

Pengelolaan Fraktur Berganda Kondilus Disertai Fraktur Parasimpisis Menggunakan Metode Reduksi Tertutup

Ria Sujatminingsih*, Alwin Kasim **

* Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran
**Bagian Bedah Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran/Perjan RS Hasan Sadikin Bandung

ABSTRAK

Trauma pada wajah sering menimbulkan jejas pada jaringan lunak dan jaringan keras. Fraktur pada mandibula akibat suatu trauma, biasanya juga mengakibatkan fraktur pada kondilus, baik unilateral maupun bilateral. Dilaporkan suatu kasus laki-laki dewasa yang mengalami fraktur kondilus multipel dan fraktur mandibula. Perawatan fraktur kondilus berganda dilakukan dengan cara reduksi tertutup. Setelah kurang lebih 8 minggu oklusi dan fungsi kembali normal.

Kata kunci: Fraktur, kondilus, reduksi tertutup

ABSTRACT

Trauma of maxillofacial often generate injury at soft tissue, and hard tissue. Trauma at the mandible could cause the mandible fracture and unilateral or bilateral condilar fracture. It was reported a young man who have had mandible fracture and multiple condilar fracture. The multiple condilar fracture was treated with close reduction. The function and occlusion became normal after 8 weeks after treatment.

Key words: Fracture, condyle, close reduction

PENDAHULUAN

Trauma pada wajah sering menimbulkan jejas pada jaringan lunak, dan jaringan keras. Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, baik sebagian atau seluruhnya, yang biasanya disebabkan oleh trauma mekanik.¹ Fraktur yang terjadi pada mandibula akibat suatu trauma, biasanya juga mengakibatkan fraktur pada kondilus, baik unilateral maupun bilateral, tergantung dari arah mana dan daerah mana trauma tersebut terjadi. Fraktur dapat saja terjadi pada beberapa tingkatan pada sigmoid.²

Fraktur kondilus mencakup kurang lebih 25-35 % dari keseluruhan fraktur mandibula. Fraktur kondilus diklasifikasikan berdasarkan pada tingginya garis fraktur, hubungan fragmen kondilus dan mandibula serta hubungan kondilus dan fosa. Perawatan fraktur pada kondilus memiliki pertimbangan yang berbeda dari perawatan fraktur mandibula secara keseluruhan, karena perbedaan anatomi dan kemampuan penyembuhan jaringan.³ Terapi fraktur kondilus dapat dilakukan dengan reduksi terbuka maupun tertutup, yang pada saat ini masih merupakan suatu kontroversi diantara para ahli (David & Simpson, 1995).^{4,5}

Berikut dilaporkan suatu kasus fraktur symphysis mandibula yang dirawat dengan *open reduction and internal fixation* (ORIF) dan fraktur kondilus bilateral yang dirawat dengan reduksi tertutup.

Kasus

Pasien laki-laki berusia 17 tahun datang ke Poliklinik Bedah Mulut RSHS dengan keluhan utama mulut tidak dapat ditutup dengan sempurna. Keterangan diperoleh dari anamnesa bahwa OS mengalami kecelakaan pada waktu mengendarai sepeda motor 5 hari sebelum masuk rumah sakit. OS ditabrak oleh sepeda motor dari arah yang berlawanan. Terdapat riwayat pusing. Telah dilakukan pertolongan pertama di Jawatan Kesehatan Tentara dan diberi obat amoxicillin dan analgesik, kemudian dikonsul ke Poliklinik Bedah Mulut RSHS.

Pada pemeriksaan klinik didapatkan keadaan umum dalam batas normal. Keadaan klinis terlihat adanya pembengkakan pada regio kondilus kiri dan kanan berukuran 2x2x1 cm, permukaan halus, sifat difus, warna sama dengan jaringan sekitar, terdapat asimetris wajah, dan tidak didapatkan kehancuran tulang muka. Pada pemeriksaan *intra oral* ditemukan luksasi gigi a/r 32-31, 43, open bite anterior (gambar 1). Bibir, palatum, lidah, mukosa bukal, gingiva, dasar mulut dalam batas normal, tonsil T2a-T2a. Pemeriksaan penunjang yang dipakai pada kasus ini adalah panoramik foto, thorax foto,

laboratorium darah, dan pemeriksaan urin rutin untuk persiapan pembedahan.

Pada pemeriksaan foto panoramik dan *Water's view*, di temukan adanya fraktur pada kondilus dextra dan sinistra serta fraktur parasimpisis.

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan klinis, dan pemeriksaan penunjang, maka pasien didiagnosa dengan Fraktur simpisis mandibula a/r 42 dan fraktur kondilus bilateral dan direncanakan perawatan *open reduction and internal fixation* (ORIF), *intermaxilari fixation* (IMF) dan perawatan fraktur kondilus dengan tehnik konvensional.

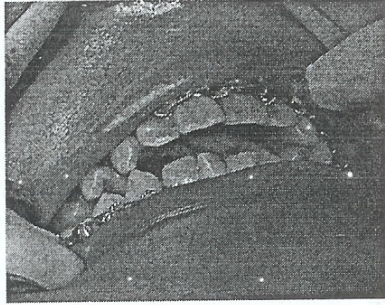
Pada kunjungan pertama dilakukan IDW pada rahang atas dari regi 16-26 dan pemberian antibiotik dan analgetik. Kunjungan berikutnya dilakukan IDW pada rahang bawah dan pasien menjalani rawat inap untuk persiapan dilakukan ORIF dengan narkose umum. Pasien diinstruksikan untuk menjaga kondisi dan diet cair.

Pasien dipersiapkan untuk dilakukan ORIF dengan narkose umum. Operasi dimulai dengan pemasangan infus ditangan kiri dan dilakukan tindakan intubasi. Setelah itu pemakaian salep mata dan penutupan mata dengan plester. Tindakan aseptik ekstra oral dengan alkohol 70% dan Betadine solution 10%, intra oral dengan betadine solution 10%. Penutupan tubuh pasien dengan kain steril, kecuali daerah operasi.

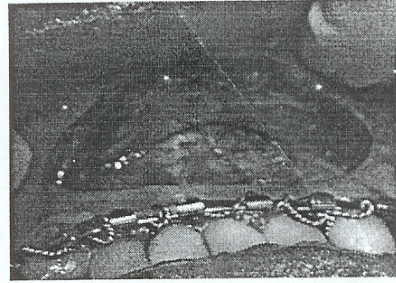
Insisi dilakukan pada vestibulum labial a/r 33-43, pemisahan jaringan lunak dari tulang dengan raspatorium, sampai terlihat garis fraktur, dan dilakukan pemasangan plat tanpa jembatan 6 hole dan 4 screw a/r 33-43 dan pemasangan plat tanpa jembatan 4 hole dan 4 screw. Kemudian dilakukan pembersihan daerah operasi dengan NaCl 0,9 % dan betadine sol. 10 %, dan dilakukan penjahitan mukosa post insisi a/r 33-43 (gambar 3).

Aplikasi *self curing* akrilik sebagai *bite raiser* posterior untuk menjaga tinggi gigitan yang berubah akibat fraktur kondilus, serta pemasangan *elastic rubber* pada *Erich bar* rahang atas dan rahang bawah anterior untuk mencari oklusi yang baik dan immobilisasi agar tulang yang fraktur tidak bergerak selama proses penyembuhan (gambar 4).

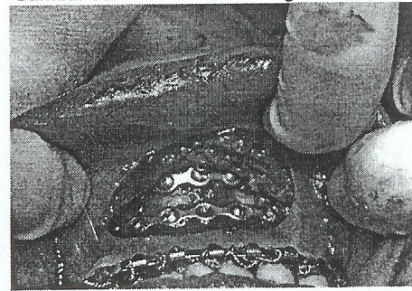
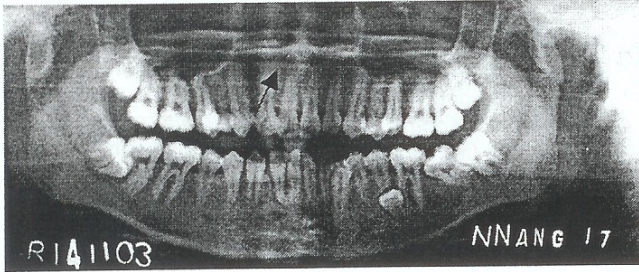
Pasca operasi, pasien diinstruksikan untuk diet cair tinggi kalori tinggi protein per NGT 2500 kalori, pemberian claneksi inj 3x1 gr dan profenid supp 2x1. Setelah hari ke 3 obat diganti dengan per oral, dan dilakukan pengurangan *bite raiser* sebanyak kurang lebih 1 mm. Demikian juga pada hari ke 4 post operasi, *bite raiser* dikurangi lagi sebanyak 1 mm. Pasien masih tetap menggunakan *elastic rubber* yang dipasang dengan arah diagonal. Pada hari ke 5 dilakukan pembuangan *bite riser* seluruhnya dan *elastic rubber* diganti dengan kawat dan dilakukan foto panoramik.



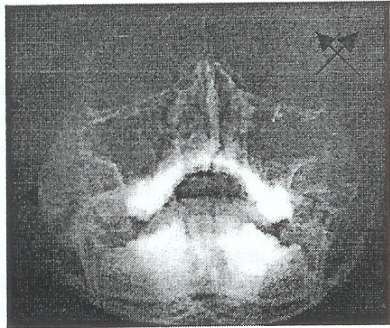
Gambar 1. Oklusi Pasien Sebelum Operasi



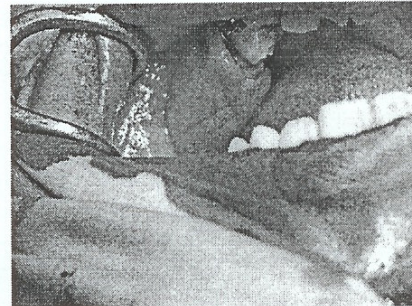
Gambar 3a. Garis Fraktur Yang Terlihat



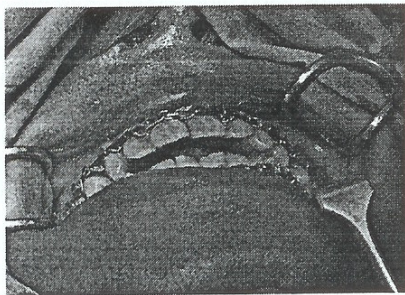
Gambar 3b. Pemasangan *Mini Plat* Pada Regio 33-43



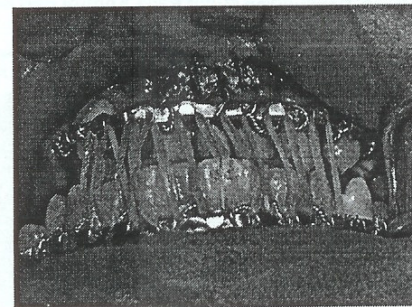
Gambar 2. Tanda Panah Menunjukkan Fraktur



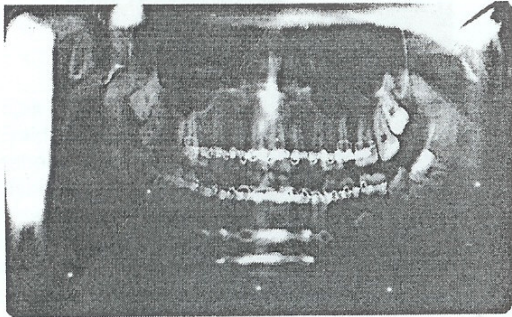
Gambar 4a. Aplikasi *Self Curing* Akrilik Di Regio Posterior Kiri Rahang Bawah,



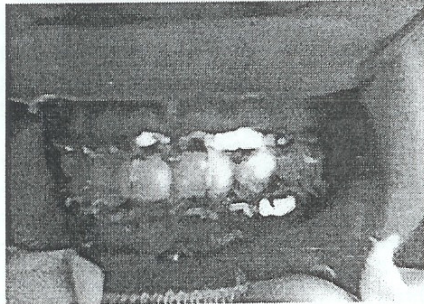
Gambar 2. *Inter Dental Wiring* Rahang Bawah Dan Rahang Atas Yang Dipasang Sebelum Dilakukan Operasi



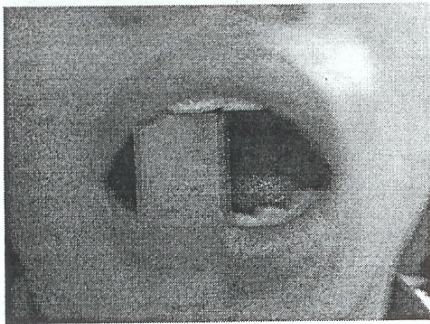
Gambar 4 b. Pemasangan *Elastic Rubber* Pada *Erich Bar* Rahang Atas Dan Rahang Bawah.



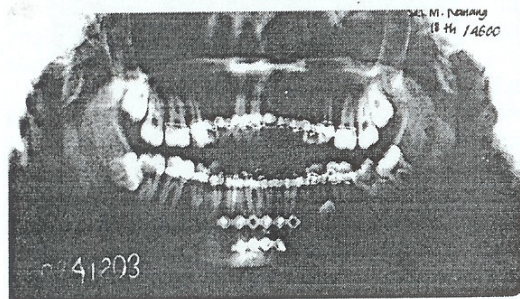
Gambar 7. Panoramik Foto Post Operasi



Gambar 7b. Kontrol hari ke- 5



Gambar 8. Pembukaan Mulut Pada Kontrol Hari ke 35



Gambar 9. Foto Panoramik Setelah Kontrol 1 Bulan.

Gambaran klinis dan hasil rontgen panoramik terlihat seperti pada gambar 5. Pada hari ke-14 post ORIF kawat IMF diganti kembali dengan rubber dengan arah pemasangan *diagonal*, dan latihan buka tutup mulut serta fisioterapi dengan sollux 10 menit kiri dan kanan. Pembukaan mulut kurang lebih 20 mm. Pasien diinstruksikan untuk latihan buka tutup mulut dirumah dan diajarkan memasang *elastic rubber* di rumah. Pasien kontrol 2 hari sekali dan dilakukan fisioterapi dan diukur pembukaan mulutnya. Hasilnya yaitu ± 30 mm, ± 33 mm, dan pada kontrol hari ke-21 pembukaan mulut ± 35 mm.

Pada kontrol hari ke-35 (gambar 8), pembukaan mulut telah mencapai 42 mm dan sejak kontrol hari ke-17 keluhan berupa pegal pada daerah telinga telah tidak ada.

Kontrol hari- 38, *Inter dental wiring rahang* atas dan rahang bawah dilepas dan diinstruksikan untuk tetap tetap latihan buka tutup mulut, kontrol lagi satu bulan kemudian.

Kontrol 1 bulan post buka *inter dental wiring* RA dan RB, dilakukan rontgen foto panoramik dan pembukaan mulut mencapai 42 mm. Terdapat bunyi kliking pada sebelah kiri TMJ.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan klinis ekstra oral dan intra oral serta pemeriksaan radiografis, kasus ini didiagnosa sebagai *symphysis mandibula* dan fraktur kondilus bilateral.

Fraktur kondilus dapat terjadi pada berbagai tingkat pada sigmoid. Jarang terjadi fraktur sagital kondilus tanpa melibatkan sigmoid, dapat saja terjadi dislokasi fraktur kondilus, baik kearah posterior, anterior, medial atau lateral, jarang terjadi dislokasi vertikal kearah fosa kranial. Terdapat bermacam-macam klasifikasi fraktur kondilus yang didasarkan pada tingkat dan derajat kemiringan, adanya *injuri* yang *kompound* atau *cominuted*, *displacement*, serta ada atau tidaknya dislokasi pada kepala kondilus dari fosa glenoid. Lund's (1947) mengklasifikasikan berdasarkan sederhananya suatu fraktur kondilus. Tipe I: Kepala kondilus berada pada tempatnya dengan atau tanpa *displacement* pada sisi fraktur, dan kemiringan tidak lebih dari 60°. Tipe II, terjadi dislokasi dari kepala kondilus dengan kemiringan 90° atau lebih. Lund's juga membagi fraktur berdasarkan ketinggian, yang melibatkan leher atau kepala kondilus, atau rendah, pada dasar dari prosesus kondilus.³ David & Simpson, 1995).

Penatalaksanaan fraktur kondilus masih menjadi kontroversi. Umumnya terapi fraktur kondilus dilakukan dengan reduksi terbuka dan internal fiksasi. Beberapa ahli bedah melakukan

terapi dengan reduksi tertutup. Teknik ini memiliki prinsip mobilisasi awal dengan pergerakan rahang yang aktif. Pasien akan menggigit dalam oklusi pretraumatik selama kurang lebih 1-2 minggu, dan dilakukan sampai pembukaan mulut mendekati 40 mm. Jika pasien tidak mendapatkan oklusi pretraumatik, maka dilakukan pemasangan *arch bar* dan oklusi dipertahankan stabil sampai 2 minggu dengan *intermaxillary fixation*. Kemudian diganti dengan karet elastik yang digunakan untuk memperbaiki deviasi yang biasa terjadi ke sisi yang mengalami fraktur (bila fraktur unilateral) atau *open bite* anterior (bila fraktur bilateral). Karet elastik lunak digunakan pada pagi hari untuk memungkinkan pergerakan mandibula dan karet elastik yang keras digunakan pada malam hari. Cara ini diteruskan selama 6-8 minggu, dan hanya digunakan pada kasus-kasus pasien yang memiliki oklusi pretraumatik. Pasien diinstruksikan untuk berlatih membuka mulut, melakukan gerakan mandibula protrusi, retrusi dan lateral.^{3,5} (David & Simpson, 1995)

Terapi dengan reduksi tertutup biasanya dilakukan pada fraktur pada anak-anak, fraktur kondilus tanpa dislokasi atau dengan dislokasi minimal. Yang bila dilihat dari rontgen panoramik kurang atau sama dengan dari 5 mm. Fraktur kondilus yang tidak mengalami perpindahan tempat ke fosa medial atau ke fosa temporal, tidak terdapat benda asing pada intra articular, tidak terdapat dislokasi ekstrakapsular lateral, pasien masih dapat membuka mulut. Pada fraktur yang letaknya tinggi sehingga stabilisasi dengan teknik pembedahan tidak memungkinkan (David & Simpson, 1995),^{3,5}

Kekurangan dari terapi dengan reduksi tertutup yang dilakukan pada pasien dewasa adalah maloklusi, deviasi pada pembukaan mulut, dan sakit pada TMJ.

Pada kasus ini dilakukan reduksi tertutup dengan pertimbangan bahwa pasien baru mengalami kejadian kurang dari 1 minggu, dan dari rontgen foto didapatkan *displacement* kondilus kurang lebih 5 mm kearah medial.

KESIMPULAN

Fraktur kondilus dapat diperbaiki dengan teknik reduksi terbuka dan tertutup. Reduksi tertutup hanya dilakukan pada fraktur yang tidak mengalami *displacement* atau dengan *displacement* lebih kecil atau sama dengan 5 mm pada rontgen foto. Terapi dilakukan selama kurang lebih 6-8 minggu untuk mendapatkan pembukaan mulut yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kruger GO. *Oral and Maxillofacial surgery*. 6th ed. St. Louis: The CV Mosby Co. 1984
2. Fonseca RJ. Robert. VW. *Oral and maxillofacial trauma*. 2nd ed. Vol 1. Philadelphia: WB Saunders Co. 1997
3. Bradley et al. *Injuries of the condilar and coronoid processes*. Dalam: Rowe and Williams: *Maxillofacial injuries*. 2nd ed. Vol 1. New York: Churchill Livingstone. 1994
4. Gerlach et all, *Condylar neck fracture: What is to be done?*. Dalam: Champy: *Atlas of craniomaxillofacial osteosynthesis*. Thieme. 1999
5. Loukota & Mc Cann, *Condylar Neck Fraktur*. Dalam: Schmelzeisen: *Maxillofacial trauma and esthetic facial reconstruction*. Churchill Livingstone. 2003
6. Archer WH. *Oral and maxillofacial surgery*. Vol 2. Philadelphia. 1975
7. Pedersen GW. *Buku Ajar Praktis Bedah Mulut*. Alih Bahasa: Purwanto, Basoeseno, Jakarta: EGC. 1996