

Pendahuluan

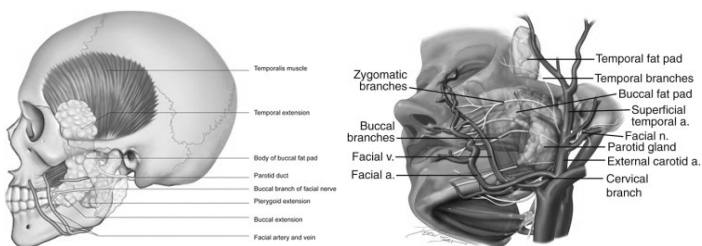
Defek jaringan intraoral dapat terjadi oleh berbagai penyakit atau komplikasi seperti celah langit-langit dan alveolus, fistula setelah pencabutan gigi, tumor, ataupun trauma¹. Flap bantalan lemak bukal/*Buccal fat pad flap* (BFP) merupakan salah satu teknik flap yang dilaporkan mempunyai tingkat keberhasilan yang tinggi karena mempunyai vaskularisasi yang tinggi, dekat dengan lokasi penerima, morbiditas donor rendah, epitelisasi yang cepat, dan prosedur bedah yang sederhana¹⁻¹³.

BFP kali pertama diutarakan oleh Heister pada 1732, diuraikan oleh Bichat pada 1802, dilaporkan digunakan untuk rekonstruksi defek intraoral pada 1977 oleh Egyedi, dan Tideman pada 1986 melaporkan tidak perlu menutup BFP dengan cangkok kulit saat digunakan untuk rekonstruksi defek rongga mulut^{9,10}.

Selama tiga dekade terakhir, BFP telah menjadi pilihan dalam lingkup bedah mulut dan maksilofasial untuk rekonstruksi defek bedah intraoral.

Tinjauan Anatomi

Anatomi *buccal fat pad*/bantalan lemak bukal sangat kompleks. Bantalan lemak bukal muncul pada tiga bulan di dalam rahim dan terus tumbuh sampai kelahiran¹⁰. Lemak bukal terdapat di anterior otot masseter dan meluas ke saluran kelenjar parotis, terletak pada fascia bukofaringeal dan menutupi otot buccinator¹²⁻¹⁴. Bantalan lemak bukal terdiri dari lobus dan struktur yang sangat bergerak (Gambar 1).



Gambar 1. Lokasi anatomis bantalan lemak bukal^{11,14}

Bantalan lemak bukal terdiri dari bagian utama dan empat perluasan, yaitu temporal, bukal, pterigoid, dan pterigopalatina

Lemak bukal memiliki bagian utama dan empat perluasan, yaitu temporal, bukal, pterigoid, dan pterigopalatina¹¹. Bagian utama dikelilingi oleh otot buksinator, otot masseter, dan lengkung zigomatik. Bagian utama terdapat di sepanjang maksila posterior dan ditutupi oleh kapsul tipis. Duktus Stensen kelenjar Parotis menembus otot buksinator di anterior bantalan lemak bukal¹².

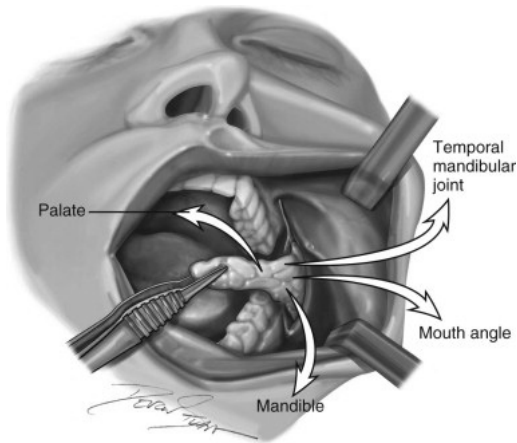
Bantalan lemak bukal memiliki vaskularisasi yang berasal dari cabang arteri maksilaris, cabang arteri temporal superfisialis dan cabang arteri fasialis. Fungsi BFP adalah mengisi ruang pengunyahan, sebagai bantalan otot pengunyah, untuk melawan tekanan negatif selama isapan pada bayi baru lahir, dan mungkin terlibat dalam aliran darah ekso-endokranial melalui pleksus pterigoideus.

Penggunaan Klinis

Indikasi Penggunaan BFP

BFP dapat digunakan untuk keadaan atau defek sebagai berikut (Gambar 2)^{14,15}

1. Penutupan komunikasi/fistula oroantral
2. Rekonstruksi defek pasca-eksisi
3. Penutupan cacat mukosa
4. Terapi jaringan oral fibrosis subkutan
5. Perbaikan celah primer
6. Rekonstruksi sendi temporomandibular
7. Sebagai membran pada augmentasi dasar sinus
8. Penutupan defek resesi gusi yang parah
9. Penutupan defek dasar tengkorak anterior dan tengah
10. Terapi osteoradionekrosis
11. Penutupan implan zigomatik



Gambar 2. Aplikasi penggunaan BFP¹⁵

Keterbatasan, pertimbangan dan kontraindikasi

BFP sangat berguna karena lokasi dan aplikasinya. BFP dapat digunakan ke arah anterior sampai daerah linggir gigi kaninus atas dan ke arah garis tengah palatum. Di posterior, bisa digunakan di daerah palatum keras, daerah tuberositas, daerah retromolar, langit-langit lunak (sampai garis tengah), dan pilar tonsillar anterior^{14,15}.

Faktor penting dalam keberhasilan penggunaan BFP tampaknya adalah ukuran defek yang akan ditutup, direkomendasikan untuk defek 5 × 4 cm.

Keterbatasan BFP meliputi ¹⁵:

1. Hanya untuk defek kecil sampai sedang.
2. Hanya untuk menutup defek, bukan untuk menambahkan ketebalan.
3. Dapat menyebabkan depresi kecil pada pipi.

Pertimbangan

1. Manipulasi flap secara hati-hati.
2. Pengetahuan tentang keterbatasan ukurannya.
3. Insisi dan penjahitan yang tepat.

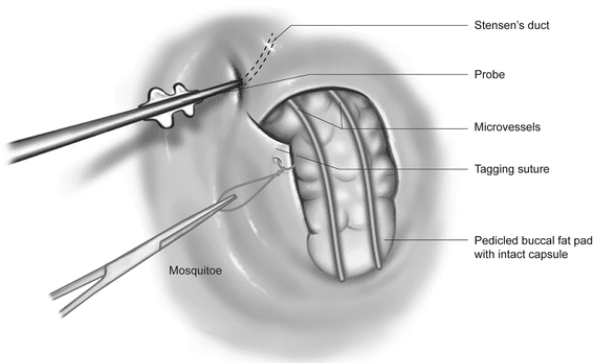
Kontra indikasi

1. Pasien dengan radioterapi lokal sebelumnya
2. Malar hipoplasia
3. Pipi yang tipis

Teknik Bedah

BFP dapat dilakukan dengan anestesi lokal atau anestesi umum. Duktus Stensen kelenjar parotis harus diidentifikasi dengan *probe* lakrimal sebelum dilakukan insisi, agar tidak rusak selama prosedur berlangsung. Insisi mukosa 2–3 cm dibuat minimal 2 cm di bawah duktus Stensen. Dua atau tiga jahitan ditempatkan pada mucoperiosteal untuk mendapatkan bidang bedah yang sesuai. Otot utama buksinator dan zigomatik dipotong, dilakukan diseksi tumpul dengan hati-hati untuk membuat bukaan yang cukup untuk herniasi bantalan lemak tanpa melukai kapsul yang menutupinya. Setelah fascia superfisial dipotong, bantalan lemak akan keluar (herniasi) secara spontan (Gambar 3). Kapsul di atas bantalan lemak tidak boleh robek sehingga bisa mempertahankan volume vaskularisasi. Forceps jaringan digunakan untuk menarik

bantalan lemak dengan kekuatan minimal agar tidak merobek kapsul. BFP dijahit dan diposisikan menggunakan bahan jahit yang mudah diserap dengan ketegangan minimal ¹⁵.



Gambar 3. Prosedur pembedahan BFP ¹⁴

Diseksi tumpul dilakukan dengan hati-hati tanpa melukai kapsul yang menutupi bantalan lemak. Setelah fascia dangkal dipotong, bantalan lemak akan keluar (herniasi) secara spontan.

Pertimbangan pasca-operasi

Dalam 24 jam pertama, pasien dibatasi makan cair, diikuti dua minggu kemudian makan bubur. Pasien diinstruksikan untuk tidak meniup hidung dengan paksa setidaknya selama dua sampai tiga minggu berikutnya. Pemberian antibiotik (misalnya *Amoxicillin clavulanate*) yang memberikan cakupan untuk patogen sinus maksilaris normal. Tetes hidung *Xylometazoline* diberikan selama lima hari. Obat kumur klorheksidin glukonat 0,12% dapat diberikan untuk mengurangi kemungkinan infeksi akibat sisa makanan ¹⁵ .

Berikut akan diuraikan beberapa penggunaan BFP pada rekonstruksi defek rongga mulut.

Fistula oroantral yang berhubungan dengan ekstraksi gigi atau implan gigi

Fistula oroantral adalah keadaan terjadi komunikasi permanen antara rongga mulut dan sinus maksilaris¹⁶. Fistula Oroantral yang terkait dengan ekstraksi gigi terutama terjadi di daerah premolar atau molar maksila². Fistula oroantral dapat juga terjadi segera setelah pengangkatan implan gigi atau gigi dan tetap tidak sembuh selama lebih dari satu bulan². Perforasi berukuran kecil (≤ 2 mm) dapat dibiarkan sembuh secara spontan. Komunikasi persisten harus ditangani karena makanan dan cairan masuk ke sinus maksila dan dapat menyebabkan sinusitis¹⁷. Metode tradisional untuk terapi fistula oroantral adalah dengan flap bukal atau flap rotasi palatal atau kombinasi keduanya.

BFP menunjukkan tingkat keberhasilan yang tinggi untuk terapi fistula oroantral (Gambar 4).