AKADEMIK E-ISSN 2774-8863
Jurnal Mahasiswa Humanis
Vol. 6, No. 3, September 2026

Pendekatan Perawatan Konservatif pada Ameloblastoma Kistik: Laporan Dua Kasus pada Pasien Anak dan Usia Pertengahan

Nur Ali[1], Zubaidi Budi Hartanto[2], Mohamad Arif Fauzi[3]
Sekolah Staf dan Komando Angkatan Laut, Indonesia
Email Korespondensi : nur.ali.dik66@gmail.com[1]

Submitted: 20th August 2026 | **Edited**: 27th September 2026 | **Issued**: 30th September 2026
Cited on: Ali, N., Hartanto, Z. B., & Fauzi, M. A. (2026). Pendekatan Perawatan Konservatif pada Ameloblastoma Kistik: Laporan Dua Kasus pada Pasien Anak dan Usia Pertengahan. *AKADEMIK: Jurnal Mahasiswa Humanis*, *6*(3), 2410-2419.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor that typically grows slowly and is initially asymptomatic, potentially resulting in extensive jaw destruction. Conservative treatment may help preserve mandibular continuity, reduce surgical morbidity, and minimize functional and aesthetic complications, particularly in children and selected adult patients. This case report describes the clinical and radiological outcomes of conservative treatment for cystic ameloblastoma in a child and a middle-aged woman. This descriptive case report presents two patients with mandibular ameloblastoma. The first patient was a 9.5-year-old girl with right mandibular unicystic ameloblastoma involving the ramus and angle. Treatment consisted of staged decompression, enucleation, curettage, and dredging. The second patient was a 51-year-old woman diagnosed with mandibular ameloblastoma who underwent enucleation and curettage. Both patients were evaluated through clinical examinations and serial radiographic assessments using panoramic radiography and multislice computed tomography (MSCT). In the first case, serial imaging demonstrated progressive lesion reduction and bone regeneration, with no radiological evidence of residual tumor on MSCT three years after the initial procedure. In the second case, clinical and radiological examinations one year after surgery showed bone regeneration within the surgical defect, with no radiological evidence of residual tumor.

Keywords: Conservative Treatment Ameloblastoma, Cystict Ameloblastoma, Dredging Methode

PENDAHULUAN

Ameloblastoma merupakan tumor odontogenik yang bersifat jinak, tetapi memiliki karakteristik pertumbuhan lokal yang invasif dan berpotensi menyebabkan destruksi tulang rahang, perubahan bentuk wajah, pergeseran gigi, serta gangguan fungsi pengunyahan. Tumor ini umumnya berkembang secara perlahan dan tidak menimbulkan rasa nyeri pada tahap awal, sehingga sering terdiagnosis ketika lesi telah mencapai ukuran yang cukup besar. Hendra et al. (2020) menjelaskan bahwa ameloblastoma merupakan salah satu tumor odontogenik yang penting dalam praktik klinis karena karakteristik epidemiologis dan kebutuhan penanganan bedahnya. Klasifikasi World Health Organization juga menekankan pentingnya karakteristik histopatologis dalam penegakan diagnosis tumor odontogenik, termasuk ameloblastoma (Soluk-Tekkesin dan Wright, 2022). Meskipun bersifat jinak, potensi infiltrasi lokal dan kekambuhan menjadikan pemilihan metode perawatan sebagai persoalan klinis yang memerlukan pertimbangan menyeluruh. Penanganan yang terlalu luas dapat menimbulkan morbiditas berupa kehilangan kontinuitas mandibula, gangguan estetika, serta kebutuhan rekonstruksi, sedangkan tindakan konservatif berpotensi menyisakan jaringan tumor apabila tidak dilakukan secara tepat (Ghai, 2022; Qiao et al., 2021).

Pemilihan perawatan ameloblastoma umumnya mencakup pendekatan konservatif,

seperti enukleasi, kuretase, dekompresi, dan marsupialisasi, serta pendekatan radikal berupa reseksi mandibula atau maksila. Pendekatan konservatif bertujuan mempertahankan struktur anatomi rahang dan mengurangi dampak fungsional serta estetika akibat pembedahan, terutama pada pasien anak yang masih mengalami pertumbuhan kraniofasial. Rikhotso dan Premviyasa (2019) melaporkan bahwa perawatan konservatif pada pasien anak dengan ameloblastoma unikistik dapat menghasilkan regenerasi tulang tanpa memerlukan reseksi rahang. Temuan serupa dilaporkan oleh Takahashi et al. (2019), yang menunjukkan potensi pendekatan konservatif dalam mempertahankan struktur rahang dan mendukung perkembangan gigi pada pasien anak. Morice et al. (2020) juga menekankan pentingnya mempertimbangkan perawatan konservatif pada ameloblastoma unikistik anak dengan tetap melakukan pemantauan jangka panjang. Namun, pendekatan tersebut tidak dapat diterapkan secara seragam pada seluruh kasus karena keputusan perawatan dipengaruhi oleh subtipe histopatologis, ukuran dan perluasan lesi, keterlibatan jaringan lunak, serta kondisi pasien. Qiao et al. (2021) menunjukkan bahwa pendekatan konservatif berkaitan dengan risiko kekambuhan yang lebih tinggi dibandingkan pendekatan agresif, sehingga keseimbangan antara pengendalian tumor dan pemeliharaan fungsi rahang menjadi pertimbangan utama.

Pada pasien usia dewasa dan pertengahan, pertimbangan perawatan tidak hanya berkaitan dengan pengendalian tumor, tetapi juga dengan kondisi tulang rahang, luas kerusakan tulang, stabilitas mandibula, dan risiko komplikasi pascaoperasi. Reseksi pada lesi berukuran besar dapat menyebabkan defek tulang yang membutuhkan rekonstruksi, sedangkan tindakan konservatif pada kasus terpilih berpotensi mempertahankan kontinuitas rahang dan mendukung pembentukan tulang baru. Verma et al. (2023) melaporkan penerapan perawatan konservatif pada pasien anak dengan ameloblastoma unikistik dan menyoroti pentingnya mempertimbangkan perkembangan kraniofasial dalam menentukan strategi perawatan. Budihardja dan Lutfianto (2023) juga melaporkan hasil yang memuaskan melalui pendekatan enukleasi dan deflasi bertahap pada ameloblastoma mandibula berukuran besar, dengan regenerasi tulang yang terlihat pada evaluasi pascaperawatan. Meskipun demikian, hasil dari laporan kasus individual tidak dapat dijadikan dasar untuk menyimpulkan bahwa pendekatan konservatif selalu memberikan hasil yang setara dengan reseksi. Gasparro et al. (2024), melalui tinjauan payung terhadap berbagai tinjauan sistematis, menunjukkan bahwa pendekatan radikal cenderung memberikan risiko kekambuhan yang lebih rendah, sedangkan pendekatan konservatif dapat dipertimbangkan pada pasien terpilih dengan memperhatikan manfaat fungsional dan estetika serta kebutuhan pemantauan yang ketat.

Berdasarkan kondisi tersebut, terdapat kebutuhan untuk mendokumentasikan pengalaman klinis penerapan perawatan konservatif pada pasien dengan kelompok usia dan karakteristik lesi yang berbeda. Meskipun penelitian terdahulu telah membahas perawatan konservatif pada pasien anak dan hasil perbandingan antara pendekatan konservatif dan radikal, informasi mengenai gambaran klinis serta hasil pemantauan radiologis pada pasien anak dan pasien usia pertengahan dalam satu laporan masih perlu diperkaya. Kesenjangan ini penting karena keputusan perawatan harus mempertimbangkan kondisi individual pasien, bukan hanya ukuran lesi atau usia. Oleh karena itu, laporan dua kasus ini bertujuan mendeskripsikan penerapan pendekatan konservatif pada ameloblastoma mandibula pada seorang anak perempuan berusia 9,5 tahun dan seorang perempuan berusia 51 tahun, disertai evaluasi klinis dan radiologis pascaperawatan. Kasus pertama ditangani melalui deflasi, enukleasi, kuretase, dan

dredging bertahap, sedangkan kasus kedua menjalani enukleasi dan kuretase. Laporan ini diharapkan dapat menambah informasi klinis mengenai pertimbangan pemilihan perawatan konservatif dan gambaran regenerasi tulang setelah tindakan, tanpa mengabaikan pentingnya pemantauan jangka panjang untuk mendeteksi kemungkinan residu atau kekambuhan tumor.

LANDASAN TEORI

Ameloblastoma merupakan tumor yang sering dijumpai dengan kejadian sekitar 10% dari seluruh tumor odontogenik yang berada di mandibula dan maksila (Hendra et al., 2020). Tumor ini merupakan tumor epitelial odontogenik yang berasal dari jaringan pembentuk gigi, yaitu jaringan pembentuk email yang sedang berkembang, dari lapisan epitel kista odontogenik, atau dari sel basal mukosa mulut (Soluk-Tekkesin dan Wright, 2022). Tumor bersifat asimptomatik, perkembangannya lambat, dan sering ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan radiografi panoramik (Ghai, 2022). Ameloblastoma secara klinis dan radiologis dibagi menjadi tiga bentuk, yaitu solid/multikistik (86%), unikistik (13%), dan perifer (1%) (Hendra et al., 2020). Ameloblastoma terbagi atas beberapa subtipe biologis yang terdiri dari ameloblastoma solid, ameloblastoma kistik, ameloblastoma perifer, ameloblastoma maligna, dan ameloblastik karsinoma.

Ameloblastoma yang sering ditemui adalah ameloblastoma solid dan kistik/unikistik dengan gambaran ekspansi bukal dan lingual serta resorpsi akar dengan gambaran knife-edge (Smit et al., 2024; Hendra et al., 2020). Ameloblastoma solid disebut juga dengan multikistik dengan penampakan radiologi multilokuler dengan sekat-sekat radiopak menyerupai soap bubble dan honeycomb (Cadavid et al., 2019; Smit et al., 2024). Tumor ini sering terjadi pada pasien usia 30 sampai 50 tahun dan jarang di masa kanak-kanak (Hendra et al., 2020). Pemeriksaan histologis sering berbentuk folikular atau pleksiform, sedangkan bentuk akantomatosa, granular cell, desmoplastik, dan tipe sel basal juga dapat ditemukan.

Ameloblastoma Kistik/unikistik

Beberapa penulis menyebut ameloblastoma kistik dengan unikistik. Regezi lebih suka menyebut sebagai ameloblastoma kistik daripada ameloblastoma unikistik karena seringkali tipe ini juga berbentuk multikistik dia juga menyebutkan bahwa ameloblastoma kistik sering terjadi pada grup usia muda. Gambaran radiografis berupa lesi radiolusen unilokuler, dengan batas tepi tegas, sering mirip dengan kista dentigerus karena berkaitan dengan gigi yang tidak erupsi. Ameloblastoma tipe kistik adalah salah satu varian ameloblastoma yang tampak seperti kista, sering terjadi pada dekade kedua kehidupan dan sering berlokasi di mandibula. Tipe ini merupakan 10-15% ameloblastoma intraosseus dan kurang agresif dibandingkan dengan tipe solid.

Ameloblastoma tipe kistik dapat tumbuh dari berbagai sumber epitelium odontogenik dan sekitar 20% disertai dengan mahkota gigi impaksi yang formasi akarnya belum lengkap. Deformitas dan asimetri wajah terjadi ketika tumor sudah ekspansi, rasa sakit dan parastesi secara umum jarang terjadi. Secara mikroskopis tumor ini hampir menyerupai kista dengan terdapat pertumbuhan intraluminal atau mural. Terdapat 3 tipe ameloblastoma kistik/unikistik yang pertama adalah meloblastoma intraluminal terdiri dari satu atau lebih nodul ameloblastoma yang terproyeksi dari batas dinding tumor kistik ke dalam lumen. Tipe kedua adalah ameloblastoma luminal dimana tumor dibatasi oleh permukaan luminal tumor kistik dan lesi terdiri dari dinding fibrosa yang tersusun atas epitelium ameloblastik total atau parsial. Tipe ketiga adalah ameloblastoma mural, pada

tipe ini dinding fibrosa tumor kistik diinfiltrasi oleh ameloblastoma tipe folikular atau pleksiform.

Penegakan diagnosis berdasarkan pemeriksaan klinis dan penunjang dengan memperhatikan beberapa diferensial diagnosis. Berdasarkan umur, lokasi, gambaran radiologi diferensial diagnosis ameloblastoma meliputi 3 kelompok yaitu odontogenik tumor (*calcifying epithelial odontogenic tumor*, *odontogenic myxomas*), kista (*odontogenic keratocyst*), lesi nonodontogenik jinak (*central giant cell granuloma, ossifying fibroma*).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus (case report) terhadap dua pasien dengan ameloblastoma mandibula yang mendapatkan pendekatan perawatan konservatif. Data penelitian diperoleh melalui evaluasi klinis, pemeriksaan radiografi panoramik (orthopantomography), pemeriksaan Multislice Computed Tomography (MSCT), serta pemeriksaan histopatologis untuk menegakkan diagnosis. Data klinis yang dikaji meliputi usia dan jenis kelamin pasien, keluhan utama, durasi pembengkakan, hasil pemeriksaan ekstraoral dan intraoral, karakteristik lesi, serta keterlibatan jaringan dan gigi di sekitarnya. Kedua kasus dipilih untuk menggambarkan penerapan pendekatan perawatan konservatif pada pasien dengan karakteristik usia, ukuran lesi, dan kondisi klinis yang berbeda. Penatalaksanaan pada kasus pertama berupa deflasi, enukleasi, kuretase, dan dredging secara bertahap, sedangkan kasus kedua ditangani dengan enukleasi dan kuretase.

Evaluasi hasil perawatan dilakukan melalui pemantauan klinis dan radiologis secara berkala untuk menilai perubahan ukuran lesi, proses penyembuhan tulang, kondisi jaringan sekitar, serta kemungkinan persistensi atau rekurensi tumor. Pada kasus pertama, pemeriksaan radiografi panoramik dilakukan setiap tiga bulan pada tahun pertama dan setiap enam bulan pada tahun kedua, dilanjutkan dengan pemeriksaan MSCT tiga tahun setelah tindakan awal. Pada kasus kedua, pemantauan dilakukan melalui pemeriksaan radiografi panoramik setiap tiga bulan dan MSCT satu tahun setelah operasi. Hasil pemeriksaan klinis, radiologis, dan histopatologis dari kedua kasus dideskripsikan secara naratif dan dibandingkan untuk menggambarkan hasil penerapan perawatan konservatif serta pertimbangan klinis dalam mempertahankan struktur mandibula dan meminimalkan morbiditas. Sebagai laporan kasus, penelitian ini bersifat deskriptif dan tidak ditujukan untuk membuktikan efektivitas komparatif atau generalisasi hasil perawatan.

Kasus Pertama

Pasien anak perempuan umur 9,5 tahun datang dengan keluhan pembengkakan pipi kanan yang sudah sejak 4 bulan, tanpa disertai nyeri. Pemeriksaan ekstra oral terdapat asimetri wajah sebelah kanan area ramus dan angulus mandibula, warna kulit sama dengan jaringan sekitar, tidak terdapat pembesaran limfonodi leher. Pemeriksaan intra oral terdapat benjolan pada area ramus mandibula kanan, perluasan ke bukal dan lingual, konsistensi keras, warna sama dengan jaringan sekitar.

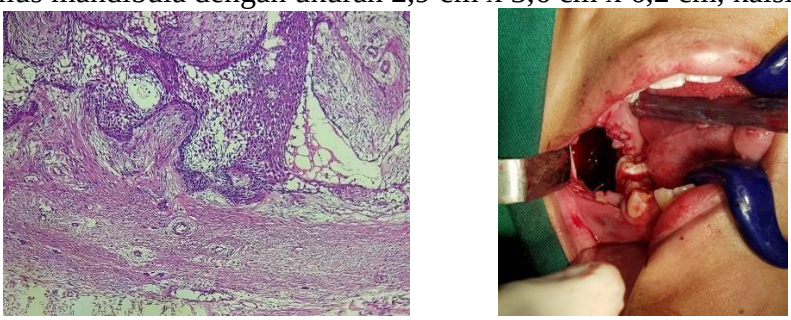
 E-ISSN 2774-8863



a b c

Gambar 1. Foto klinis pasien, wajah sisi kanan tampak membesar, b. Radiograf *orthopantomograf* menunjukkan lesi radiolusen multilukoler area ramus kanan, c. *MSCT Scan* potongan aksial, tampak gambaran lesi pada ramus mandibula dextra membesar kearah bukal dan lingual

Pemeriksaan radiografi panoramik terdapat gambaran radiolusen bebentuk oval dengan batas tegas regio kondilus madnibula kanan dan processus koronoideus mandibula kanan sampai angulus dan *corpus* mandibula kanan dan melibatkan benih gigi 48 dan gigi 47, tampak gambaran radiopak menyerupai mahkota gigi pada area inferior pada angulus mandibula kanan. Pemeriksaan *MSCT Scan* kepala tampak lesi *isodense intraosseus* ramus mandibula dengan ukuran 2,9 cm x 3,6 cm x 6,2 cm, kalsifikasi (-).



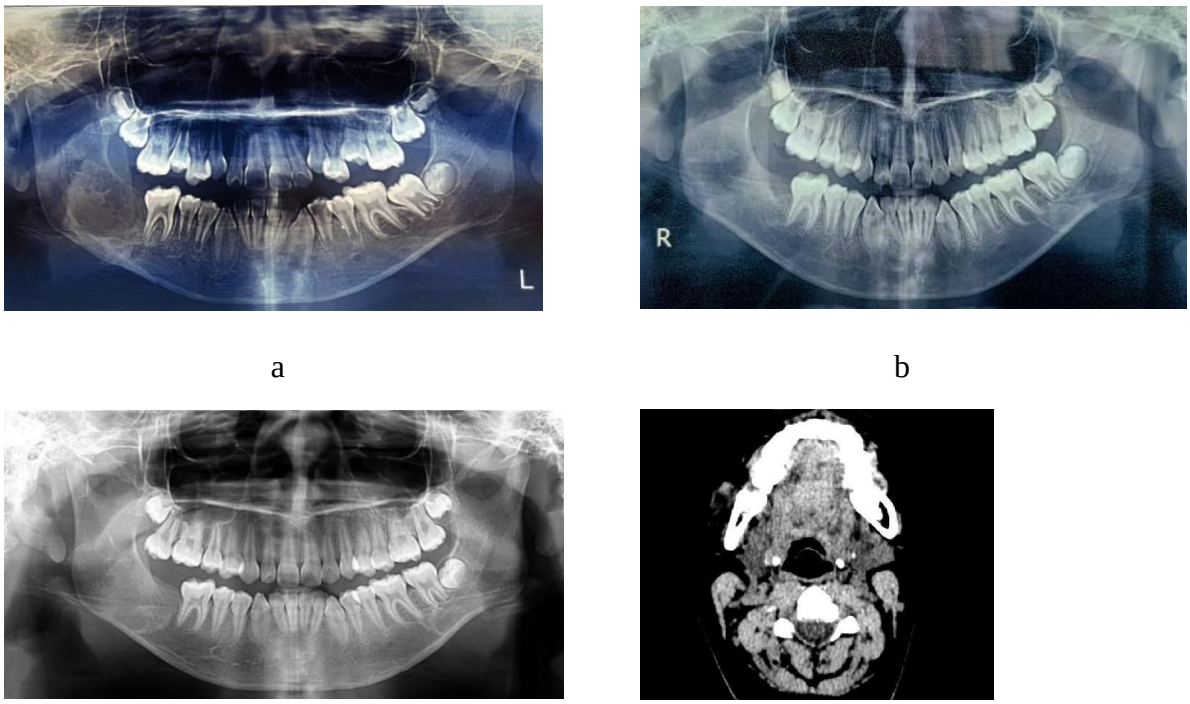
a b

Gambar 2. Foto pemerikaan histologi pewarnaan hematosiklin eosin perbesaran 400x, b. foto klinis luka operasi area ramus mandibula kanan

Pasien dirawat dengan metode dredging untuk menghindari komplikasi seperti defek rahang, gangguan pertumbuhan rahang, pengunyahan dan estetika. Metode dredging meliputi deflasi, enukleasi dan dredging sampai tidak ditemukan jaringan tumor, pada kasus ameloblastoma solid tanpa deflasi. Aspirasi lesi didapatkan cairan berwarna coklat keruh kemerahan sebelum tindakan biopsi.

Tindakan biopsi dan deflasi dilakukan pada 20 Februari 2020 dengan bius umum dengan hasil pemeriksaan histopatolologi didapatkan fragmen jaringan ikat tersusun lembaran merupakan ruangan dilapisi sel-sel odontogenik proliferatif dengan bagian basal tersusun *palisading* dengan *reversed polarized nuclei* dengan kesimpulan ameloblastoma unikistik gambar 2a. Deflasi dilakukan dengan membuka atap tumor dan dan mengeluarkan sebagian isi tumor, memotong septum tulang yang memisahkan antar ruang lesi dirawat dengan terbuka dan di isi tampon kassa dan diganti dan di irigasi tiap 2 hari sekali.

 E-ISSN 2774-8863



a b

c d

Gambar 3. Radiografi *orthopantomograf* 3 bulan setelah deflasi, b. radiografi panoramik setelah 1 tahun, c. radiografi panoramik setelah 2 tahun, d. *MSCT Scan* tiga tahun post operasi pertama sudah tidak tampak massa pada ramus mandibula kanan.

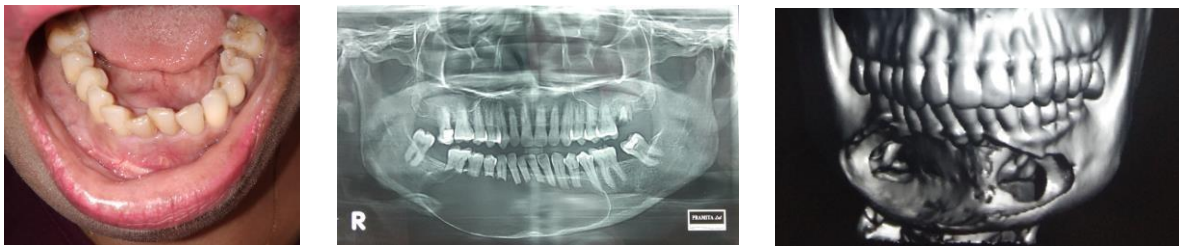
Tindakan kedua dilakukan enukleasi dan kuretase dengan bius umum pada tanggal 13 Juli 2020 dan masih didapatkan sel tumor ameloblastoma. Tindakan ketiga dilakukan dredging pada 29 Januari 2021 dan hasil biopsi menunjukkan hasil sel radang kronis, tidak didapatkan sel residu tumor.

Pemeriksaan radiografi orthopantomograf dilakukan tiap 3 bulan pada tahun pertama. Dan tiap 6 bulan pada tahun kedua, pemeriksaan MSCT Scan setelah 3 tahun.

Kasus kedua

Pasien seorang wanita umur 51 tahun datang dengan pembengkakan pada rahang bawah yang dirasakan selama 4 tahun, tidak terasa nyeri, 6 bulan terakhir merasa gigi-gigi bawah goyang dan pembengkakan semakin membesar. Pemeriksaan klinis didapatkan pembengkakan pada dagu dan mandibula dextra, konsistensi lunak, terdapat fluktuasi dan krepitasi, suhu dan warna sama dengan jaringan sekitar, tidak ada parestesi dan nyeri tekan. Pemeriksaan intra oral terdapat Pembengkakan pada vestibulum rahang bawah regio 32 sampai gigi 46 konsistensi lunak, terdapat fluktuasi dan krepitasi, warna sama dengan jaringan sekitar. Pembengkakan pada lingual regio 32 sampai 43 konsistensi lunak, terdapat fluktuasi, krepitasi, dan tenderness, warna sama dengan jaringan sekitar, luksasi gigi geligi derajat 3 gigi 34,33,32,31,41, 42,43,44,45,46.

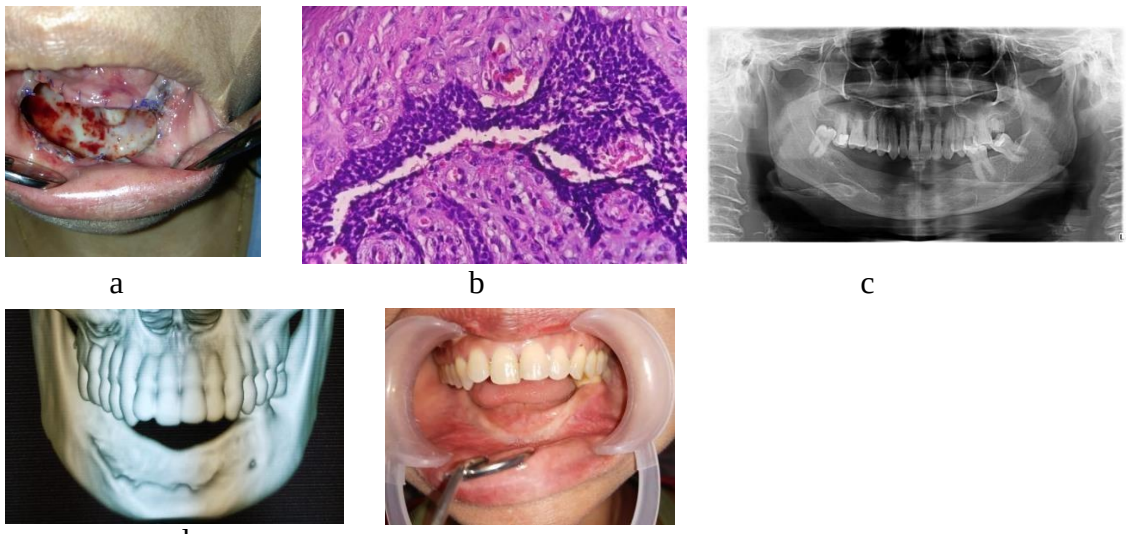
 E-ISSN 2774-8863



a b c

Gambar 4. Foto klinis intra oral, tampak pembesaran massa ke bukal dan lingual, b. radiograf *orthopantomograf* tampak area radiolusen pada simfisis dan corpus mandibula bilateral disertai resorbsi akar gigi anterior bawah dan posterior kanan, c. *MSCT Scan* 3 dimensi mandibula

Radiograf *orthopantomograf* menunjukkan gambaran radiolusen dengan batas jelas, bentuk oval dari apikal gigi 35 sampai dengan distal gigi 46, terlihat resorbsi akar gigi 34,33,32,31, 41,42,43,44,45,46. Pemeriksaan *MSCT Scan* kepala didapatkan kesan: Massa berbatas tegas tanpa kalsifikasi di mandibula dextra ukuran 6,4 cm x 6,6 cm x 2,98 cm, mendukung gambaran ameloblastoma. Pemeriksaan histologis dari RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto menunjukkan hasil ameloblastoma mandibula. Pasien dilakukan perawatan enukleasi dan kuretase, dan *follow up* dengan pemeriksaan radiologi panoramik tiap 3 bulan dan *MSCT Scan* 1 tahun setelah ope rasi.



a b c d e

Gambar 5. Foto klinis pasca enukleasi dan kuretase, b. gambaran histologis tumor dengan pewarnaan hematosiklin eosin perbesaran 400x tampak sel-sel tumor tersusun *palisading* dan bagian tengah tersusun longgar dengan *stelate reticulum*, c. radiograf *orthopantomograf* 8 bulan pasca operasi, d. gambar 11 *MSCT Scan* 3D 1 tahun pasca operasi, e. foto klinis 1 tahun pasca operasi

HASIL PENELITIAN

Kasus pertama, tiga bulan pasca deflasi terdapat pengurangan signifikan pada ramus mandibula kanan, tampak pada gambar 3a, pembesaran masih sedikit terlihat pada pocessus coronoideus kanan. Masih terdapat gambaran sisa lesi tampak gambaran radiopak bercampur dengan gambaran radiolusen pada area angulus mandibula di posterior gigi akar 46. Gambaran radiograf *orthopantomograf* 1 tahun pasca operasi

gambar 3b sudah tidak tampak tambaran radiopak pada anglus mandbila kanan, ukuran pocessus coronoideus sudah kembali normal. Gambaran radiograf panoramik 2 tahun setelah tindakan (gambar 3c) dan pemeriksaan *MSCT Scan* (gambar 3d) tampak defek tulang sudah terisi tulang dan tidak tampak gambaran residu ameloblastoma.

Kasus kedua, pemeriksaan histopatologi didapatkan hasil pemeriksaan radiologi *orthopantomograf* (gambar 4c) dan *MSCT Scan* 3D (gambar 4d) satu tahun setelah operasi tidak tampak gambaran residu tumor ameloblastoma dan tampak lokasi defek operasi sudah terisi dengan tulang. Secara klinis tampak defek luka operasi sudah terisi tulang dan pemeriksaan *MSCT Scan* tidak tampak adanya residu tumor maka tidak dilakukan tindakan pemeriksaan histologi kedua.

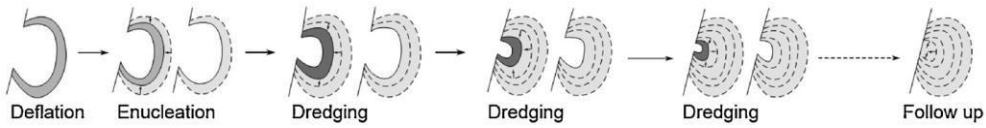
Pembahasan

Pendekatan perawatan ameloblastoma secara umum ada 2 yaitu secara konservatif (enukleasi, kuretase dan dredging) dan pendekatan radikal dengan reseksi dengan jarak 1-1,5 cm dari batas tumor. Pemilihan perawatan ameloblastoma perlu memperhatikan karakteristik pertumbuhan tumor apakah terlokalisasi pada kapsul atau infiltrasi ke jaringan sekitar. Perawatan konservatif diindikasikan untuk tumor kistik dan tumor solid dengan batas tepi yang jelas. Kasus tumor solid/multikistik dan unikistik tipe mural perlu tindakan radikal karena tingkat agresifitas kedua tumor ini lebih besar daripada ameloblastoma kistik tipe luminal atau intraluminal. Keuntungan perawatan ameloblastoma kistik dengan pendekatan konservatif

1. Jejas operasi lebih kecil
2. Menghindari deformitas wajah
3. Bentuk rahang dapat kembali normal
4. Dampak terhadap pertumbuhan rahang dan gigi pada pasien yang masih dalam masa pertumbuhan dapat dihindari
5. Kemungkinan maloklusi lebih kecil dibandingkan pendekatan radikal yang memerlukan rekonstruksi
6. Tidak memerlukan cangkok tulang dari bagian tubuh lain
7. Dampak terhadap psikologis pasien lebih kecil

Perawatan tumor odontogenik intraosesus pada rahang pada anak termasuk rumit karena beberapa faktor meliputi: pertama morbiditas harus minimal agar perkembangan wajah dan pertumbuhan gigi tidak tergangggu. Perbedaan fisiologi tulang pada anak yang meliputi persentase tulang kanselus yang tinggi, *recovery* tulang yang tinggi, dan periosteum yang reaktif yang menyebabkan lesi berkembang lebih cepat dan kerusakan yang luas.

Metode *dredging* pertamakali dikenalkan oleh Kawamura dengan beberapa tahap tindakan, meliputi deflasi, enukleasi, dan *dredging*. Protokol perawatan *dredging* untuk ameloblastoma tipe kistik/unikistik dapat dilihat pada gambar 4.



Gambar 6. Protokol perawatan dredging ameloblastoma kistik

Reseksi rahang pada anak akan menimbulkan banyak efek dikemudian hari sehingga penanganan ameloblastoma kistik tipe mural pada anak dapat mempertimbangkan protokol perawatan dredging sebagaimana sebagaimana terlihat pada skema gambar 5. Tumor kistik besar yang terdapat gambaran *honeycombed* di tepi kapsul tumor dilakukan

deflasi untuk memberikan kesempatan pembentukan tulang, enukleasi dan kuretase dilakukan setelah pembentukan tulang cukup tebal. Dredging dilakukan setiap 2-3 bulan untuk memacu pembentukan tulang dengan mengambil *scar tissue* yang tumbuh pada kavitas tulang, setiap tindakan dredging dilakukan pengambilan sebagian tulang yang tumbuh untuk pemeriksaan histopatologis. Reseksi pada bagian yang terdapat infiltrasi sel tumor pada jaringan tulang dilakukan setelah kavitas tulang sudah terisi oleh tulang baru yang terbentuk.



Gambar 7. Protokol perawatan *dredging* ameloblastoma unilokuler dengan dengan *honeycombed pattern*[10]

Pemeriksaan radiografi panoramik kasus pertama (gambar 1b) tampak 3 lokus dengan gambaran identik dengan gambaran ameloblastoma unikistik yang tidak menampakkan gambaran buble soap maupun honeycombed. Tindakan pertama kasus ini diawali dengan deflasi yaitu dengan membuka atap kapsul tumor dan untuk memaksilkan deflasi dilakukan penghancuran septum tulang yang masih ada antar lokus sehingga tidak ada cairan hasil produksi tumor yang terjebak.

Masa pertumbuhan mandibula dan maksila pada anak laki-laki mencapai puncak pada umur 18 tahun dan dan sebagian bisa mencapai usia 21 tahun, pertumbuhan maksila pada wanita sampai umur 15 tahun dan mandibula sampai umur 16 tahun. Kasus ameloblastoma tipe kistik pada pasien anak dianjurkan sebisa mungkin untuk tindakan konservatif (enuklease dan kuretase ataupun dregding). Tindakan bedah radikal yang memerlukan pemasangan plat rekonstruksi dapat memberikan efek kontriksi oleh pelat dan screw pada rahang yang sedang tumbuh sehingga perlu dilakukan pengambilan.

Secara umum, pada pasien usia lanjut terjadi penurunan perfusi ke sistem kerangka, terjadi penurunan aliran darah ke tulang dibandingkan dengan usia muda. Keadaan tersebut dapat menyebabkan pembentukan tulang baru tidak sebagus pada usia muda. Dukungan tulang sehat pada kasus kedua tipis sehingga rawan terjadi fraktur, sehingga pasien dalam *informed consent* diberikan informasi kemungkinan dapat terjadi fraktur rahang dan diminta untuk menghindari kegiatan yang beresiko memberikan tekanan maupun benturan pada rahang bawah.

Perawatan kasus kedua yaitu dengan enukleasi dan kuretase menunjukkan hasil yang memuaskan dengan adanya pertumbuhan tulang baru mengisi defek area simfisis dan *corpus* mandibula, ketebalan tulang juga cukup tebal, dan hasil *MSCT Scan* tidak tampak adanya sisa sel tumor. Keberhasilan pada kasus kedua menunjukkan bahwa perawatan konservatif ameloblastoma tipe kistik dapat diterapkan bukanya hanya pada pasien muda tetapi juga pada pasien usia pertengahan.

KESIMPULAN

Perawatan ameloblastoma dengan pendekatan radikal pada pasien anak akan memberikan dampak yang besar bagi perkembangan rahang, gigi dan psikologis pasien sehingga sebisa mungkin perwatan dengan pendekatan konservatif terutama untuk kasus ameloblastoma kistik. Perawatan konservatif ameloblastoma kistik juga dapat diterapkan pada pasien usia lanjut dengan hasil yang baik dengan pembentukan tulang baru yang

mengisi area defek.

DAFTAR PUSTAKA

Budihardja, A. S., & Lutfianto, B. (2023). A modified enucleation and deflation to treat large ameloblastoma in the mandible. Case Reports in Dentistry, 2023, 8835892.

Cadavid, A. M. H., Araujo, J. P., Coutinho-Camillo, C. M., Bologna, S., Junior, C. A. L., & Lourenço, S. V. (2019). Ameloblastomas: current aspects of the new WHO classification in an analysis of 136 cases. *Surgical and Experimental Pathology*, *2*(1), 17.

Gasparro, R., Giordano, F., Campana, M. D., Aliberti, A., Landolfo, E., Dolce, P., Sammartino, G., & di Lauro, A. E. (2024). The effect of conservative vs. radical treatment of ameloblastoma on recurrence rate and quality of life: An umbrella review. Journal of Clinical Medicine, 13(17), 5339.

Ghai, S. (2022). Ameloblastoma: An updated narrative review of an enigmatic tumor. Cureus, 14(8), e27734.

Hendra, F. N., Van Cann, E. M., Helder, M. N., Ruslin, M., de Visscher, J. G., Forouzanfar, T., & de Vet, H. C. W. (2020). Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis. Oral Diseases, 26, 12–21.

Hendra, F. N., Van Cann, E. M., Helder, M. N., Ruslin, M., de Visscher, J. G., Forouzanfar, T., & de Vet, H. C. W. (2020). Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis. Oral Diseases, 26(1), 12–21.

Morice, A., Neiva, C., Fabre, M., Spina, P., Jouenne, F., Galliani, E., Vazquez, M. P., & Picard, A. (2020). Conservative management is effective in unicystic ameloblastoma occurring from the neonatal period: A case report and a literature review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 129(5), e234–e242.

Qiao, X., Shi, J., Liu, J., Liu, J., Guo, Y., & Zhong, M. (2021). Recurrence rates of intraosseous ameloblastoma cases with conservative or aggressive treatment: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Oncology, 11, 647200.

Rikhotso, R. E., & Premviyasa, V. (2019). Conservative treatment of ameloblastoma in a pediatric patient: A case report. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 77(8), 1643–1649.

Smit, C., Robinson, L., Ker-Fox, J., Fonseca, F. P., van Heerden, W. F., & Uys, A. (2024). Clinicoradiologic features of ameloblastomas: A single-centre study of 155 cases. *Journal of Oral Pathology & Medicine, 53*(2), 133-141.

Soluk-Tekkesin, M., & Wright, J. M. (2022). The World Health Organization classification of odontogenic lesions: A summary of the changes of the 2022 (5th) edition. Turkish Journal of Pathology, 38(2), 168–184.

Takahashi, S., Idaira, Y., Sato, T., Asada, Y., & Nakagawa, Y. (2019). Unicystic ameloblastoma in a child treated with a combination of conservative surgery and orthodontic treatment: A case report. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 43(2), 121–125.

Verma, M., Verma, N., & Astekar, M. (2023). Conservative management of unicystic ameloblastoma of mandible evolving from dentigerous cyst in a paediatric patient: A case report. Journal of Dentistry (Shiraz), 24(2), 250–255.