

HIGH CONDYLECTOMY PADA KASUS FRAKTUR KONDILUS (Laporan Kasus)

Ika Ratna Maulani

Laboratorium Bedah Mulut FKG UPDM(B) Jakarta

ABSTRAK

Kondilus adalah bagian dari mandibula yang berada pada puncak vertikal ramus mandibula dan membangun sendi dengan tulang temporal melalui fossa glenoid. Perawatan bedah pada fraktur kondilus bertujuan mengembalikan fragmen fraktur ke posisi anatomi secara benar, yang didapatkan dengan membuka fraktur kondilus, mendapatkan hubungan normal dengan mandibula dan memfiksasi pada posisinya. Kondilektomi pada fraktur kondilus merupakan tindakan yang jarang dilakukan dan diindikasikan hanya pada beberapa keadaan.

Dilaporkan seorang laki-laki berusia 33 tahun datang ke Unit Gawat Darurat Bedah Mulut Rumah Sakit Hasan Sadikin setelah kecelakaan lalu lintas 1 hari sebelumnya, dengan keluhan rasa sakit dan bengkak pada sendi temporomandibular kanan, serta bukaan mulut terbatas. Pasien didiagnosa dengan fraktur kondilus kanan dan dilakukan kondilektomi kanan dengan narkose umum oleh Bagian Bedah Mulut Rumah Sakit Hasan Sadikin.

Kata kunci : Fraktur kondilus, kondilektomi

ABSTRACT

A condyle is a part of mandible that lies on top of the ramus of mandible and builds a joint with the temporal bone through glenoid fossa. Surgical treatment of a condyle fracture aims to restore fracture fragments to anatomical positions correctly, obtained by opening the condyle fracture, obtaining normal contact with the mandible and fixating it in position. Condylectomy of a condyle fracture is a rare act and is indicated only in some circumstances.

A 33-year-old man was reported to the Emergency Surgery Unit of Hasan Sadikin Hospital after a traffic accident the previous day, complaining of pain and swelling in the right temporomandibular joint, and limited mouth opening. Patient was diagnosed with right mandibular condyle fracture and performed right condylectomy with general narcose by Oral and Maxillofacial Surgery Division of Hasan Sadikin Hospital.

Key words : condyle fracture, condylectomy

PENDAHULUAN

Fraktur tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang, baik sebagian maupun seluruhnya. Fraktur dapat terjadi dimana saja bagian tubuh manusia, termasuk daerah wajah dan dapat disertai kerusakan jaringan lunak.¹

Kondilus adalah bagian dari mandibula yang berada pada puncak vertikal ramus mandibula dan membentuk persendian dengan tulang temporal melalui fossa glenoid. Sebagai pusat pergerakan mandibula, kondilus mempunyai hubungan yang kompleks dengan jaringan disekitarnya.² Injuri yang mengenai sendi temporo mandibular dapat dikelompokkan menjadi 3 besar yaitu kontusio, dislokasi dan fraktur kondilus.³

Fraktur kondilus berjumlah sekitar 26-57% dari seluruh kejadian fraktur mandibula dan laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan wanita dengan rasio 3 : 1, serta \pm 84% adalah fraktur kondilus unilateral. Penyebab

paling sering adalah kekerasan, injuri pada saat olahraga, terjatuh dan kecelakaan lalu lintas dengan bagian terbanyak mengalami fraktur adalah subkondilus 62%, leher kondilus 24%, dan intrakapsular 14%. Insidensi tertinggi terdapat pada pasien dengan usia antara 20-40 tahun.^{4,5} Gejala yang ditimbulkan seperti sakit yang berkepanjangan, keterbatasan rahang dalam fungsi dan pergerakan, pertumbuhan rahang yang asimetris serta maloklusi.⁵

Dalam perawatan fraktur kondilus secara bedah, terdapat beberapa pendekatan bedah yang sering dipakai yaitu pendekatan preaurikular, retromandibular, *rhytidectomy*, submandibular dan intraoral. Masing-masing tehnik memiliki akses yang berbeda dan pemakaiannya ditentukan oleh tipe permasalahan dan rencana bedah yang telah ditentukan sebelumnya.⁴

Kondilektomi merupakan pilihan bedah terakhir bila terapi bedah dan non bedah sebelumnya tidak

berhasil.⁶ Dapat juga dilakukan bila fraktur kondilus mengalami *displacement* ataupun dislokasi, maupun bila kondilus yang fraktur terdiri dari beberapa fragmen.

LAPORAN KASUS

Dilaporkan seorang laki-laki berusia 33 dirujuk dari Rumah Sakit Sumedang ke Unit Gawat Darurat Bedah Mulut Rumah Sakit Hasan Sadikin setelah kecelakaan lalu lintas 1 hari sebelumnya di daerah Sumedang, dengan keluhan rasa sakit dan bengkak pada sendi temporomandibular kanan, serta bukaan mulut terbatas.

Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan *primary survey*; *airway clear*, *breathing respiratory rate* 18x/menit, *circulation pulse* 80x/menit, tensi 120/80mmHg, *disability GCS (Glasgow Coma Scale)* 15: *secondary survey*; kepala mata, conjungtiva tidak anemis, oedema pada regio preaurikuler kanan, wajah tidak simetris, vulnus abrasivum pada regio bukal sinistra, lain-lain tidak ada kelainan. Pemeriksaan fisik khusus didapatkan pembukaan mulut sebesar kurang lebih 2 cm, terdapat maloklusi, rasa nyeri timbul saat mulut dibuka dan ditutup (Gambar 1).



GAMBAR 1.
Gambaran klinis ekstra oral



GAMBAR 2.
Gambaran radiologis panoramik

Pada pemeriksaan radiologis panoramik didapatkan fraktur kondilus dekstra (Gambar 2). Berdasarkan pemeriksaan klinis, riwayat pasien dan pengamatan radiologi, ditegakkan diagnosa fraktur kondilus dekstra yang direncanakan dilakukan kondilektomi dekstra. Rencana perawatan kondilektomi dengan narkose umum yang dilakukan tanggal 29 Juli 2009.

Jalannya operasi pertama-tama dilakukan

persiapan alat, operator dan asisten, anestesi umum dengan O₂, N₂O dan enfluran, pemasangan infus, tindakan intubasi, pemberian salep mata dan plester, tindakan aseptik *Ekstra Oral*; alkohol 70 % dan betadine solution 10%, *Intra Oral*; penutupan tubuh pasien dengan kain steril, kecuali daerah operasi, pemasangan *interdental wire* dan intermaksilarifikasi dengan *rubber* (Gambar 3), penyuntikan hemostatik lokal (Gambar 4), insisi berbentuk vertikal di depan aurikuler dekstra (pendekatan preaurikuler) (Gambar 5), pembukaan kutis dan otot-otot sampai terlihat kondilus dekstra yang fraktur dengan blade no.15, *cauter*, gunting jaringan, arteri klem (Gambar 6). Pengambilan fragmen tulang (Gambar 7), penghalusan tulang dengan carborondum bur dan *bone file* (Gambar 8), *spooling* daerah operasi dengan NaCl 0,9%, penjahitan otot, subkutis, kutis lapis demi lapis, pembersihan daerah operasi, pemasangan sufratul dan hipafiks (Gambar 9).



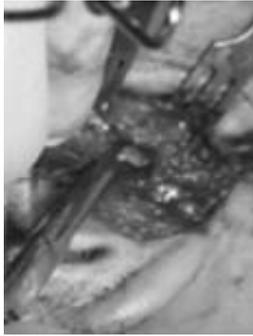
GAMBAR 3.
Pemasangan IDW dan IMF rubber



GAMBAR 4.
Penyuntikan adrenalin

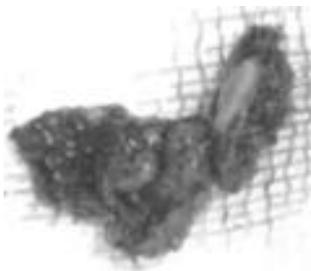


GAMBAR 5.
Insisi



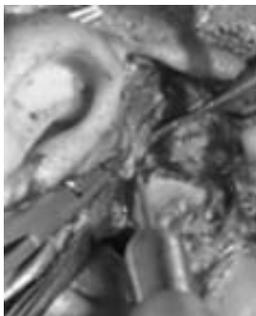
GAMBAR 6.

Pembukaan kutis, subkutis, otot sampai kondilus terlihat



GAMBAR 7.

Fragmen tulang kondilus



GAMBAR 8.

Penghalusan leher kondilus



GAMBAR 9.

Penjahitan

Selanjutnya pasien dikontrol kembali 1 minggu setelah pulang dari Rumah Sakit. Pada saat kontrol ini, dilakukan pergantian (IMF) *Inter Maxillary Fixation wire* dengan *rubber elastic* pada regio Premolar 1 atas dan bawah. IMF ini dipertahankan sampai 2 bulan. Pada tanggal 2 November 2009 pasien kontrol kembali dan dilakukan pembukaan *Arch Bar* pada rahang atas dan rahang bawah. Keluhan paska operasi adalah pasien merasakan sedikit sulit untuk menggerakkan alis sebelah kanan, kemudian pasien dikonsulkan ke Bagian Fisioterapi dan pada saat kontrol terakhir dirasakan keluhan tersebut semakin berkurang.

PEMBAHASAN

Insidensi

Pada beberapa literatur diketahui bahwa fraktur kondilus berjumlah sekitar 26-57% dari seluruh kejadian fraktur mandibula, \pm 84% adalah fraktur kondilus unilateral, laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan wanita dengan rasio 3 : 1. Insidensi tertinggi terdapat pada pasien dengan usia antara 20-40 tahun. Penyebab paling sering adalah kekerasan, injuri pada saat olahraga, terjatuh dan kecelakaan lalu lintas, dengan bagian terbanyak mengalami fraktur adalah subkondilus 62%, leher kondilus 24%, dan intrakapsular 14%.^{4,5} Pada laporan kasus ini ditemukan fraktur subkondilus terjadi pada seorang laki-laki berusia 33 tahun akibat kecelakaan lalu lintas, hal ini sangat sesuai dengan literatur.

Klasifikasi Fraktur Kondilus

Terdapat banyak klasifikasi mengenai fraktur kondilus, yang berdasarkan tingkatan, derajat kemiringan, adanya injuri yang *compound* atau *comminuted*, *displacement* dan ada atau tidaknya dislokasi kepala fossa glenoid.²

I. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi fragmen fraktur dan hubungan antara kondilus dengan mandibula dan fossa glenoid yang dikemukakan oleh Lindahl.³

a. Berdasarkan tingginya fraktur

1. Kepala kondilus atau intrakapsular
2. Leher kondilus
3. Subkondilus

b. Berdasarkan hubungan kondilus dengan mandibula

1. Tidak terdapat pergeseran (*fissure fracture*).
2. Adanya deviasi. Hubungan *processes condilus* dengan fragmen mandibula utama membentuk sudut yang kecil tanpa *overlap*.
3. Adanya pergeseran fragmen kondilus dengan *overlap* medial
4. Adanya pergeseran fragmen kondilus dengan *overlap* lateral
5. Adanya pergeseran fragmen dengan *overlap* anterior atau posterior
6. Tanpa kontak diantara fragmen fraktur

c. Berdasarkan hubungan antara kepala kondilus dengan fossa glenoidalis

1. Tidak adanya pergeseran fragmen
2. Adanya pergeseran fragmen
3. Dislokasi

Klasifikasi ini dapat dilihat pada Gambar 10.



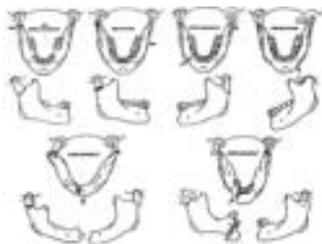
GAMBAR 10.

Klasifikasi fraktur kondilus menurut Lindahl³. A. Berdasarkan ketinggian fraktur B. Hubungannya dengan mandibula C. Hubungannya dengan fossa glenoid

Pada laporan kasus ini, fraktur kondilus dapat diklasifikasikan :

- a. Berdasarkan tinggi fraktur : kepala kondilus
 - b. Berdasarkan hubungan kondilus dengan mandibula : tidak termasuk dalam klasifikasi
 - c. Berdasarkan hubungan antara kepala kondilus dengan fossa glenoidalis : tidak termasuk dalam klasifikasi
- II. MacLennan juga membuat klasifikasi fraktur kondilus berdasarkan hubungannya dengan mandibular, yaitu :³
- a. Tipe I : fraktur tanpa pergeseran (*no displacement fracture*)
 - b. Tipe II : fraktur dengan deviasi (*deviation fracture*), dimana terdapat sudut yang kecil antara kondilus dan mandibula.
 - c. Tipe III : fraktur dengan pergeseran (*displacement fracture*), dimana terdapat *overlap* antara kondilus dengan mandibula.
 - d. Tipe IV : fraktur dengan dislokasi (*dislocation fracture*), dimana kepala kondilus utuh keluar dari fossa artikularis

Klasifikasi ini dapat dilihat pada Gambar 11.



GAMBAR 11.

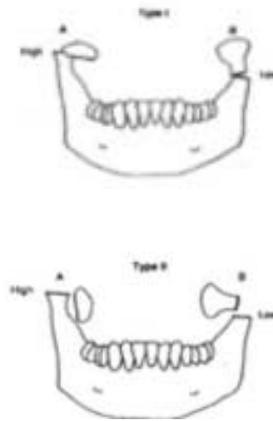
Klasifikasi fraktur kondilus berdasarkan arah trauma (Klasifikasi MacLennan)³

Fraktur kondilus pada laporan kasus ini tidak termasuk dalam klasifikasi MacLennan.

III. Terdapat juga klasifikasi fraktur kondilus yang sederhana yang diklasifikasikan oleh Lund, yaitu :²

- a. Tipe I : dislokasi kondilus dengan atau tanpa pergeseran fragmen fraktur, dan tidak lebih dari 60°.
- b. Tipe II : dislokasi kondilus dengan sudut sama atau lebih dari 90°
- c. Subtipe A: fraktur tinggi
- d. subtipe B: fraktur rendah

Klasifikasi ini dapat dilihat pada Gambar 12.



GAMBAR 12.

Klasifikasi fraktur kondilus menurut Lund²

Pada laporan kasus ini fraktur kondilus dapat diklasifikasikan termasuk ke dalam subtipe A (fraktur tinggi).

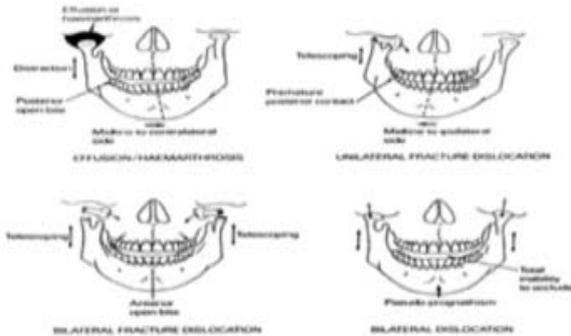
Gejala Klinis

Rasa sakit dan trismus pada daerah TMJ (*Temporo Mandibular Joint*) merupakan gejala yang paling sering menyertai fraktur kondilus, akan bertambah sakit bila digerakan sehingga pasien membatasi pergerakan rahangnya. Dapat juga disertai pembengkakan yang terlokalisir serta adanya krepitasi di daerah TMJ merupakan gejala yang menunjukkan adanya fraktur kondilus. Sebagian besar pasien juga mengeluh adanya maloklusi. Kadang terdapat perdarahan yang keluar dari telinga. Pada pemeriksaan otoskopik di meatus akustikus external dapat memperlihatkan adanya perdarahan dari robekan lapisan kanal. Pada fraktur kondilus dengan dislokasi, ujung yang tajam dari leher kondilus dapat menusuk dinding anterior MAE (*Meatus Acusticus Externus*). Pergeseran ke posterior kondilus dapat merobek kartilago kanal atau fraktur plat tympani.^{2,3,7} Pada laporan kasus ini, pasien mengeluhkan rasa sakit pada daerah TMJ disertai trismus, bengkak pada daerah TMJ, dan maloklusi.

Pemeriksaan palpasi bimanual kondilus selama pembukaan dan penutupan mulut dapat mendeteksi adanya pembengkakan, kekenyalan atau tidak adanya

kondilus. Dapat juga dilakukan dengan meletakkan jari di atas TMJ tepat didepan tragus atau dengan memasukkan ujung jari secara hati-hati ke dalam CAE (*Canalis Acusticus Externus*) pada tiap sisi.^{2,3} Pada laporan kasus ini, pemeriksaan pada daerah TMJ sulit dilakukan karena adanya pembengkakan, namun pada pemeriksaan di daerah CAE dengan ujung jari didapatkan pergerakan yang “tertinggal” pada kondilus dekstra.

Keadaan mulut dan oklusi harus diperiksa secara teliti. Pada kasus fraktur kondilus unilateral yang biasanya disebabkan impak unilateral, maka *midline* dagu dan gigi rahang bawah menyimpang ke sisi yang terlibat, sehingga terdapat *openbite* posterior pada sisi sebelahnya dan pasien tidak dapat menutup mulut. Pada fraktur kondilus bilateral yang umumnya karena impak yang simetris, tidak menunjukkan pergeseran *midline* dagu tetapi terdapat mandibula yang protusif sehingga dapat menyebabkan *open bite* anterior (Gambar 14). Terdapat pergerakan yang terbatas serta kesulitan dalam berbicara dan menelan. Bila terjadi fraktur kondilus secara bilateral, bila pasien berusaha membuka mulut, akan timbul rasa sakit dan hambatan dalam pergerakannya.^{2,3,5,8} Pada laporan kasus ini, dagu pasien tampak menyimpang ke sisi kanan, dimana fraktur kondilus terlibat dan terjadi *openbite* posterior pada sisi kiri, serta pasien tidak dapat menutup mulut.



GAMBAR 13.

Gambaran klinis pada injuri TMJ³

Upton (1991) mencatat beberapa keadaan klinis yang sering terlihat pada fraktur kondilus yaitu :

1. Terdapat trauma wajah, khususnya pada daerah mandibula dan simfisis
2. Rasa sakit dan pembengkakan pada daerah TMJ
3. Pembukaan mulut yang terganggu dan terbatas
4. Pembukaan mulut mengalami deviasi ke arah sisi terlibat
5. *Open bite* posterior pada sisi yang normal pada fraktur kondilus unilateral
6. Perdarahan pada kanalis auditorius eksternal.
7. Selama protrusi, mandibula deviasi ke arah sisi terlibat
8. Kesulitan untuk bergerak ke lateral
9. *Open bite* anterior pada fraktur kondilus bilateral

Pada laporan kasus ini, gejala yang terlihat dan dirasakan pasien adalah :

1. Terdapat trauma pada wajah
2. Rasa sakit dan pembengkakan pada daerah TMJ dekstra
3. Pembukaan mulut terganggu dan terbatas
4. Pembukaan mulut mengalami deviasi ke kanan
5. *Open bite* posterior pada sisi kiri

Pemeriksaan Radiologis

Berbagai macam tehnik radiologi dapat dipakai untuk memperoleh diagnosa yang akurat dan mengetahui lokasi injuri kondilus dengan tepat. Tehnik radiologi juga dapat mengetahui struktur dan keadaan dari TMJ. Tehnik foto yang dipakai dalam penanganan fraktur kondilus antara lain :³

A. Radiografi konvensional

1. Foto panoramik /OPG (*Orthopantomografi*) dan lateral *oblique* mandibula.
OPG menjadi foto standar yang dapat melihat seluruh mandibula dan dilakukan dalam keadaan mulut terbuka. Lateral *oblique* dipakai jika tidak ada fasilitas OPG dengan fokus di ramus vertikal.
2. *Reverse Townne's view* dan PA mandibular.
Memberikan gambaran pada fraktur proximal dan distal dalam bidang medio-lateral serta memperlihatkan kepala kondilus yang lebih jelas, dibanding foto PA yang menunjukkan gambaran saling menumpuk dengan dasar tengkorak
3. *Transcranial view* TMJ.
Dapat melihat hubungan fraktur kondilus dan fossa glenoid, serta menggambarkan bentuk fraktur intrakapsular

B. Tomografi

Digunakan tanpa melakukan manipulasi wajah pasien, yang biasanya sulit dilakukan pada pasien trauma. Biasanya tomografi sagital atau koronal.

C. CT Scan

Melihat hubungan kondilus dengan fossa mandibula lebih akurat.

D. MRI

Dapat memperlihatkan sobekan atau degeneratif meniskus, osteokondritis atau fraktur transkranial kondilus, serta perubahan pada *bone marrow* kondilus. Dapat juga menunjukkan otot-otot mastikasi dengan baik.

E. Arthrografi

Dihasilkan dengan memasukkan bahan kontras pada ruang bagian atas dan bawah. Dapat juga dikombinasikan dengan memakai MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) untuk mendapatkan gambaran yang lebih dinamik.

Pada laporan kasus ini, pemeriksaan radiologis hanya menggunakan radiografi konvensional, awalnya memakai schedel AP (Antero Posterior) dan lateral, kemudian ditambahkan panoramik.

Perawatan Fraktur Kondilus secara Bedah

Perawatan bedah pada fraktur kondilus bertujuan mengembalikan fragmen fraktur ke posisi anatomi secara benar, yang didapatkan dengan membuka fraktur kondilus, mendapatkan hubungan normal dengan mandibula dan memfiksasi pada posisinya.³

Tujuan perawatan fraktur kondilus adalah untuk mencapai :⁵

1. Pembukaan mulut tanpa rasa sakit dengan jarak interinsisal > 40 mm
2. Pergerakan rahang yang baik pada segala arah
3. Mengembalikan oklusi seperti sebelum injuri
4. Sendi TMJ yang stabil
5. Wajah dan rahang yang simetris

Karena akses bedah pada fraktur kondilus cenderung sulit dan memiliki resiko terhadap syaraf kranial VII dan arteri maksilaris, maka Zide dan Kent (1983) membuat indikasi absolut dan relatif terhadap perawatan fraktur kondilus dengan pendekatan bedah.^{2,3}

Indikasi absolut

1. Fraktur kondilus dengan displasemen ke bagian medial fossa kranial
2. Tidak memungkinkan mendapatkan oklusi yang normal melalui reduksi tertutup karena terhalang fragmen kondilus
3. Dislokasi fraktur lateral dari kondilus
4. Adanya benda asing (luka tembak), fraktur kondilus *compound*

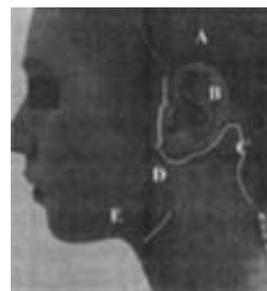
Indikasi relatif

1. Fraktur kondilus bilateral pada pasien edentulous
2. Fraktur kondilus unilateral atau bilateral, dimana tidak dapat dilakukan penggunaan splinting karena alasan status kesehatannya
3. Fraktur kondilus bilateral yang berhubungan dengan fraktur wajah tengah *comminuted*
4. Fraktur kondilus bilateral yang berhubungan dengan masalah gnathologik

Pada laporan kasus ini, indikasi dilakukan perawatan fraktur kondilus secara bedah sifatnya indikasi absolut.

Pendekatan Bedah Preaurikular

Dalam perawatan fraktur kondilus secara bedah, terdapat beberapa pendekatan bedah yang sering dipakai yaitu pendekatan preaurikular, retromandibular, *rhytidectomy*, submandibular dan intraoral. Masing-masing tehnik memiliki akses yang berbeda dan pemakaiannya ditentukan oleh tipe permasalahan dan rencana bedah yang telah ditentukan sebelumnya (Gambar 14).¹



GAMBAR 14.

Tipe insisi pada perawatan bedah fraktur kondilus⁵

- A. Bramley-Al Quayat
- B. Pre-aurikular
- C. Rhytidectomy
- D. Retromandibular
- E. Submandibular

Pendekatan yang paling sering dipakai dengan melalui insisi vertikal sepanjang ± 3 cm di depan telinga, diperluas tepat dibawah tragus. Tehnik ini memberikan akses yang baik pada sendi. Daerah ini relatif sedikit vaskularisasinya dan memberikan akses ke bagian atas hingga fascia temporalis dan terus ke arah arkus zygomaticus. Insisi dapat diperluas ke atas dan ke depan untuk memberikan akses yang lebih baik. Bekas insisi meninggalkan *scar* pada permukaan wajah.^{7,9} Insisi jangan diperluas ke inferior, akan mengenai N. fasialis yang muncul dari foramen stylomastoid. Pada bagian atas dapat ditemukan vena temporalis superficial dan N. aurikulotemporal. Pada bagian medial terdapat arteri maksilaris, A. meningeal media dan N. aurikulotemporal serta pleksus pterygoid.⁴ Pada laporan kasus ini, pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan preaurikular.

Kondilektomi

Interfensi bedah untuk mengurangi keluhan sakit pada TMJ diindikasikan hanya bila terapi konservatif gagal dan dari pemeriksaan radiologi tampak gambaran kerusakan kondilus yang berat. Prinsip dari kondilektomi adalah reduksi kepala kondilus secara bedah, sehingga menghilangkan iritasi permanen dan tekanan pada saraf TMJ. Kemudian jaringan ikat longgar yang mengandung banyak pembuluh darah, pembuluh saraf dan saraf tepi diletakkan di posterior kepala kondilus, yang akan mengikat diskus artikularis di posterior dari kapsul.⁶

Kerugian terbesar dari prosedur kondilektomi adalah deformitas fasial dan oklusal. Oleh karena prosedur ini menahan pergerakan ke depan dan membuang faktor penghalang, maka otot pterigoid lateral dikorbankan, mengakibatkan pergerakan hanya rotasi tanpa translasi. Ramus memendek, sehingga mengakibatkan *open bite* dan retrusi mandibula. Operasi ini merupakan pilihan terakhir setelah operasi lainnya gagal.¹⁰

Deviiasi ringan setelah operasi dapat diatasi dengan penyesuaian oklusal. Preservasi atas meniskus sangat penting untuk dilakukan agar mencegah adesi antara potongan dari fragmen yang ditinggal dengan fossa glenoid, yang dapat mengakibatkan deviasi rahang ke daerah bekas operasi. Pergerakan rahang setelah operasi tidak boleh dibatasi, bahkan seharusnya rahang digerakkan sebisa mungkin.⁶

Komplikasi

Setelah kondilektomi unilateral, fungsi pada umumnya buruk, namun selama proses membuka mulut biasanya mandibula berdeviasi ke arah bekas operasi diikuti dengan *upward tilting* pada beberapa kasus. Kadang-kadang, mandibula yang *tilting* tersebut menyebabkan traumatik oklusi dan *open bite* pada sisi yang berlawanan. Untuk mengatasi hal ini, terapi harus segera dilakukan setelah operasi, bila perlu dengan koreksi prostetik. Kondilektomi bilateral dapat menyebabkan pergerakan mandibula ke arah belakang disertai *tilting*, menyebabkan *open bite* pada anterior, dan maloklusi.¹² Pada laporan kasus ini, terdapat komplikasi berupa terganggunya N. fasialis pars zygoma dekstra.

KESIMPULAN

Fraktur kondilus pada laporan kasus ini dilakukan kondilektomi karena merupakan indikasi absolut, dimana letak fraktur pada posisi leher kondilus, berupa *displacement* dan terdiri dari beberapa fragmen. Pendekatan bedah dipilih preaurikular agar didapatkan lapang pandang yang luas. Resiko pendekatan ini yang dapat mengganggu N. fasialis memang terjadi, walaupun hanya mengenai pars zygoma. Namun keluhan ini sedikit demi sedikit berkurang dengan dilakukannya fisioterapi sesegera mungkin setelah timbul keluhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peterson et al. 2003. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 4th edition. St. Louis. Mosby Year Book, Inc.
2. David DJ and Simpson DA. 1995. Craniomaxillofacial Trauma. London. Churchill Livingstone.
3. Bradley P, et al. 1994. Injuries of The Condylar and Coronoid Processes. In Rowe and William's Maxillofacial injuries. Churchill Livingstone. London
4. Upton LG. 1991. Management of Injuries To The Mandibular Joint Region. In Fonseca RJ Oral and Maxillofacial Trauma. Volume 1. Philadelphia. WB Saunders Company.
5. Loukota RA & McCann PJ. 2003. Condylar Neck Fracture. In Booth PW Maxillofacial Trauma and Esthetic Facial Reconstruction. London. Churchill Livingstone.
6. Gustav.O.Kruger. 1979. Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. 5th edition. C.V. Mosby Company. Missouri.
7. Pedlar J & Frame JW. 2001. Oral and maxillofacial Surgery, An Objective-Based Textbook. Edinburgh. Churchill Livingstone
8. Pedersen GW. 1996. Oral Surgery. First edition. Philadelphia. WB Saunders Company.
9. Champy M et al. 1999. Atlas of Craniomaxillofacial Osteosynthesis. Miniplates, Microplate and Screws.

- Stuttgart. Thieme.
10. David Alexander Keith. 1988. Surgery of the Temporomandibular Joint. Blackwell Scientific Publications. United States of America.
11. Benjamin.J.Gans. 1972. Atlas of Oral Surgery. C.V.Mosby Company. Saint Louis.
12. Laszlo Schwartz. 1959. Disorder of the Temporomandibular Joint. W.B.Saunders Company. Philadelphia & London.