

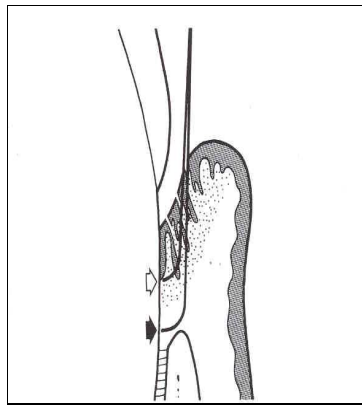
## BAB 11

### KURETASE GINGIVAL

Pada uraian berikut akan dibahas tiga tehnik bedah yang termasuk kategori kuretase, yaitu: kuretase gingival (*gingival curettage*), kuretase subgingival (*subgingival curettage*), dan modifikasi prosedur perlekatan baru dengan eksisi (*modified excisional new attachment procedure*).

### KURETASE GINGIVAL DAN KURETASE SUBGINGIVAL

Kuretase gingival dan kuretase subgingival adalah salah satu teknik bedah saku yang sangat terbatas indikasinya. Keterbatasan indikasi ini terutama berkaitan dengan tidak dapatnya teknik bedah ini memperbaiki aksesibilitas, dan karena teknik ini hanya dapat diindikasikan pada saku dengan dinding berkonsistensi lunak/oedematous.



Gambar 1. Daerah pengkuretan pada kuretase gingival (*panah putih*) dan kuretase subgingival (*panah hitam*).

Kuretase gingival adalah berbeda dari kuretase subgingival. Kuretase gingival adalah prosedur dimana dilakukan penyingkiran jaringan lunak terinflamasi yang berada lateral dari dinding saku. Sebaliknya kuretase subgingival adalah prosedur yang dilakukan apikal dari epitel penyatu, dimana perlekatan jaringan ikat disingkirkan sampai ke krista tulang alveolar.

Pada waktu penskeleran dan penyerutan akar, tanpa sengaja sebenarnya terjadi juga kuretase, yang dinamakan *inadvertent curettage*. Namun dalam uraian berikut yang dimaksudkan dengan kuretase adalah prosedur yang dengan sengaja dilakukan, baik bersamaan dengan prosedur penskeleran dan penyerutan akar maupun sesudahnya, dengan tujuan mengurangi kedalaman saku dengan jalan memungkinkan terjadinya penyusutan gingiva dan/atau perlekatan jaringan ikat baru.

## DASAR PEMIKIRAN

Prosedur kuretase mencakup penyingkiran jaringan granulasi yang terinflamasi kronis yang berada pada dinding saku periodontal. Berbeda dengan jaringan granulasi pada keadaan yang normal, jaringan granulasi pada dinding jaringan ikat saku periodontal mengandung daerah-daerah yang terinflamasi kronis, disamping adanya partikel-partikel kalkulus dan koloni-koloni bakteri. Adanya koloni bakteri tersebut akan mempengaruhi gambaran patologis dari jaringan dan menghambat penyembuhan.

Jaringan granulasi yang terinflamasi dilapisi oleh epitel, dan bagian epitel yang penetrasi sampai ke jaringan. Adanya epitel tersebut akan menghambat perlekatan serat-serat gingiva dan ligamen periodontal yang baru ke permukaan sementum pada daerah tersebut.

Apabila dalam melakukan perawatan permukaan akar diserut dengan sempurna, sumber utama bakteri hilang dan perubahan patologis mereda, tidak perlu lagi dilakukan kuretase untuk menyingkirkan jaringan granulasi. Jaringan granulasi lambat laun akan diresorpsi; bakteri, yang tidak bertambah jumlahnya oleh plak yang ada dalam saku, akan dihancurkan oleh mekanisme pertahanan periodonsium. *Dengan demikian tidak ada gunanya melakukan kuretase apabila tujuannya semata-mata untuk menyingkirkan jaringan granulasi yang terinflamasi.* Hasil penelitian menunjukkan bahwa perbaikan pada kondisi jaringan periodonsium yang dicapai dengan penskeleran dan penyerutan yang disertai dengan kuretase tidaklah jauh melebihi perbaikan yang dicapai dengan

penskeleran dan penyerutan akar saja.

Kuretase sebenarnya dapat menyingkirkan sebagian atau keseluruhan epitel yang melindungi saku (epitel saku), perluasan epitel yang penetrasi ke jaringan granulasi, dan epitel penyatu. Kegunaan kuretase masih diperlukan terutama bila diharapkan terjadinya perlekatan baru pada saku infraboni. Namun ada perbedaan pendapat dalam hal terjaminnya penyingkiran epitel dinding saku dan epitel penyatu. Beberapa peneliti menemukan bahwa dengan penskeleran dan penyerutan akar epitel dinding saku hanya terkoyak dan epitel dinding saku serta epitel penyatu tidak tersingkirkan. Sekelompok peneliti lain menemukan terjadinya penyingkiran epitel saku dan epitel penyatu, meskipun tidak tuntas.

**Kuretase dan estetis.-** Masalah estetis adalah merupakan bagian integral dari praktek periodonsia modern. Pada masa lalu, sasaran utama terapi adalah penyingkiran saku, tanpa memperhatikan aspek estetis dari hasil perawatan. Penyusutan jaringan gingiva yang cepat dan maksimal adalah merupakan sasaran pada penyingkiran saku. Sebaliknya pada masa sekarang ini, estetis merupakan pertimbangan utama dalam terapi, terutama untuk regio anterior maksila dan sedapat mungkin papila interdental harus dipertahankan.

Apabila terapi regeneratif tidak dapat dilakukan, sedapat mungkin harus diusahakan untuk memperkecil penyusutan atau kehilangan papila interdental. Perawatan kompromistis yang mungkin dilakukan pada regio anterior maksila, dimana akses cukup baik, adalah berupa penskeleran dan penyerutan akar subgingival secara tuntas, dengan menjaga tidak dilepaskannya jaringan ikat yang berada dibawah saku serta *menghindari kuretase gingival*. Jaringan granulasi pada dinding lateral saku, dalam lingkungan yang telah bebas dari plak dan kalkulus, akan menjadi jaringan ikat sehingga akan mengurangi penyusutan. Dengan demikian, meskipun penyingkiran saku secara tuntas tidak tercapai, perubahan inflamatoris telah dikurangi atau tersingkirkan sementara papila interdental dan estetis pada daerah yang dirawat dipertahankan.

## INDIKASI

Indikasi kuretase adalah sangat terbatas. Tehnik ini dapat dilakukan setelah dilakukannya penskeleran dan penyerutan akar untuk tujuan:

1. Kuretase dapat dilakukan sebagai bagian dari prosedur perlekatan baru

pada saku infraboni dengan kedalaman sedang yang berada pada sisi yang aksesibel dimana bedah "tertutup" diperhitungkan lebih menguntungkan. Namun demikian, hambatan teknis dan aksesibilitas yang inadkuat sering menyebabkan tehnik ini dikontraindikasikan.

2. Kuretase dapat dilakukan sebagai perawatan nondefinitif (perawatan alternatif) untuk meredakan inflamasi sebelum penyingkiran saku dengan tehnik bedah lainnya, atau bagi pasien yang karena alasan medis, usia dan psikologis tidak mungkin diindikasikan tehnik bedah yang lebih radikal seperti bedah flep misalnya.

Namun harus diingat, bahwa pada pasien yang demikian, tujuan penyingkiran saku adalah dikompromikan, dan prognosis menjadi kurang baik. Indikasi yang demikian hanya berlaku apabila tehnik bedah yang sebenarnya diindikasikan tidak memungkinkan untuk dilakukan. Baik klinisi maupun pasien harus memahami keterbatasan dari perawatan nondefinitif ini.

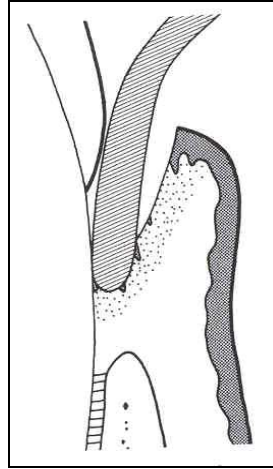
3. Kuretase sering juga dilakukan pada kunjungan berkala dalam rangka fase pemeliharaan, sebagai metoda perawatan pemeliharaan pada daerah-daerah dengan rekurensi/kambuhnya inflamasi dan pendalaman saku, terutama pada daerah dimana telah dilakukan bedah saku.

## TAHAPAN PROSEDUR

Tahapan prosedur tehnik kuretase adalah sebagai berikut:

1. **Anestesi.-** Sebelum melakukan kuretase gingival atau kuretase subgingival, daerah yang dikerjakan terlebih dulu diberi anestesi lokal.
2. **Penskeleran dan penyerutan akar.-** Permukaan akar gigi dievaluasi untuk melihat hasil terapi fase I. Apabila masih ada partikel kalkulus yang tertinggal atau sementum yang lunak, penskeleran dan penyerutan akar diulangi kembali.
3. **Penyingkiran epitel saku.-** Alat kuret, misalnya kuret universal Columbia 4R - 4L, atau kuret Gracey no. 13 - 14 (untuk permukaan mesial) dan kuret Gracey no. 11 - 12 (untuk permukaan distal) diselipkan ke dalam saku sampai menyentuh epitel saku dengan sisi pemotong

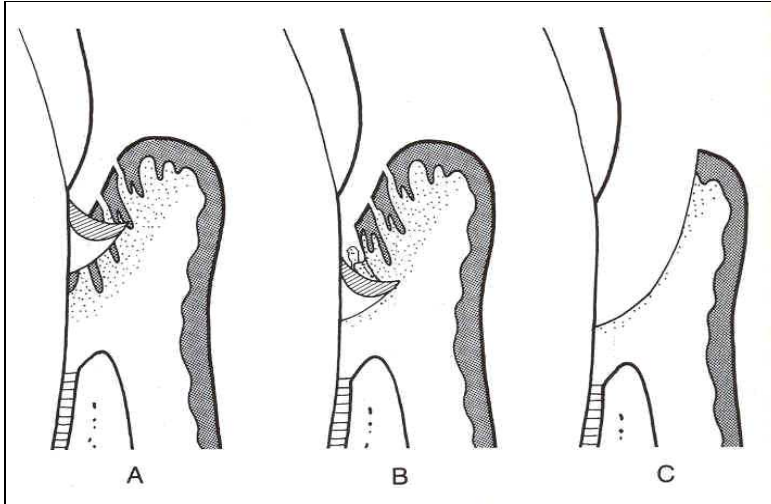
diarahkan ke dinding jaringan lunak saku. Permukaan luar gingiva ditekan dari arah luar dengan jari dari tangan yang tidak memegang alat, lalu dengan sapuan ke arah luar dan koronal epitel saku dikuret. Untuk penyingkiran secara tuntas semua epitel saku dan jaringan granulasi perlu dilakukan beberapa kali sapuan.



Gambar 2. Kuretase gingival dilakukan dengan kuret dengan sapuan horizontal.

- 4 **Penyingkiran epitel penyatu.-** Penyingkiran epitel penyatu hanya dilakukan pada kuretase subgingival. Kuret kemudian diselipkan lebih dalam sehingga meliwati epitel penyatu sampai ke jaringan ikat yang berada antara dasar saku dengan krista tulang alveolar. Dengan gerakan seperti menyekop ke arah permukaan gigi jaringan ikat tersebut disingkirkan.
5. **Pembersihan daerah kerja.-** Daerah kerja diirigasi dengan akuades (*aquadest*) untuk menyingkirkan sisa-sisa debris.
6. **Pengadaptasian.-** Dinding saku yang telah dikuret diadaptasikan ke permukaan gigi dengan jalan menekannya dengan jari selama beberapa menit. Namun apabila papila interdental sebelah oral dan papila

interdental sebelah vestibular terpisah, untuk pengadaptasiannya dilakukan penjahitan.



Gambar 3. Kuretase subgingival. A. Penyingkiran epitel dinding saku; B. Penyingkiran epitel penyatu dan jaringan granulasi; C. Prosedur pengkuretan selesai.

7. **Pemasangan pembalut periodontal.**- Pemasangan pembalut periodontal tidak mutlak dilakukan, tergantung kebutuhan.

## **MODIFIKASI PROSEDUR PERLEKATAN BARU DENGAN EKSISI**

Teknik Modifikasi Prosedur Perlekatan Baru dengan Eksisi (*Modified Excisional New Attachment Procedure/MENAP*) adalah modifikasi dari teknik ENAP (*Excisional New Attachment Procedure*) yang dikembangkan oleh *U.S. Naval Dental Corps* (Dinas Kesehatan Gigi angkatan Laut Amerika Serikat). Teknik ini pada dasarnya merupakan kuretase subgingival yang dilakukan dengan menggunakan skalpel.

## INDIKASI

Teknik modifikasi perlekatan baru dengan eksisi diindikasikan pada:

1. Saku supraboni dengan kedalaman dangkal sampai sedang (sampai dengan 5,0 mm) yang mempunyai zona gingiva berkeratin dengan lebar yang adekuat dan tebal.
2. Saku pada regio anterior, di mana masalah estetis diutamakan.

## KONTRA INDIKASI

Teknik modifikasi perlekatan baru dengan eksisi tidak dapat diindikasikan apabila:

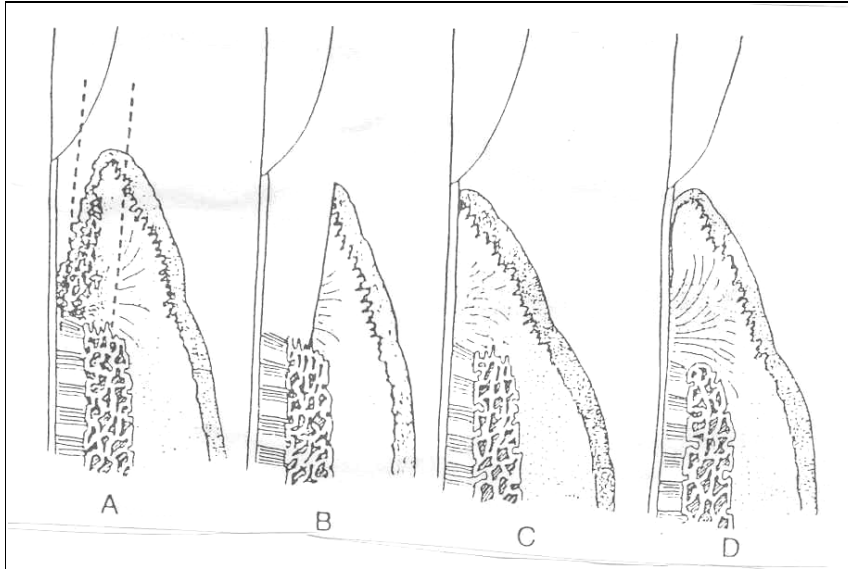
1. Lebar zona gingiva berkeratin inadkuat.
2. Adanya cacat tulang yang harus dikoreksi.

## TAHAPAN PROSEDUR

Tahapan prosedur dari teknik ini adalah sebagai berikut:

1. **Anestesi.**- Sebelum pembedahan terlebih dulu diberikan anestesi lokal yang sesuai.
2. **Pembuatan insisi pertama.**- Insisi pertama adalah berupa insisi bevel kedalam/terbalik (*internal/reverse beveled incision*) pada permukaan vestibular dan oral. Insisi dilakukan dengan skalpel/pisau bedah, dimulai dari tepi gingiva ke arah apikal menuju krista tulang alveolar. Pada waktu melakukan insisi di permukaan interproksimal harus diusahakan agar sesedikit mungkin papila interdental yang terambil. Pada tehnik ini tidak ada pembukaan flep.
3. **Pembuatan insisi kedua.**- Insisi kedua dilakukan mulai dari dasar saku melalui serat krista alveolaris (dan pada permukaan proksimal melalui juga serat transeptal) ke krista tulang alveolar
4. **Penyingkiran jaringan yang tereksisi.**- Jaringan yang telah tereksisi disingkirkan dengan jalan pengkuretan.

5. **Penskeleran dan penyerutan akar.-** Pada sementum akar yang tersingkap dilakukan penskeleran dan penyerutan. Dalam melakukan penskeleran dan penyerutan harus diperhatikan agar tidak sampai menyingkirkan jaringan ikat yang melekat ke sementum akar pada daerah 1- 2 mm koronal dari krista tulang alveolar.



Gambar 4. Teknik modifikasi prosedur perlekatan baru dengan eksisi. A. Daerah yang akan dieksisi; B. Keadaan setelah eksisi; C. Flep telah diposisikan; D. Setelah penyembuhan.

6. **Pembersihan daerah kerja.-** Daerah yang mengalami pembedahan dibilas dengan akuades atau larutan garam fisiologis.
7. **Pengadaptasian.-** Tepi luka pada kedua sisi dipertautkan. Apabila tepi gingiva tidak bertaut rapat, plat tulang vestibular sedikit ditipiskan dengan jalan osteoplastik.
8. **Penjahitan.-** Tepi luka dijahit di interproksimal dengan jahitan



interdental. Luka sedikit ditekan dari arah oral dan vestibular selama 2 - 3 menit agar bekuan darah yang terbentuk tipis saja.

9. **Pemasangan pembalut periodontal.**- Pembalut periodontal dipasang menutupi luka bedah, dan dibuka seminggu kemudian.

## **RUJUKAN**

1. **Yukna RA.** *Longitudinal evaluation of the Excisional New Attachment Procedure in humans*, J Periodontol 1978; 49: 142-4.
2. **Yukna RA and Wilkins JE Jr.** *Five years evaluation of the Excisional New Attachment Procedure*, J Periodontol 1980; 51: 382-5.
3. **Carranza FA Jr.** *Gingival curettage*, in: Carranza FA Jr & Newman MG (eds), *Clinical Periodontology*, 8th edition, Philadelphia, WB Saunders Co., 1996, p: 451-465.

\*\*\*\*\*ex-207\*\*\*\*\*