BEDAH EKSISI DENGAN FLAP ROTASI PADA KARSINOMA SEL BASAL BERPIGMEN

Arif Widiatmoko, Sinta Murlistyarini, Martina Rahmi
Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi,
Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, Indonesia

ABSTRAK

Karsinoma sel basal (KSB) berpigmen merupakan varian KSB yang jarang dengan frekuensi 6% dari seluruh KSB. Flap regional seperti flap rotasi digunakan untuk menutup luka bedah eksisi. Flap rotasi memiliki vaskularisasi yang baik dan memberi hasil bekas luka yang sesuai dengan *relaxed skin tension line* (RSTL) di area wajah.

Dilaporkan suatu KSB berpigmen pada pipi kanan seorang wanita berusia 67 tahun yang muncul sejak 2 tahun. Pemeriksaan dermatologik menunjukkan plak hiperpigmentasi berbentuk ovoid soliter ukuran 2x1 cm pada regio infraorbital dextra. Dilakukan eksisi margin 8 mm dengan anestesi lokal. Defek yang dihasilkan ditutup dengan teknik flap rotasi. Pemeriksaan histopatologik menunjukkan gambaran sel-sel berinti bulat, palisade sel di perifer di pinggiran, retraksi stroma dan peningkatan pigmen melanin sesuai dengan KSB berpigmen. Bekas luka dengan hasil estetika yang baik nampak pada 4 minggu setelah eksisi.

KSB berpigmen adalah sub-tipe dari KSB nodular yang disertai dengan peningkatan melanin. Terapi eksisi dengan margin lebar sering memberikan defek kulit yang besar. Flap rotasi menjadi pilihan rekonstruksi yang mudah dan memberikan hasil baik untuk menutup defek kulit sesuai RSTL setelah prosedur eksisi di wajah.

Kata kunci: Karsinoma sel basal berpigmen, eksisi, flap rotasi

✉ E-mail : arif280478@yahoo.com

EXCISION SURGERY WITH ROTATION FLAP ON PIGMENTED BASAL CELL CARCINOMA

ABSTRACT

Pigmented basal cel carcinoma (BCC) is a rare variant of BCC with frequency 6% of total BCCs. The use of regional flaps like rotational flaps are very useful for excisional wound closure. Rotational flap has good vascularization and give relaxed skin tension line (RSTL) like scar on face.

Reported a pigmented basal cell carcinoma case in a 67 years old woman presented on her right cheek for 2 years. The dermatological examination revealed single ovoid hyperpigmented plaque with 2x1 cm in size presented in dextra infraorbital region. Surgical excision with 8 mm margin was performed under local anesthesia. The resultant defect was closed by rotational flap. Histopathology examination showed rounded nucleus cell, palisading of cells at the periphery, stroma retraction, and increased melanin pigment suggested pigmented basal cell carcinoma. Scar with good aesthetic outcome found in 4 weeks after excision.

Pigmented BCC is a subtype of nodular BCC that exhibits increased melanization. Surgical excision with wide margin often left big skin defect. Rotational flap is easy reconstruction option and gave good result to close skin defect appropriate with RSTL after excision procedure on face.

Keywords: Pigmented basal cell carcinoma, excision, rotation flap

PENDAHULUAN

Karsinoma sel basal (KSB) pertama kali dideskripsikan pada tahun 1827 oleh Jacob.[1] Karsinoma sel basal merupakan kanker kulit yang paling sering pada manusia. Diperkirakan bahwa lebih dari 1 juta kasus baru terjadi setiap tahun di Amerika Serikat. Data epidemiologis menunjukkan bahwa insidensi meningkat di seluruh dunia secara signifikan 3% -10% per tahun. Karsinoma sel basal lebih umum terjadi pada orang tua, tetapi sekarang juga sering pada orang yang berumur kurang dari 50 tahun.[2]

Karsinoma sel basal diyakini berasal dari sel-sel non-keratinisasi dari lapisan basal epidermis. Karsinoma sel basal umumnya terjadi pada wajah dan jarang pada tungkai dan badan. Karsinoma sel basal biasanya tidak mengancam kehidupan seperti melanoma maligna, tetapi secara lokal dapat invasif dan menyebabkan morbiditas dan komplikasi yang cukup besar.[3,4] Meskipun KSB adalah karsinoma yang jarang metastasis, namun telah ada kasus KSB metastasis yang dilaporkan.[5]

Karsinoma sel basal memiliki berbagai presentasi klinis dan diklasifikasikan menjadi empat subtipe utama; nodular atau nodulo-ulseratif, superfisial, morpheaform, berpigmen dan *fibroepithelioma of Pincus*.[6] Karsinoma sel basal nodular adalah subtipe klinis yang paling umum dan KSB berpigmen adalah KSB nodular dengan peningkatan melanin.[2] Karsinoma sel basal berpigmen adalah subtipe yang jarang dengan frekuensi 6% dari total KSB.[1]

Teknik bedah seperti eksisi standar, bedah Mohs mikrografik, kuretase dengan elektrodesikasi dan cryotherapy dapat digunakan untuk KSB.[4,7] Eksisi bedah tumor di wajah dapat membuat defek yang sulit untuk dikembalikan. *Skin grafts* hanya dapat menutupi defek superfisial dan memiliki kecenderungan untuk berkontraksi sehingga tidak bertempat dengan benar serta didapatkan ketidakcocokan warna secara kosmetik yang tidak menguntungkan untuk defek di wajah. Penggunaan flap regional seperti flap rotasi memiliki vaskularisasi yang bagus dan teknik yang mudah untuk menutupi defek.[4] Laporan kasus ini tentang KSB berpigmen diterapi dengan eksisi dan flap rotasi.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien wanita berusia 67 tahun datang ke poliklinik ilmu kesehatan kulit dan kelamin RSUD dr. Saiful Anwar Malang dengan keluhan bercak kehitaman soliter di wajah yang tidak pernah hilang. Bercak muncul sejak dua tahun yang lalu, setelah terkena minyak panas. Awalnya kecil kemudian bertambah besar perlahan sampai sekarang. Tidak ada riwayat nyeri, gatal atau luka, kadang berdarah bila terkena trauma. Riwayat paparan sinar matahari berlebihan dan dalam jangka waktu lama disangkal. Pasien adalah ibu rumah tangga dan tidak memiliki banyak kegiatan di luar rumah. Tidak ada riwayat operasi, trauma, penyakit kulit lainnya atau kanker kulit. Tidak ada riwayat keluarga yang menderita KSB atau kanker kulit lainnya. Pasien tidak pernah memanipulasi, mengaplikasikan obat oles lain dan juga tidak pernah minum obat.

Pemeriksaan dermatologi nampak plak hiperpigmentasi yang uniform, berbentuk ovoid pada regio infraorbital dekstra berukuran 2x1 cm dengan batas irregular dan permukaan kasar (Gambar 1). Tidak ada perdarahan atau *discharge*. Pada palpasi teraba keras, tidak nyeri tekan dan terfiksir. Kulit di sekitarnya normal. Pemeriksaan generalis menunjukkan tanda vital normal dengan tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 86x/menit dan laju pernapasan 16x/menit, suhu aksila 36,5^{o}C. Tidak ada limfadenopati.

Diagnosis kerja kasus ini adalah KSB berdasarkan riwayat dan pemeriksaan klinis. Bedah eksisi dilakukan setelah mendapat persetujuan pasien dan penilaian pra-operasi meliputi riwayat alergi obat bius, gangguan perdarahan, dan kondisi yang berhubungan dengan

imunosupresi. Tak ada dari kondisi tersebut dikeluhkan pasien.



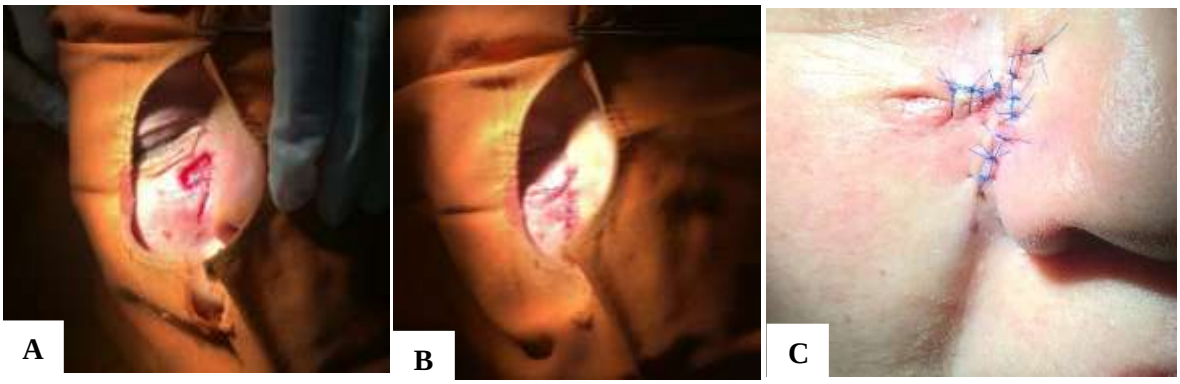
Gambar 1. A.Plak hiperpigmentasi soliter berbentuk ovoid pada regio infraorbital. B.Plak ukuran 2×1cm tepi iregular dengan permukaan kasar

Garis insisi digambar di atas *relaxed skin tension lines* (RSTL). Desain elips digambar dengan rasio panjang: lebar 1:3 dengan margin 8 mm. Desain flap rotasi dan garis insisi tambahan dibuat di nasolabial kanan (Gambar 2). Desinfeksi dilakukan dengan menggunakan povidone iodine dan alkohol 70% diikuti dengan demarkasi area operasi.

Anestesi lokal dilakukan menggunakan infiltrasi lidokain dan epinefrin di sekitar lesi. Insisi elips dilakukan dengan ujung pisau tegak lurus ke permukaan kulit dan elektrokoagulasi dilakukan untuk menghentikan perdarahan. Jaringan tumor dikirim untuk pemeriksaan histopatologi. Flap rotasi dibuat dengan melakukan insisi melengkung di lateral defek ke arah distal sepanjang lipatan nasolabial kanan. *Undermining* dilakukan sedalam lapisan dermis bawah. Kulit flap dirotasi untuk mengisi defek primer dan difiksasi dengan satu jahitan. Seluruh tepi luka dijahit menggunakan benang polypropilene 5/0 dengan teknik jahitan *interruptus* (Gambar 3). Salep gentamisin 3% diaplikasikan pada luka dan ditutup dengan kassa steril kering.

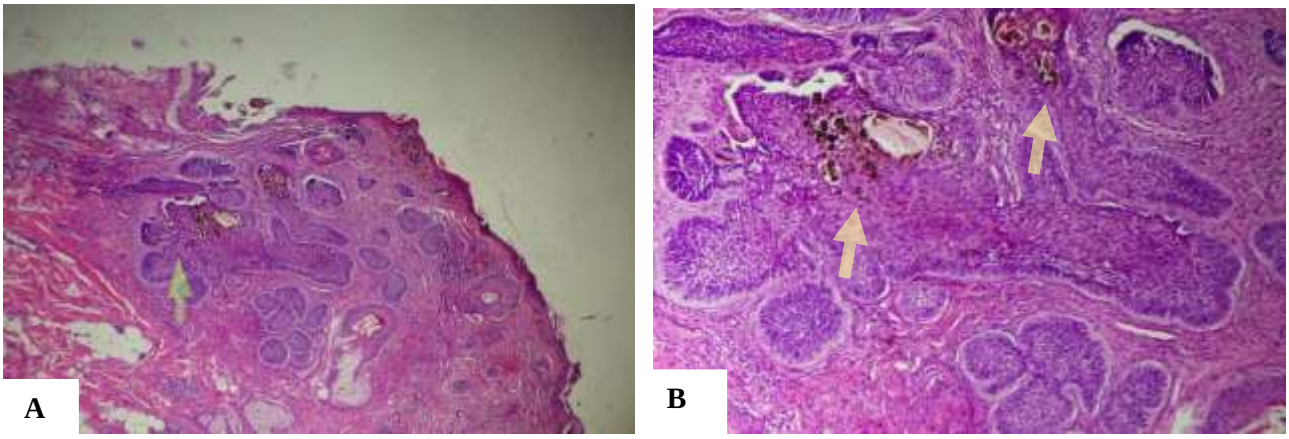


Gambar 2. Garis insisi digambar di atas *relaxed skin tension lines* (RSTL) dengan bentuk elips rasio 1:3 dan margin 8 mm. Desain flap rotasi dan garis insisi tambahan di nasolabial kanan



Gambar 3. A.Defek kulit setelah eksisi dan flap. B.Kulit flap dirotasi untuk menutup defek. C. Jahitan *interruptus* di sepanjang luka

Pemeriksaan histopatologi menunjukkan sel-sel dengan inti bulat, monoton, sel *palisading* di perifer, kumpulan pigmen melanin serta retraksi stroma. Gambaran ini sesuai dengan karsinoma sel basal berpigmen (Gambar 4).



Gambar 4. A. Sel-sel dengan inti bulat, monoton, sel palisading di perifer dan tersebar di tengah (panah) (H&E, 200x). B. Kumpulan pigmen melanin (panah) dan retraksi stroma (H&E, 400 x)

Jahitan pada luka dilepaskan pada saat 1 minggu setelah pembedahan. Evaluasi pada saat 2 dan 4 minggu setelah pembedahan menunjukkan jaringan parut yang sesuai dengan RSTL serta tidak ditemukan tanda-tanda rekurensi (Gambar 5).



Gambar 5. A. Jaringan parut pada evaluasi 2 minggu setelah pembedahan. B. 4 minggu setelah pembedahan

DISKUSI

Karsinoma sel basal adalah kanker kulit yang paling sering terjadi meski jarang mematikan. Karsinoma sel basal diyakini berasal dari sel pluripotential dalam lapisan basal epidermis dari struktur folikel. Sel-sel ini terbentuk terus menerus selama hidup dan mampu membentuk rambut, kelenjar sebasea dan kelenjar apokrin. Tumor biasanya timbul dari epidermis dan kadang-kadang timbul dari selubung luar akar dari folikel rambut, khususnya dari sel induk folikel rambut

yang berada tepat di bawah saluran kelenjar sebaceous di daerah yang disebut *bulge*.[2] Karsinoma sel basal paling sering terjadi pada dekade hidup ke empat atau lebih, tetapi juga telah dilaporkan terjadi pada orang yang lebih muda. Perbandingan laki-laki dan perempuan adalah sekitar 3:2. Karsinoma sel basal paling sering muncul di sepertiga tengah wajah.[8] Usia pasien kasus ini berada di dekade 6 dengan lesi pada infraorbital bagian medial yang merupakan situs umum terjadinya.

Kombinasi faktor lingkungan, predisposi fenotip dan genetik berperan dalam faktor etiologi utama. Risiko kanker kulit berhubungan dengan jumlah paparan sinar matahari dan pigmentasi di kulit.[1,8] Pertambahan usia, jenis kelamin laki-laki, jenis kulit putih tipe I dan II, imunosupresi dan paparan arsenik merupakan faktor risiko lain yang dikenal.[9] Dalam dua penelitian kohort menunjukkan peningkatan KSB pada skar trauma luka bakar.[10] Dalam kasus ini, pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang tidak banyak beraktivitas di luar rumah, namun diakui muncul lesi setelah terkena minyak panas.

Gambaran histopatologi KSB berpigmen, selain seperti yang terlihat pada lesi KSB nodular, juga ditemukan peningkatan pigmen coklat atau hitam. Kasus KSB berpigmen jarang ditemui hanya terdiri dari 6% dari total KSB.[1,11] Pada laporan kasus ini pasien menunjukkan manifestasi klinis KSB dengan peningkatan pigmentasi.

Gambaran histopatologis dapat berbeda tergantung pada subtipe tetapi KSB tetap memiliki beberapa karakteristik histologis yang sama. Sel-sel basal ganas memiliki inti besar dengan sedikit sitoplasma. Retraksi stroma sering ditemukan seperti celah dari pulau-pulau tumor yang tersusun dari palisade sel basal sehingga membuat lakuna peritumoral yang membantu untuk menegakkan diagnosis secara histopatologi.[2]

Pemeriksaan histopatologi kasus ini menunjukkan sebagian pertumbuhan sel-sel berinti bulat, berukuran kecil, relatif monoton sel tersusus palisade di tepi disertai adanya peningkatan deposit melanin yang menyebabkan tumor berpigmen. Gambaran ini sesuai dengan KSB berpigmen.

Berbagai penatalaksanaan yang berbeda telah dijelaskan untuk pengelolaan KSB dan *British Association of Dermatologists* (BAD) maupun *American Academy of Dermatology* telah menerbitkan pedoman untuk penggunaan yang tepat. Tujuan terapi adalah untuk menghilangkan tumor dengan teknik yang menghasilkan nilai kosmetik yang diterima.[9]

Baku emas tatalaksana KSB adalah *Mohs micrographic surgery* (MMS). Teknik bedah ini dilaporkan sebagai metode terbaik untuk lesi yang berdiameter lebih dari 2 cm, yang mengalami rekurensi atau lesi yang bertempat pada bagian tubuh yang sulit. Teknik MMS dikenalkan oleh Frederic Mohs pada tahun 1940-an dan kemudian disempurnakan menjadi teknik modern MMS. MMS menggabungkan reseksi dengan pemeriksaan margin yang komprehensif. Suatu tinjauan dari penelitian terpublikasi sejak tahun 1940 menyebutkan angka kesembuhan 5-tahun adalah 99% untuk KSB primer dan 94% untuk KSB rekuren.[9]

Eksisi luas merupakan teknik konvensional yang cukup efektif. Bedah eksisi secara luas digunakan untuk mengobati KSB risiko rendah dan umumnya dianggap memiliki tingkat kegagalan rendah. Tingkat rekurensi bedah eksisi <2% setelah 5 tahun eksisi lengkap. Margin 3-mm disarankan akan membersihkan tumor pada 85% kasus. Margin perifer 4-5-mm akan meningkatkan tingkat klirens sampai 95%.[9]

Modalitas penatalaksanaan yang lain adalah elektrokauter, kuretase, cryoterapi, dan iradiasi, tetapi bedah eksisi telah dilaporkan menjadi modalitas pengobatan terbaik dan mencegah rekurensi.[12]

Ada beberapa pilihan rekonstruksi setelah eksisi tumor yaitu termasuk penutupan primer, skin graft, flap lokal, flap regional atau flap *distan*t. Pilihan prosedur rekonstruksi tergantung pada beberapa faktor, termasuk ukuran, lokasi, keterlibatan struktur yang lebih dalam, dll. Penutupan Primer digunakan dalam defek kecil kurang dari 2 cm dan tidak ada *tension* di tepi defek. Ketika penutupan primer tidak dapat dilakukan karena luka terlalu besar, ada *tension* yang berlebihan, hasil fungsional atau kosmetik yang tidak dapat diterima dari skar linear, prosedur pemindahan jaringan seperti flap atau graft harus dipertimbangkan.[2] Pada skin graft, hasil estetika bisa menjadi tidak diuntungkan karena ketidakcocokan warna dan tekstur kulit yang ditransplantasikan.[12]

Suatu flap didefinisikan sebagai pemindahan kulit yang berdekatan dan jaringan subkutan dengan pasokan vaskular yang intak. Flap diklasifikasikan menurut lokasi, suplai darah, dan gerakan. Klasifikasi klasik flap berdasarkan pemindahan yaitu *Advancement*, rotasi, dan transposisi.[13] Prinsip flap rotasi adalah rotasi jaringan berputar dalam pergerakan busur untuk mengisi defek primer. Flap rotasi berbeda dari penutupan primer dan flap advancement yaitu *tension* tidak diarahkan dalam satu vektor linear melainkan dari beberapa arah yang berbeda. Setelah flap diposisikan akan membuat defek yang lebih lengkung dan penutupan defek sekunder ini akan menyebabkan pemindahan arah *tension* luka. Adanya redistribusi tegangan pada tepi luka adalah keuntungan dari flap rotasi karena dapat memperoleh kerenggangan yang cukup baik dari jaringan sekitarnya dan sangat membantu dalam menutup defek dengan tegangan yang lebih kecil. [14]

Flap rotasi sering digunakan untuk menutup defek yang cukup besar pada pipi, temporal, atau kulit kepala.[2] Pada pasien ini penutupan langsung tidak dimungkinkan. Flap lokal dipilih sebagai teknik rekonstruksi yang paling nyaman dan penggunakan jaringan lokal untuk menutup defek sesuai dengan prinsip penggantian "*like with like*" dengan hasil estetis yang baik.

KESIMPULAN

Telah dilaporkan suatu varian jarang dari kasus KSB yaitu KSB berpigmen pada wanita berusia 67 tahun. Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat, pemeriksaan dermatologi dan histopatologi. Bedah eksisi dilakukan dengan eksisi elips untuk mengangkat jaringan tumor dan flap rotasi digunakan untuk menutup defek kulit. Flap rotasi digunakan untuk membagi arah tegangan tepi luka dan memberikan perbaikan kulit dengan warna, tekstur dan ketebalan yang sama dengan kulit di sekitar luka. Evaluasi kasus pada saat 4 minggu setelah pembedahan menunjukkan hasil yang baik secara kosmetik dan tidak ditemukan rekurensi. Teknik flap lain bisa digunakan untuk menutup defek kulit setelah eksisi KSB sesuai lokasi di wajah. Hal ini bisa menjadi saran laporan kasus berikutnya yang bisa dipublikasikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Deepadarshan K, Mallikarjun M, Noshin NA. Pigmented Basal Cell Carcinoma: A Clinical Variant, Report of Two Cases. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013; 12: 3010-1
2. Carucci JA, Leffll DJ, Pettersen JS. Basal Cell Carcinoma. Dalam: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K, penyunting. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill Companies; 2012. h. 1294-304
3. Demirseren D, Ceran C, Aksam B, Demirseren ME, Metin A. Basal cell carcinoma of the head and neck region: a retrospective analysis of completely excised 331 cases. Journal of Skin Cancer. 2014; 2014: 858636

4. Ahameda S, Marziab ST, Iqbal M. Large basal cell carcinoma over face reconstructed with rotational flap; an experience in a District level hospital. Update Dental College Journal. 2015; 5(1): 35-7
5. Piva de Fritas P, Senna CG, Tabai M, Chone CT, Altemani A. Metastatic basal cell carcinoma: A rare manifestation of a common disease. Case Report in Medicine. 2017; 2017: ID 8929745
6. Baxter JM, Patel AN, Varma S. Facial basal cell carcinoma. British Medical Journal. 2012; 345: 37-42
7. Lewin JM, Carucci JA. Advances in the management of basal cell carcinoma. F1000Prime Reports. 2015; 7(53): 1-8
8. Khot K, Deshmukh SB, Alex S. Pigmented basal cell carcinoma: an unusual case report. Journal of Case Reports. 2014; 4(1):189-92
9. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Journal of Dermatology. 2008; 159: 35–48
10. Wallingford SC, Olsen CM, Plasmeijer E, Green AC. Skin cancer arising in scars: a systematic review. Dermatologic Surgery. 2011; 37(9): 1239–44
11. Moraskar A, Shirodkar S, Lambor D, Kumar S. Pigmented basal cell carcinoma: a rare case report international. International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2016; 5: 121-4
12. Ebrahimi A, Ashayeri M, Reza H. Comparison of local flaps and skin grafts to repair cheek skin defects. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. 2015; 8(2): 92–6
13. Cook JL, Goldman GD, HolmesTE. Random pattern cutaneous flaps. Dalam: Surgery of the skin procedural dermatology. Edisi ke-3. London: Saunders Elsevier; 2015. h. 252-85
14. O'Quinn R, Usatine RP. Flaps. Dalam: Usatine RP, Pfenninger JL, Stulberg DL, Small R, penyunting. Dermatologic and cosmetic procedures in office practice. Edisi ke-1. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2012. h. 146-53