

SINDROM KOMBINASI

MAKALAH

Disusun oleh:

Drg. LISDA DAMAYANTI, Sp. Pros.

NIP: 132206506



**BAGIAN PROSTODONSIA
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS PADJADJARAN
BANDUNG
2009**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR GAMBAR.....	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Definisi Sindrom Kombinasi.....	1
1.2 Gejala Klinis Sindrom Kombinasi.....	1
BAB II PATOGENESIS SINDROM KOMBINASI.....	4
BAB III PREVALENSI PASIEN DENGAN SINDROM KOMBINASI.....	7
BAB IV PENCEGAHAN DAN PERAWATAN SINDROM KOMBINASI.....	8
4.1 Pencegahan Sindrom Kombinasi.....	8
4.2 Perawatan Sindrom Kombinasi.....	8
4.2.1 Perawatan Dasar dari Sindrom Kombinasi.....	8
4.2.2 Kombinasi Bedah Pra Prostetik dan Prostodontik.....	9
BAB V KESIMPULAN.....	11
DAFTAR PUSTAKA.....	12

DAFTAR GAMBAR

No. gambar	Teks	Hlm.
1.1	Pasien dengan kehilangan seluruh gigi rahang atas dan hanya terdapat gigi-gigi anterior pada rahang bawah	1
1.2	Lima tanda klinis sindrom kombinasi	2
1.3	Enam tanda klinis yang sering ditemukan pada pasien dengan kehilangan seluruh gigi rahang atas dan kehilangan sebagian gigi rahang bawah	3
2.1	Hiperplasia pada palatum keras dan linggir	4
2.2	Epulis fissuratum pada sulkus labial rahang atas	4
2.3	Pertumbuhan berlebih pada tuberositas maksila	5
2.4	Model diagnostik yang memperlihatkan penurunan linggir pada regio anterior rahang atas dan regio posterior rahang bawah, serta membesarnya tuberositas maksila	5
2.5	Gambaran radiografis pasien sindrom kombinasi	5
2.6	Ekstrusi pada gigi anterior rahang bawah	6
2.7	Gigi tiruan anterior rahang atas tidak terlihat di bawah bibir atas pasien	6
4.1	Gigi tiruan lengkap rahang atas dengan amalgam pada permukaan oklusal gigi artifisial posterior	9
4.2	Penggunaan implant sebagai penyangga gigi tiruan lengkap <i>fixed</i>	10
4.3	Post pembedahan <i>graft</i> jaringan lunak dengan menggunakan <i>resorbable hydroxyapatite</i>	10

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Definisi Sindrom Kombinasi

Sindrom kombinasi merupakan suatu perubahan kerusakan oral yang spesifik yang sering terlihat pada pasien yang menggunakan gigi tiruan lengkap rahang atas dan gigi tiruan sebagian rahang bawah dengan perluasan distal. Sindrom kombinasi pertama kali diidentifikasi oleh Ellsworth Kelly pada tahun 1972. Kondisi ini dibenarkan oleh beberapa ahli prostodonsia yang juga mendefinisikan sindrom kombinasi sebagai gejala khas yang terjadi ketika rahang atas yang ompong berlawanan dengan gigi-gigi anterior rahang bawah yang asli.

Adapun sindrom kombinasi klasik mencakup:

1. Kehilangan seluruh gigi rahang atas
2. Kehilangan tulang yang parah pada premaksila dengan disertai penggantian jaringan lunak
3. Terdapat enam atau lebih gigi-gigi anterior rahang bawah, kelas 1 Kennedy, dan kehilangan tulang posterior mandibula yang parah
4. Dimensi vertikal yang sangat jauh dari ideal, terdapat pengurangan sekitar 15 mm
5. Gangguan pada estetik wajah



Gambar 1.1 Pasien dengan kehilangan seluruh gigi rahang atas dan hanya terdapat gigi-gigi anterior pada rahang bawah

1.2 Gejala Klinis Sindrom Kombinasi

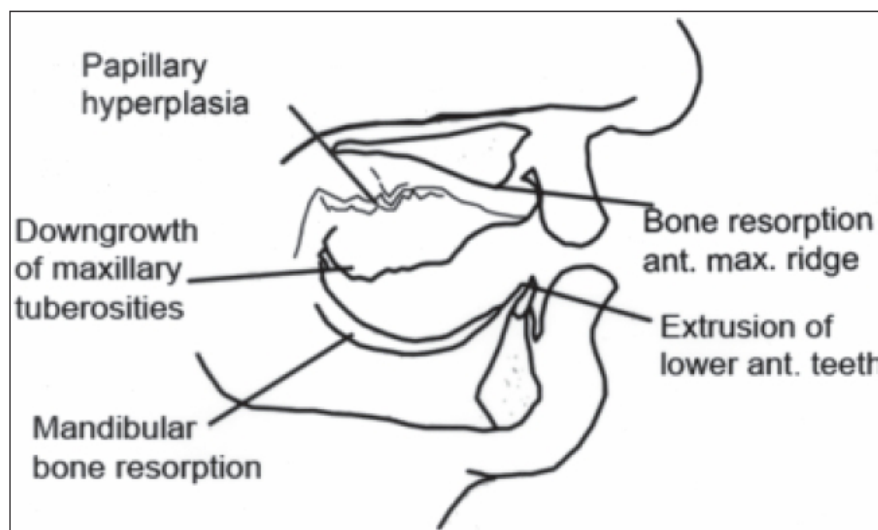
Secara umum, terdapat tujuh karakteristik yang khas berhubungan dengan sindrom ini, yaitu:

1. Kehilangan tulang pada bagian anterior dari linggir maksila
2. Tuberositas yang menonjol
3. Hiperplasia papila dari mukosa palatum keras
4. Ekstrusi dari gigi-gigi anterior rahang bawah
5. Kehilangan tulang alveolar dan ketinggian linggir di bawah landasan gigi tiruan lepasan rahang bawah
6. Gangguan estetik
7. Penurunan tinggi dimensi vertikal

Dilihat dari karakteristik tersebut, sindrom kombinasi ini juga disebut sindrom hiperfungsi anterior.

Ellsworth Kelly, sebagai orang yang pertama kali menggunakan istilah sindrom kombinasi menjelaskan terdapat lima tanda atau gejala yang umum terjadi pada sindrom ini, yaitu:

1. Kehilangan tulang dari linggir maksila anterior
2. Pertumbuhan yang berlebih dari tuberositas
3. Hiperplasia papila pada palatum keras
4. Ekstrusi gigi-gigi anterior rahang bawah
5. Kehilangan tulang di bawah landasan gigi tiruan sebagian

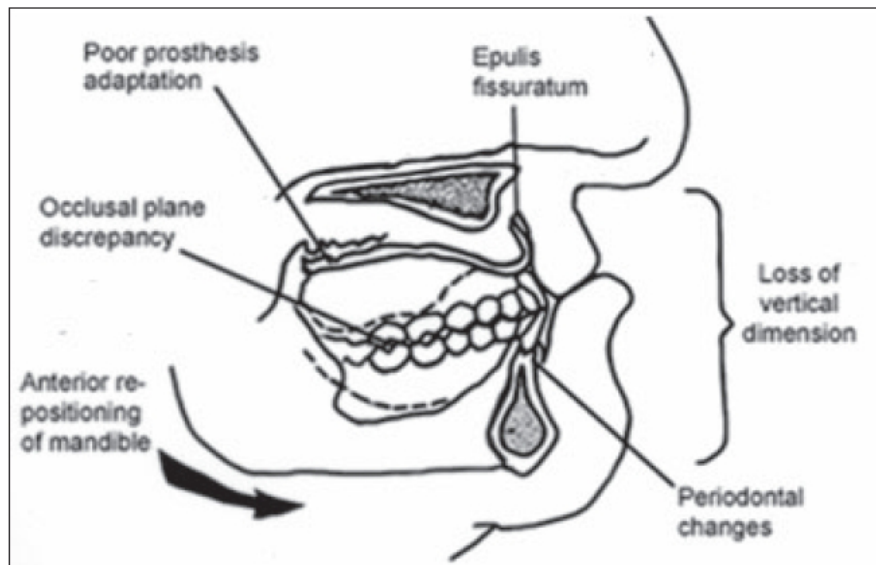


Gambar 1.2 Lima tanda klinis sindrom kombinasi

Sedangkan, Saunders *et al* menjelaskan terdapat enam tanda atau gejala klinis yang berhubungan dengan sindrom ini, yaitu:

1. Kehilangan dimensi vertikal dari oklusi
2. Perubahan dataran oklusal
3. Reposisi mandibula ke anterior

4. Adaptasi yang buruk dari gigi tiruan
5. Epulis fissuratum
6. Perubahan periodontal



Gambar 1.3 Enam tanda klinis yang sering ditemukan pada pasien dengan kehilangan seluruh gigi rahang atas dan kehilangan sebagian gigi rahang bawah

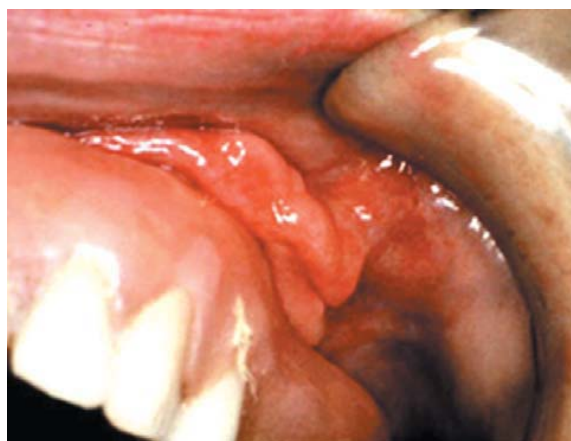
BAB II

PATOGENESIS SINDROM KOMBINASI

Sindrom kombinasi meningkat sejalan dengan kebiasaan yang berturut-turut. Menurut Kelly, awal dari kehilangan tulang bagian anterior atas merupakan kunci dari perubahan yang lain dari sindrom kombinasi. Perubahan bentuk dan kesehatan jaringan lunak pada sindrom ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Karena hanya gigi-gigi asli anterior rahang bawah yang masih tersisa, pasien cenderung memakai gigi-gigi ini lebih sering sebab lebih dapat menghasilkan daya yang maksimum. Fungsi anterior yang berlebih dan gerakan yang menyimpang ini terlalu menekan linggir anterior rahang atas sehingga resorpsi tulang alveolar terjadi. Dengan hilangnya tulang di bagian anterior, jaringan ikat hiperplastik yang *flabby* terbentuk pada linggir anterior. Jaringan hiperplastik ini tidak dapat mendukung landasan gigi tiruan dan dapat tergulung menjadi epulis fissuratum pada sulkus labial rahang atas.



Gambar 2.1 Hiperplasia pada palatum keras dan linggir



Gambar 2.2 Epulis fissuratum pada sulkus labial rahang atas

Ketika ketinggian tulang dan linggir di bagian anterior berkurang, tuberositas di bagian posterior turun ke bawah. Ada teori yang menyebutkan bahwa tekanan negatif dari gigi tiruan lengkap rahang atas menarik tuberositas ke bawah seiring dengan naiknya linggir anterior karena oklusi di bagian anterior. Linggir bagian posterior rahang atas akan menjadi lebih lebar sesuai dengan perkembangan tuberositas fibrous yang membesar. Menurunnya tuberositas

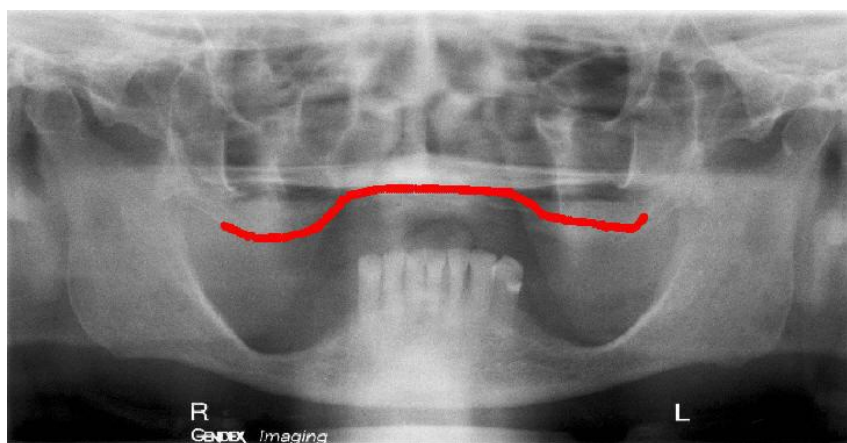
menghasilkan tekanan berlebih pada linggir posterior rahang bawah dan menyebabkan resorpsi pada linggir posterior rahang bawah. Dengan adanya perubahan ini, dataran oklusal berpindah lebih ke atas pada regio anterior dan ke bawah pada regio posterior.



Gambar 2.3 Pertumbuhan berlebih pada tuberositas maksila



Gambar 2.4 Model diagnostik yang memperlihatkan penurunan linggir pada regio anterior rahang atas dan regio posterior rahang bawah, serta membesarnya tuberositas maksila



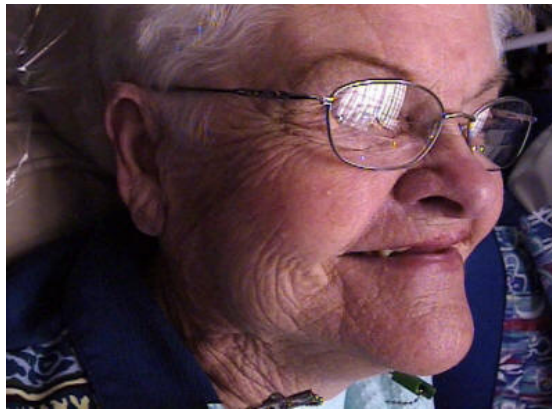
Gambar 2.5 Gambaran radiografis pasien sindrom kombinasi

Gerakan *tipping* pada bagian anterior gigi tiruan lengkap rahang atas dan gerakan yang lebih menurun pada bagian posterior akan mengurangi kontak pada gigi-gigi anterior rahang

bawah, sehingga setelah beberapa lama gigi-gigi anterior rahang bawah akan ekstrusi. Kemudian terjadi ketidaksesuaian dataran oklusal dan pasien dapat mengalami kehilangan dimensi vertikal yang sesuai. Estetik menjadi buruk karena pada pasien tidak tampak gigi-gigi anterior rahang atas, akan tetapi gigi-gigi anterior rahang bawah justru lebih banyak terlihat dan dataran oklusal turun untuk membebaskan gigi-gigi posterior rahang bawah.



Gambar 2.6 Ekstrusi pada gigi anterior rahang bawah



Gambar 2.7 Gigi tiruan anterior rahang atas tidak terlihat di bawah bibir atas pasien

BAB III

PREVALENSI PASIEN DENGAN SINDROM KOMBINASI

Shen dan Gongloff pada tahun 1989 melaporkan terdapat 150 pasien tidak bergigi pada rahang atasnya. Di antara pasien yang menggunakan gigi tiruan lengkap rahang atas dengan gigi-gigi asli anterior rahang bawah yang masih ada, satu dari empat pasien menunjukkan perubahan yang sesuai dengan tanda klinis sindrom kombinasi.

Sumber lain menjelaskan prevalensi dari gejala yang berhubungan dengan sindrom kombinasi terjadi pada 150 pasien pengguna gigi tiruan lengkap rahang atas. Perubahan pada linggir alveolar merupakan konsekuensi yang paling sering terjadi akibat dari penggunaan gigi tiruan dan paling sulit untuk diperbaiki secara bedah, ditemukan pada 7% populasi penelitian. Bahkan perubahan-perubahan ini ditemukan pada 24% pasien dengan gigi-gigi asli anterior rahang bawah yang berkontak dengan gigi tiruan lengkap rahang atas. Nilai ini tidak berbeda secara signifikan antara pasien-pasien yang menggunakan dan tidak menggunakan gigi tiruan sebagian lepasan rahang bawah.

BAB IV

PENCEGAHAN DAN PERAWATAN SINDROM KOMBINASI

4.1 Pencegahan Sindrom Kombinasi

Sindrom kombinasi dapat dicegah dengan cara:

1. Menghindari kombinasi dari gigi tiruan lengkap rahang atas yang berkontak dengan gigi rahang bawah kelas 1 Kennedy
2. Mempertahankan gigi-gigi posterior yang lemah sebagai penyangga dengan rekomendasi perawatan endodontik dan periodontik
3. Membuat *overdenture* pada rahang bawah

4.2 Perawatan Sindrom Kombinasi

Adapun hal-hal yang berkaitan dengan munculnya sindrom kombinasi antara lain:

1. Riwayat kesehatan umum dan kesehatan gigi
2. Evaluasi klinis dan radiografis baik jaringan keras maupun lunak yang berhubungan dengan penggunaan gigi tiruan
3. Gambaran dari beberapa tanda-tanda inflamasi, jika ada
4. Pemeriksaan kemungkinan dari karies pada pasien-pasien pengguna gigi tiruan, status periodontal, dan kebersihan mulutnya
5. Faktor-faktor yang diperlukan gigi sebagai penyangga (vitalitas gigi, perubahan morfologi gigi, jumlah akar, dukungan tulang, kegoyangan gigi, perbandingan mahkota-akar, ada/tidak dan posisi restorasi, posisi gigi di dalam lengkung, kemampuan retensi dan *guide plane*)

Perawatan konvensional sindrom kombinasi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu hanya dengan perawatan prostodontik saja, atau dengan kombinasi perawatan prostodontik dan bedah pra-prostetik.

4.2.1 Perawatan Dasar dari Sindrom Kombinasi

Saunders *et al* tahun 1979 menyatakan bahwa perawatan dasar yang objektif dalam merawat pasien-pasien sindrom kombinasi adalah untuk mendapatkan dataran oklusal yang lebih baik yang mana terjadi penekanan oklusal pada regio anterior rahang atas, baik pada posisi sentrik maupun eksentrik. Beberapa perawatan objektif khusus yang disebutkan antara lain:

1. Gigi tiruan sebagian lepasan rahang bawah harus memberikan dukungan oklusal yang positif dari gigi-gigi asli dan memiliki penutupan maksimal pada landasan yang diperluas ke arah distal. Hal ini sebanding dengan pendapat Kelly, yaitu landasan gigi tiruan sebagian rahang bawah sebaiknya diperluas seluruhnya dan harus menutupi *retromolar pad* dan area *buccal shelf*
2. Desain gigi tiruan harus kaku dan menghasilkan stabilitas yang maksimal
3. Dataran oklusalnya harus berada tepat saat posisi relasi sentrik dan sesuai dengan dimensi vertikal
4. Gigi-gigi anterior sebaiknya hanya digunakan untuk kebutuhan fonetik dan estetik saja
5. Gigi-gigi posterior sebaiknya dalam oklusi yang berimbang

Pada tahun 1985, Stephen M. Schmitt menjelaskan pendekatan perawatan yang dapat meminimalkan perubahan atau kerusakan, dengan menggunakan perawatan objektif yang dikemukakan Saunders *et al*, yaitu:

1. Gigi tiruan dibuat dalam 2 tahap
2. Gigi tiruan sebagian rahang bawah dibuat terlebih dahulu
3. Gigi resin akrilik digunakan untuk menggantikan gigi anterior rahang atas
4. Melapisi permukaan oklusal gigi artifisial posterior dengan *cast gold*

Agar pasien dapat melakukan gerakan “menggiling” dengan baik, inklinasi cuspal tidak mungkin sama dengan pasien-pasien lainnya, dan diperlukan teknik pembuatan khusus untuk bagian oklusal gigi tiruan rahang atas. Lapisan *cast gold* pada bagian oklusal dapat digunakan, tetapi harganya mahal dan membutuhkan waktu yang lebih lama dalam pembuatannya. Pendekatan lain, yang telah berhasil dilakukan, adalah mengubah anatomi oklusal gigi tiruan rahang atas dengan menggunakan *light-cured* resin komposit, atau amalgam.



Gambar 4.1 Gigi tiruan lengkap rahang atas dengan amalgam pada permukaan oklusal gigi artifisial posterior

4.2.2 Kombinasi Bedah Pra Prostetik dan Prostodontik

Kelly berpendapat bahwa sebelum dilakukan perawatan dengan menggunakan gigi tiruan, perubahan-perubahan besar yang sudah ada sebaiknya dilakukan perawatan bedah terlebih dahulu. Kondisi ini termasuk jaringan *flabby* (hiperplastik), hiperplasia papila, dan tuberositas yang membesar.

Gigi tiruan lengkap rahang bawah menghasilkan prognosis yang lebih baik pada pasien sindrom kombinasi dan gigi-gigi asli anterior rahang bawah ada keterlibatan periodontal. Gigi tiruan dengan penyangga implant menghasilkan retensi, stabilisasi, fungsi, dan kenyamanan bagi pasien serta lebih stabil saat oklusi. Untuk melakukan prosedur ini prostodontis harus berkonsultasi dengan ahli bedah mulut. Tahun 2001, Wennerberg *et al* melaporkan keberhasilan jangka panjang penggunaan implant di rahang bawah sebagai penyangga protesa *fixed* yang berlawanan dengan gigi tiruan lengkap lepasan rahang atas.



Gambar 4.2 Penggunaan implant sebagai penyangga gigi tiruan lengkap *fixed*

Stabilisasi pada rahang atas dapat diperoleh dengan beberapa cara:

1. Retensi dari penyangga
2. Penanaman implant
3. Regenerasi jaringan lunak dengan menggunakan *resorbable hydroxyapatite* dan vestibuloplasti



Gambar 4.3 Post pembedahan *graft* jaringan lunak dengan menggunakan *resorbable hydroxyapatite*

BAB V

KESIMPULAN

Hampir semua proses degeneratif yang terjadi merubah perkembangandari regio-regio yang tidak bergigi pada pemakai gigi tiruan lengkap rahang atas dan gigi tiruan sebagian rahang bawah. Dokter gigi sebaiknya memberikan pendekatan perawatan pada pasien-pasien ini secara terus-menerus dan membangun inisiatif dalam perawatan yang benar sangatlah penting. Setiap pasien harus berhati-hati dan mempunyai perhatian khusus terhadap kondisi ini, yaitu berusaha mendapatkan kemungkinan bertahan lamanya gigi tiruan yang digunakan dengan sedikit mungkin terjadi kerusakan jaringan. Keberhasilan ini hanya dapat dipastikan dan dijamin dengan *recall* pasien yang berkala dan perawatan rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Cabianca, M. 2003. *Combination syndrome: treatment with dental implants*. Implant Dentistry 12, 300-305. Lippincott, Inc: Canada
- Lebshtien, Ingy T.; Mohie Eldin H. A. 1998. *Maxillary complete denture opposed by an implant: development of combination*. Official Journal of the Egyptian Dental Association 44 (1)
- Madan, N.; Datta K. 2006. *Combination syndrome*. The Journal of Indian Prosthodontic Society 6 (1), 10-13. India
- Ridall, Amy L. 2006. *Combination Syndrome*. DENF advanced Prosthodontics. Dental Branch at Houston: Texas
- Shen, Kay; Gongloff R. K. 2005. *Prevalence of the combination syndrome among denture patients*. The Journal of Prosthetic Dentistry 62 (6), 642-644. Mosby, Inc: USA
- Smith, Philip W.; J Fraser McCord; Nick J A Grey. 2001. *Combination syndrome revisited*. CPD Dentistry 2001; 2(3):96-101