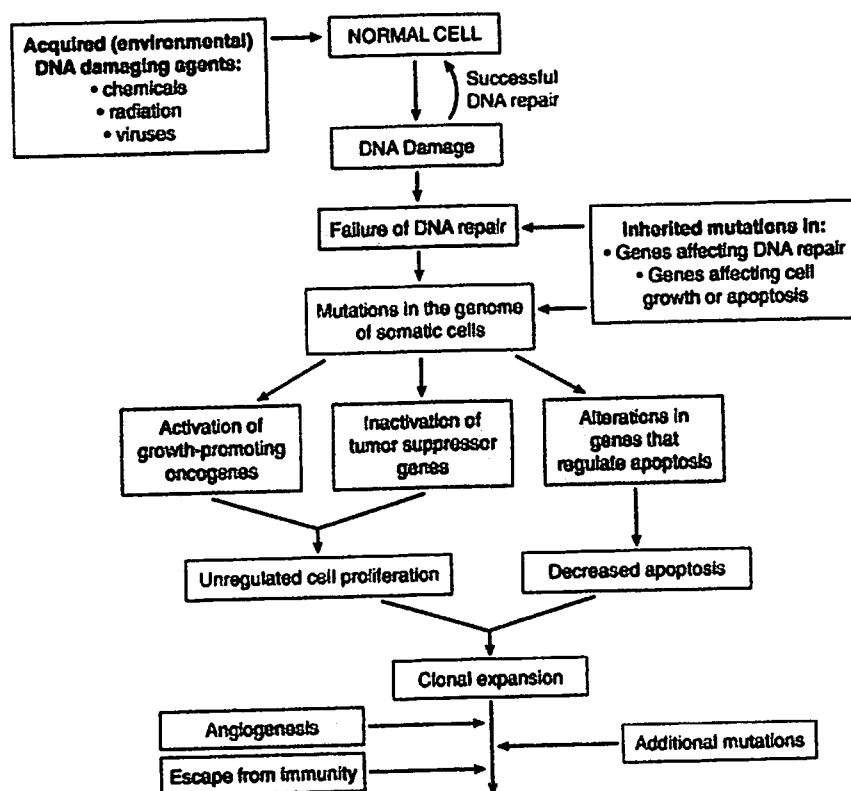


Gambar 13. Tiga sub tipe klinis ameloblastoma. A. Multilokuler B. Unilokuler. C. Tipe perifer (ekstraosseus).<sup>2</sup>



Gambar 13. Kemungkinan sumber epitel dari ameloblastoma: (Gambaran warna merah) sisa-sisa lamina dentalis; (Titik-titik diatas mahkota molar) sisa epitel enamel; (Permukaan mahkota gigi molar) sisa epitel mallases; (Titik-titik pada membran periodontal) epitel permukaan.<sup>2</sup>

anamnesis menjadi sangat penting pada pasien-pasien dengan keluhan massa atau benjolan rongga mulut, seperti contoh pada kasus ini. Pemeriksaan Biopsi Insisi sebaiknya lebih dipilih sebagai salah satu instrumen penunjang dalam mengakkan diagnosis dibandingkan pemeriksaan *Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB)* karena memiliki daya invasif, spesifitas, dan sensitifitas yang lebih baik dalam memberikan informasi tentang kelainan pasien. Terapi secara konservatif memiliki tingkat kekambuhan yang tinggi, sehingga sebaiknya para klinisi lebih memilih perawatan radikal karena tingkat kekambuhannya lebih kecil. Meskipun dapat menimbulkan deformitas wajah, tetapi dapat direkonstruksi dengan banyak pilihan model



Tabel 2. Proses Karsinogenesis

rekonstruksi, salah satunya adalah dengan plat A-O.

#### Daftar Pustaka

- Cardesa A, Slootweg PJ. 2006. Pathology of the Head and Neck. Berlin Heidelberg Springer-Verlag. 110-12.
- Carlson ER. 2004. Odontogenic Cysts and Tumors in Miloro M., Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Hamilton London. BC Decker Inc. 570 – 88.
- Neville BW, Douglas DD, Carl MA, Jerry EB. 2002. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia. W.B Saunders Company.
- Regezi JA, Sciuba JJ. 2003. Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlation. 4th ed. Philadelphia. W.B Saunders Company. 267 – 74.
- Situmorang N, 2007, Imunoekspresi Parathyroid Hormone-Related Protein (PTHrP) pada Ameloblastoma. Tesis PPDGS Bagian Bedah Mulut FKG-UNPAD Bandung.
- Kawamura M, Nobuo I, Ichizo K, Mohiuddin A. 1991. Dredging Method – a new approach for the treatment of ameloblastoma. Asian J. Oral and Maxillofacial Surgery. 3 : 81 - 88.
- Reichart PA, Philipsen HP. 2000. Color Atlas of Dental Medicine, Oral Pathology. New York. Thieme. 223 - 28.
- Watkinson, J.C. Stell & Maran's Head & Neck Surgery. 4th ed. Oxford: Butterworth Heinemann, 2000
- Bailey BJ. 1989. Surgery of The Oral Cavity. London : Year book medical Publishers. : 45-51.
- Cummings CW. 1993. Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 2nd ed. Vol.2. St Louis : Mosby Yearbook. 1248-1270.
- Devita. VT. 2005. Cancer principles and practice, 7th ed, JB Philadelphia, Lipincot Co, 662 – 690.

12. Shafer WG, Hine MK, Levy BM, editors. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1983. p.280-1
13. Nthumba: Squamous cell carcinoma

(Marjolin'sulcer) in an orocutaneous fistula of a large mandibular ameloblastoma : a case report. Journal of Medical Case Reports 2011 5:396.