

## **PARTIAL MAXILLECTOMY PADA AMELOBLASTOMA MAKSILA DI BAWAH ANASTESI UMUM**

**Daniel THH\*, Prihartiningsih\***

\*Program Studi Bedah Mulut, PPDGS FKG – UGM

\*\*Bagian Bedah Mulut, FKG – UGM , Yogyakarta

### **ABSTRAK**

**Latar belakang** Ameloblastoma merupakan tumor jinak odontogenik bersifat agresif lokal dan infiltratif. Tumor ini lebih sering terjadi pada mandibula dibandingkan pada maksila. Ameloblastoma pada maksila lebih berbahaya dibandingkan dengan ameloblastoma pada mandibula karena lebih cenderung menyebar ke organ vital yang berdekatan. Rekurensi ameloblastoma cenderung terjadi setelah perawatan. **Tujuan** Penatalaksanaan ameloblastoma pada daerah maksila yang tepat dan adekuat akan mendapatkan hasil yang baik. **Kasus dan penatalaksanaannya** Seorang laki-laki 34 tahun datang ke Poli Bedah Mulut RSUP dr Sardjito setelah dirujuk dari RS Cilacap. Pasien mengeluh pembengkakan keras pada area rahang atas kanan selama 6 bulan. Setelah dilakukan pemeriksaan klinis, radiologi panoramik, CT-Scan dan biopsi dibuat diagnosa dan rencana penatalaksanaan. Pada kasus ini dilakukan tindakan *partial maxillectomy* pada ameloblastoma maksila anterior dan pemasangan obturator dirujuk ke bagian prostodonsia. Paska operasi terlihat kondisi yang membaik. Setelah bulan ke-6 pasien kontrol di dapatkan keadaan yang baik dan tidak terlihat tanda-tanda kekambuhan. **Kesimpulan** Penatalaksanaan ameloblastoma maksila pada kasus ini adalah pengambilan tumor secara menyeluruh sehingga tidak terjadi rekurensi serta mengembalikan estetik dan fungsi untuk memastikan kualitas hidup yang pantas setelah perawatan. *Maj Ked Gi*; Desember 2010; 17(2): 108-114

**Kata kunci:** Ameloblastoma, maksila, penatalaksanaan, *partial maxillectomy*

### **ABSTRACT**

**Background** Ameloblastoma is a benign odontogenic tumour with local aggressive and infiltrative. This tumour is commonly found on mandible rather than maxilla. Maxilla ameloblastoma more dangerous than mandible ameloblastoma, because it tends to extend to other adjacent vital structure. The recurrence of maxilla ameloblastoma tends to happen after treatment. **Purpose** The right and adequate management of maxilla ameloblastoma can achieve a good result. **Case and management** Male, 34 years old was referred to oral surgery clinic, RSUP dr Sardjito. The chief complain was hard swelling on right maxilla area for 6 month. After clinical examination, radiology panoramic, CT-Scan and biopsy performed the diagnosis and management was made. *Partial maxillectomy* was performed and obturator inserted. The post operation result was found better condition. After six month was found good condition and there had been no recurrence. **Conclusion** The management of maxilla ameloblastoma in this case is removal the tumour completely so that there is no recurrence also restore the aesthetic and the function to ensure a proper patient's quality of life after treatment. *Maj Ked Gi*; Desember 2010; 17(2): 108-114

**Key words:** Maxilla ameloblastoma, management, *partial maxillectomy*

### **PENDAHULUAN**

Ameloblastoma adalah suatu neoplasma dari jaringan pembentuk organ email yang tidak mengalami diferensiasi pada saat pembentukan gigi. Ameloblastoma mempunyai ciri-ciri patologi sebagai neoplasma odontogenik yang jinak, bersifat agresif lokal dan mempunyai sifat infiltratif<sup>1</sup>. Pada umumnya Ameloblastoma terjadi pada usia dewasa. Ameloblastoma dapat terjadi pada semua usia dari anak-anak sampai dengan dewasa dengan rata-rata umur 40 tahun. Frekuensi terjadinya sama besar pada laki-laki dan perempuan. Tumor ini lebih sering terjadi pada mandibula dibandingkan dengan mandibula<sup>2,3</sup>. Ameloblastoma pada maksila dapat berbahaya karena karakter tulang pada maksila kurang padat dan kompak dibanding mandibula sehingga dapat menyebabkan penyebaran yang lebih mudah. Selain itu posisi pada maksila yang berdekatan dengan struk-

tur vital sekitarnya dapat menyebabkan tumor bertumbuh dan menyebar ke sinus maksilaris, hidung, mata bahkan dasar tengkorak dan otak yang dapat menyebabkan kematian<sup>4</sup>.

Proses terjadinya Ameloblastoma tidak diketahui dengan pasti. Dimungkinkan tumor ini dapat berasal dari rest sel organ enamel, sisa pembentuk organ enamel atau sisa-sisa lapisan Hertwigs dan sel rest dari malassez, lapisan epitel suatu kista odontogen terutama kista dentigerous dan odontoma, gangguan pada pertumbuhan organ enamel, permukaan epitelium sel-sel berasal dari rahang<sup>5</sup>. Dilaporkan pada beberapa kasus ameloblastoma berasal dari kista dentigerous tetapi tidak ada bukti yang menyatakannya<sup>6</sup>.

Ameloblastoma tumbuh lambat dan tidak menimbulkan rasa sakit, sehingga kadang ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan radiografik. Tumor ini dapat bertambah besar yang menyebab-

kan terjadinya deformitas wajah dan pembesaran tulang rahang, gigi-gigi menjadi goyang karena kerusakan tulang pendukung gigi. Pada palpasi terdapat tanda-tanda "egg-shell cracking" yang disebabkan penipisan tulang di atas tumor<sup>3,7</sup>.

Gambaran radiografik sangat membantu dalam menegakkan diagnosis, ameloblastoma dapat dilihat cukup baik pada rontgen foto panoramik. Pada gambaran radiografik dapat terlihat multilokuler atau unilokuler dengan menunjukkan ekspansi dari korteks tulang<sup>7</sup>. Batas tepi secara umum tegas sehingga sulit dapat dibedakan dengan kista tetapi pada maksila biasanya batas tepi kurang tegas. Pada ameloblastoma multilokuler dapat memberikan gambaran "honey comb" atau *soap bubble*. Dan secara umum bentuk gambaran lokulasi pada daerah posterior lebih besar dibandingkan dengan daerah anterior<sup>8</sup>.

Gambaran histopatologi dari ameloblastoma dapat dibagi menjadi;(1)Folikular merupakan pola yang paling sering dijumpai, berisi pulau-pulau epitel dengan dua komponen yang berbeda. Bagian tengah berupa sel-sel berbentuk polyhedral, menyerupai reticulum stelata pada tahap tumbuh kembang gigi;(2)Plesksiform dengan pola terdiri dari lembaran-lembaran sel epitel kolumnar. Selnnya mirip dengan ameloblast. Bagian tengah dari sel stelata tidak tetap, kadang berada di tepi area degenerasi kistik;(3) *Acanthomatous* pola dengan metaplasia squamosa dari sel reticulum stelata;(4)Granular merupakan area sel reticulum yang luas berisi sel epitel granular, menyerupai sel granular pada myoblastom;(5)Basal dengan pola ini mirip dengan sel basal pada karsinoma kulit. Sel epitel tumor lebih primitif dan jarang kolumnar, tersusun pada lembaran. Tipe ini merupakan yang paling jarang; (6)*Desmoplastic* ameloblastoma: terlihat desmoplasia stroma dan pulau tumor menjadi bentuk squamoid dan elongasi<sup>2,7</sup>.

Berdasarkan klinis, karakter radiografis, histopathologis, dan sifat dan aspek prognosis maka ameloblastoma dapat dibagi menjadi beberapa tipe antara lain *solid/multicystic*, *unicystic*, *peripheral desmoplastic ameloblastoma* termasuk *hybrid*<sup>9</sup>. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik, baik berdasarkan gejala-gejala klinis maupun gambaran radiologis dan kesemuanya menunjukkan kemungkinan adanya ameloblastoma rahang, maka untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan biopsi<sup>3</sup>.

Prinsip penatalaksanaan kasus ameloblastoma adalah pembedahan jaringan tumor secara menyeluruh dengan pemeliharaan jaringan sehat serta restorasi bentuk dan fungsi<sup>10</sup>. Restorasi fungsi dan estetik harus dilakukan untuk memastikan kualitas hidup yang pantas setelah terapi tumor<sup>11</sup>. Penatalaksanaan yang paling tepat adalah reseksi tumor dengan mengambil sedikit batas sehat sekitar jaringan tulang dan lunak. Pada ameloblastoma tipe *unicystic* enukleasi dapat menjadi perawatan yang adekuat, tetapi mesti diikuti pengamatan dengan pe-

meriksaan radiologi dalam jangka waktu yang tidak terbatas<sup>12</sup>. Pada ameloblastoma maksila seharusnya dirawat lebih agresif dan karena cenderung menyebar ke struktur vital yang berdekatan. Apabila tumor tidak dapat dilakukan operasi maka radio terapi dapat digunakan<sup>6</sup>. Reseksi pada maksila disebut juga *maxillectomy*. Prosedur *maxillectomy* meliputi *partial maxillectomy*, *subtotal maxillectomy*, *medial maxillectomy*, *total maxillectomy*, *radical maxillectomy with orbital exenteration* dan *anterior craniofacial resction*. Pendekatan intra oral dapat dilakukan pada *partial maxillectomy* sedangkan pendekatan ekstra oral dengan menggunakan menggunakan insisi Weber-Ferguson<sup>11</sup>.

Prognosis baik bila penatalaksanaan dilakukan dengan tepat dan adekuat, diharapkan seluruh tumor dapat diambil dan pasien dapat sembuh total. Rekurensi Ameloblastoma cukup tinggi bila perawatan tidak adekuat<sup>2</sup>. tingkat rekurensi berkisar antara 55 – 90 % setelah perawatan enukleasi dan kuretase<sup>2,13</sup>, 60 % setelah perawatan konservatif reseksi, 5% setelah perawatan radikal reseksi. Metastasis pada ameloblastoma sangat jarang terjadi<sup>14</sup>.

## LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki, usia 34 tahun datang ke Poli Bedah Mulut RS Dr. Sardjito rujukan dari RS Cilacap dengan keluhan pembengkakan pada rahang atas kanan. Pembengkakan semakin membesar sejak 6 bulan yang lalu. Pasien pernah periksa pembengkakan dan dilakukan tindakan bedah pada pembengkakan tersebut di RS Cilacap. Kemudian pasien dirujuk ke RSUP Sardjito dengan diagnosa kista.

Pada saat pemeriksaan pemeriksaan fisik pada waktu datang di Poli Bedah Mulut RS Sardjito ditemui keadaan umum baik, kesadaran compos mentis dengan gizi baik. Dengan tanda-tanda vital yang baik. Pemeriksaan ekstra oral tidak ditemukan adanya kelainan atau deformitas wajah (Gambar 1). Pemeriksaan intra oral di dapatkan adanya pembengkakan pada regio bukal 12 sampai 13 dengan ukuran 2 cm x 2 cm x 2 cm, warna kemerahan, tidak dapat digerakkan. Pada daerah apikal gigi 13 terdapat drain keluar dari paska insisi dan terlihat jaringan granulasi. Pada palpasi teraba keras pada daerah pembengkakan (Gambar 2 dan 3). Pasien tidak memiliki penyakit sistemik, alergi terhadap makanan dan obat. Riwayat penyakit terdahulu tidak ada.

Dilakukan pemeriksaan radiologi panoramik menunjukkan gambaran radiolusensi regio 12,13,22 dan 23. Tampak resorpsi akar gigi 11,12,21,22 dan 23 (Gambar 4). Pada pemeriksaan CT-Scan menunjukkan kesan massa hipodens di maxilaris aspek anterior dengan destruksi os maksilaris aspek anterior dan erosi pada gigi 2 rahang atas kanan, Tak tampak perluasan ke cavum nasi dan SPN (Gambar 5).

Hasil pemeriksaan biopsi menunjukkan stroma dilapisi epitel skuamous kompleks. Pada stroma dijumpai pulau-pulau tumor epithelial solid, sel tumor uniform dengan inti bulat, oval dengan kromatin inti relatif kasar, sebagian hiperkromatis. Pada bagian perifer, sel tumor tersusun "palisade". Di sekitar tumor didapatkan juga fragmen jaringan tulang kompakta. Tidak dijumpai tanda ganas. Uraian dan kesan jaringan mukosa dan tulang maksila ameloblastoma. Kemudian dilakukan konfirmasi kembali ke bagian patologi anatomi dengan hasil ameloblastoma tipe folikular.

Diagnosis dari pembengkakan pada kasus ini adalah ameloblastoma maksila anterior tipe folikular. Sebelum dilakukan tindakan bedah pasien dikonsultasikan ke bagian prostodonsia RSGM untuk perencanaan rekonstruksi paska operasi. Dilakukan radiologi thoraks dan pemeriksaan laboratorium untuk memeriksa darah lengkap, APTT, PTT, fungsi hepar, fungsi ginjal, gula darah sewaktu dan elektrolit yang menunjukkan hasil normal sebagai persiapan pasien menjalani tindakan bedah dengan anastesi umum. Kemudian pasien dirawat inap di RS Sardjito untuk persiapan tindakan kemudian pembuatan informed consent atau persetujuan pasien untuk tindakan bedah dan anastesi umum.

Operasi dilakukan dengan anastesi umum berlangsung selama 3 jam 40 menit, 1 jam sebelum operasi pasien diberikan antibiotik Ceftriaxon inj. 1 gram. Pasien dilakukan tindakan pencabutan gigi 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23. dan tindakan *partial maxillectomy* pada ameloblastoma maksila anterior. Setelah tindakan selesai dilakukan pemasangan obturator sementara oleh bagian prostodonsia. Kemudian jaringan tumor dikirim ke bagian patologi anatomi (Gambar 6).

Paska operasi keadaan umum pasien baik, compos mentis, afebris dengan tanda vital dalam batas normal. Pasien merasakan pusing, terdapat pembengkakan pada daerah bekas operasi dan tidak ada perdarahan (Gambar 7). Pasien diberi diet cair tinggi kalori dan tinggi protein. Obat-obatan yang diberi sebagai berikut ceftriaxon inj 1 gram/12 jam, remopain inj 30 mg/8 jam, dexametason inj 1 amp/8 jam dan kalnex inj 1 amp/8 jam (jika perdarahan negatif dihentikan). Setelah hari ke-4 keadaan pasien semakin membaik, tidak terdapat pembengkakan (Gambar 8). Obat-obatan diganti peroral sebagai berikut amoksisilin tab 500 mg/3x1, asam mefenamat tab 500 mg/3x1 dan Neurodex tab/1x1. Pada hari ke-6 keadaan umum pasien baik, tanda vital pasien normal dan tidak ada keluhan pasien dipulangkan dari rawat inap RS Sardjito.

Pasien kontrol kembali setelah satu minggu kemudian. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum yang baik dan tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan ekstra oral tidak didapatkan pembengkakan dan tidak ada keluhan sakit pada

daerah paska operasi (Gambar 9). Pemeriksaan intra oral memperlihatkan defek pada regio anterior maksila dan luka paska operasi yang telah menutup (Gambar 10). Setelah itu pasien kontrol ke bagian prostodonsia untuk pembuatan obturator.

Hasil pemeriksaan patologi anatomi jaringan tumor paska operasi pada jaringan otot menunjukkan jaringan dilapisi sel skuamus kompleks, dengan stroma sembab, jaringan fibrosis disebut sel2 radang terdiri dari limfosit, histiosit, leukosit pmn (Gambar 11). Pada jaringan tulang kompakta diantaranya didapatkan pulau2 tumor epithelial, dengan bagian folikular, kistik. Sel-sel tumor uniform dengan inti bulat, oval, dengan inti yang tersusun palisade, di bagian lain dijumpai metaplasia skuamosa (Gambar 12). Tidak terdapat tanda keganasan. Uraian dan kesan pemeriksaan Ameloblastoma tipe campuran. Kemudian dilakukan konfirmasi kembali dan didapatkan hasil yang sama.

Setelah bulan ke-6 pasien kontrol kembali. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum yang baik dan tanda vital dalam batas normal. Tidak ada keluhan pada daerah paska operasi, keadaan estetis, fungsi mastikasi dan fonetik baik. (Gambar 13). Pemeriksaan intra oral memperlihatkan defek pada regio anterior maksila (Gambar 14). Pada pasien sudah terpasang obturator dengan gigi palsu. (Gambar 15). Kemudian pada pemeriksaan radiologi panoramik menunjukkan defek pada maksila anterior (16). Secara klinis dan radiologis tidak didapatkan tanda - tanda rekurensi.

## PEMBAHASAN

Ameloblastoma secara umum hanya 20% terjadi pada maksila, walaupun beberapa laporan kasus mengatakan bahwa insidensi pada maksila hanya sekitar 1% dengan 47% pada region molar, 15% pada sinus maksilaris dan dasar hidung, 9% pada region pre molar, 9% pada region kaninus dan 2% pada palatum<sup>15</sup>. Pada kasus ameloblastoma pada maksila anterior ini merupakan kasus yang jarang ditemui di klinik.

Pada beberapa kasus menunjukkan perawatan pada kasus ameloblastoma dengan ukuran yang relatif kecil dengan batas yang jelas dapat dilakukan dengan kuretase<sup>16</sup> sedangkan ameloblastoma pada maksila dengan ukuran yang cukup besar dengan batas tepi yang kurang tegas dilakukan tindakan maxillectomy<sup>15,17</sup>. Pada kasus ini dari gambaran radiografis panoramik dan CT-Scan menunjukkan ukuran tumor 4 cm x 2 cm x 2 cm dengan batas tepi yang tidak jelas serta sifat ameloblastoma pada maksila lebih agresif maka diperlukan tindakan reseksi pada maksila.

Untuk mengetahui batas-batas tumor pada maksila sulit hanya dengan panoramik, untuk itu perlu dilakukan CT Scan dengan potongan axial dan

coronal pada maksila. Hal ini sangat diperlukan untuk mengetahui dan menentukan tindakan reseksi. *Partial maxillectomy* digunakan untuk tumor odontogenik yang agresif yang digunakan apabila perluasan tumor tidak sampai ke daerah sinus maksilaris tidak terkena jika perluasan sampai ke sinus maksilaris maka penanganannya adalah hemimasilektomi<sup>7,11</sup>. Tidak adanya perluasan ke struktur lain maka dilakukan *partial maxillectomy* pada kasus ini.

Hasil biopsi yang dilakukan sebelum operasi menunjukkan ameloblastoma tipe follikular. Hasil biopsi ini berbeda dengan pemeriksaan patologi anatomi jaringan tumor yang diambil saat dilakukan operasi. Hal ini disebabkan karena pada saat biopsi pengambilan sampel jaringan hanya dilakukan pada satu tempat saja. Seharusnya untuk tumor dengan ukuran lebih dari 2 cm terutama dengan gambaran radiologis menunjukkan pola tumor yang berbeda, pengambilan sampel jaringan tumor dilakukan pada beberapa tempat<sup>10</sup>.

Gambaran histologis ameloblastoma yang paling sering adalah tipe follikular dan pleksiform. Tetapi kombinasi dari beberapa tipe atau lebih adalah hal yang biasa ditemukan<sup>10</sup>. Variasi histologi pada ameloblastoma kadang-kadang memperlihatkan granular sel, metaplasia skuamosa dan keratinisasi. Tetapi keadaan ini sedikit memperlihatkan korelasi antara pola histologi dan penampakan klinis. Adanya peningkatan aktivitas mitosis dan pleomorfis seluler menunjukkan sifat yang lebih agresif dari tumor ini<sup>18</sup>. Hasil pemeriksaan histopatologis memberikan gambaran mikroskopis ameloblastoma tipe campuran hal ini karena pada pemeriksaan mikroskopis didapatkan pulau-pulau epitelial dengan bagian follikuler dan kistik serta dijumpai metaplasia skuamosa. Sehingga pada kasus ini tipe ameloblastoma memiliki sifat yang lebih agresif.

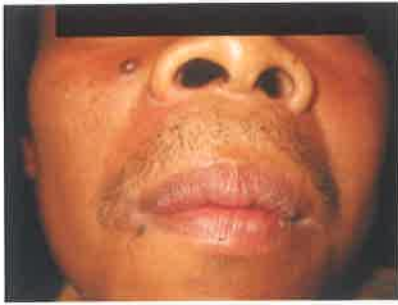
Pada bulan ke-6 pasien kontrol ke poli bedah mulut dan dilakukan pemeriksaan radiologi panoramik. Hal ini dilakukan karena sifat ameloblastoma yang cenderung rekuren walaupun sudah dilakukan reseksi, dianjurkan untuk kontrol secara berkala selama lima tahun<sup>7</sup>.

## KESIMPULAN

Penatalaksanaan ameloblastoma maksila pada kasus ini adalah pengambilan tumor secara menyeluruh sehingga tidak terjadinya rekurensi termasuk rekonstruksi paska operasi untuk mengembalikan estetika dan fungsi untuk memastikan kualitas hidup yang pantas setelah perawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Langais, RP & Langland OE: *Diagnosis Imaging The Jaw*. Lea & Febinger Book. Baltimore.1995:553.
2. Regezi JA & Sciuba JJ: *Oral Pathology. Clinical Pathology Correlation*. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002:323-35.
3. Archer, WH: *Oral and Maxilla Facial Surgery*. Vol I, 5<sup>th</sup>ed, WB Saunders Company. Philadelphia. 1975: 524-527, 540-581.
4. Cawson RA & Odell EW: *Cawson's Essentials of Oral Pathology And Oral Medicine*. 8<sup>th</sup>ed., Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2008:139.
5. Shafer GS, Hine MK, & Levy B.M: *A Text Book of Oral Pathology*. 4<sup>th</sup>ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1983:227-35.
6. Acherman GL, Altini M, & Shear M: *The Unicystic Ameloblastoma: Clinic Pathological Study Of 57 Cases*, Journal Of Oral Pathology, 17,1988; 541-546.
7. Laskin, D.W: *Oral And Maxillofacial Surgery*, Vol II, St Louis, Toronto, Princeton, The CV Mosby Company, 1985:680-681.
8. White SC & Pharoah MJ: *Oral Radiology Principles and Interpretation*, 5<sup>th</sup>ed, St Louis, Missouri, Mosby, 2004:418-422.
9. Reichart PA & Philipsen HP: *Odontogenic Tumors and Allied Lesions*. London, Quintessence Publishing Co Ltd, 2004:41.
10. Laskin DM & Abubaker AO: *Decision making in oral and maxillofacial surgery*. Quintessence Publishing Co, inc, Hanover, 2007.
11. Booth PW, Schendel SA, & Hausamen JE: *Maxillofacial Surgery*, Vol 1, 2<sup>nd</sup>ed, Churchill Livingstone, Philadelphia, 2007:451-456.
12. Cowpe JG: *Benign oral lesion*. In: Pedlar J & Frame JW: *Oral and Maxillofacial Surgery An objective-based textbook*. Churchill Livingstone, Philadelphia, 2001:123.
13. Neville BW, Douglas D, Allen CM, & Bouquet JE, *Oral And Maxillofacial Pathology*. 2<sup>nd</sup>Ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002:594-595.
14. Close LG, Larson DL, Shah JP: *Essentials of Head and Neck Oncology*. New York, Thieme, 1998:291.
15. Iordanidis S., Makos CH, Dimitrakopoulus, Kariki H: *Ameloblastoma of the maxilla. Case report*. Australian Dental Journal, 1999;44(1):51-55.
16. Meslich DR, Dahlin DC, & Masson JK. *Ameloblastoma a clinicopathologic report*. J. Oral Surg. 1972; 30:9.
17. Ohishi M. Management Of Mandibula Ameloblastoma The Clinical Bases For Treatment Algorithm. *J. Oral Maxillofacial Surgery*, 1999:37.
18. Scully C: *Oral and Maxillofacial Medicine The Basis Of Diagnosis And Treatment*. Wright, 2004:353.



**Gambar 1.** Ekstra oral



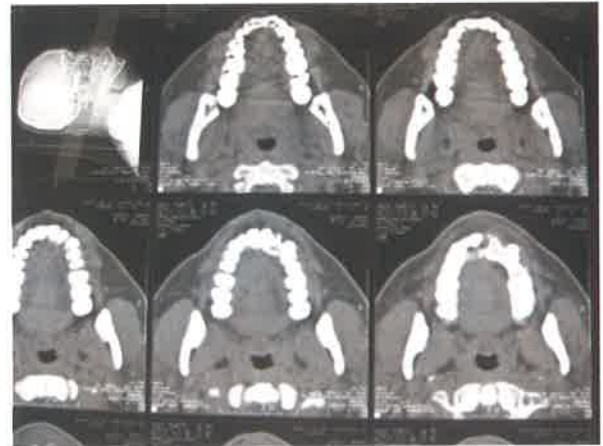
**Gambar 2.** Intra oral



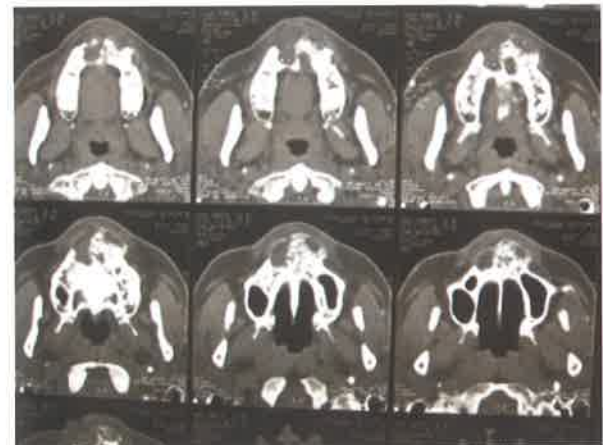
**Gambar 3.** Intra Oral



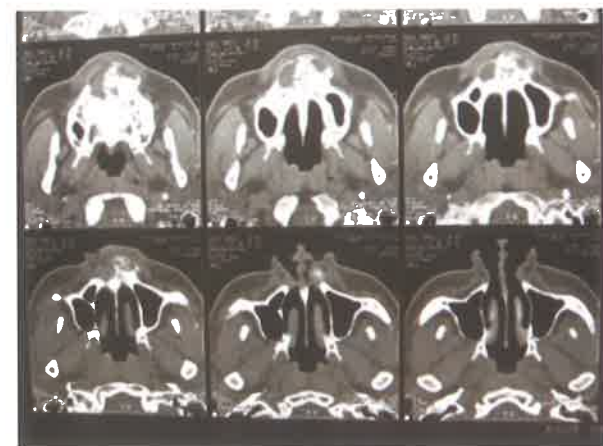
**Gambar 4.** Foto panoramik



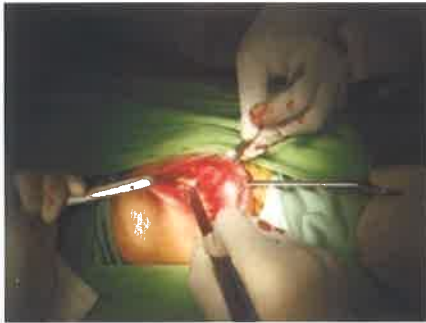
**Gambar 5a.** CT-Scan potongan axial



**Gambar 5b.** CT-Scan potongan axial



**Gambar 5c.** CT-Scan potongan axial



**Gambar 6a.** dilakukan insisi



**Gambar 6b.** Pemotongan dengan round bur



**Gambar 6c.** Pemeriksaan intra oral setelah tumor diambil



**Gambar 6d.** dilakukan penjahitan



**Gambar 6d.** Pemasangan Obturator



**Gambar 6e.** Jaringan tumor dan gigi gelligi



**Gambar 7.** Hari ke-1 paska operasi



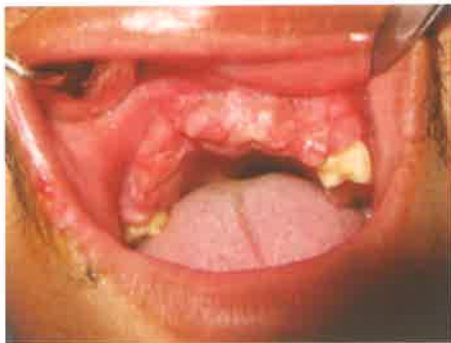
**Gambar 8.** Hari ke-4 paska operasi



**Gambar 9.** Ekstra oral bulan ke-6



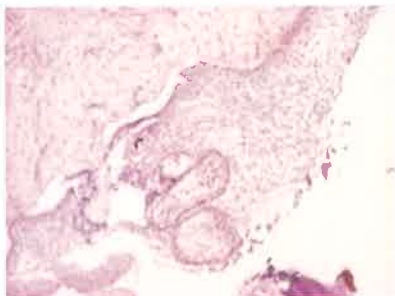
**Gambar 13.** Paska operasi bulan ke-6



**Gambar 10.** Intra oral bulan ke-6



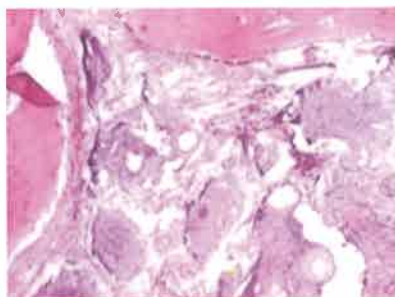
**Gambar 14.** Paska operasi bulan ke-6



**Gambar 11.** Jaringan otot



**Gambar 15.** Terpasang obturator



**Gambar 12.** Jaringan tulang



**Gambar 16.** Foto panoramik