

EKSISI LUAS DENGAN SUBCUTANEUS BIPEDICLE ISLAND FLAP PADA KARSINOMA SEL BASAL TIPE NODULO ULSERASI DENGAN ANESTESI UMUM DAN ANESTESI LOKAL TUMESCENT

Sri Lestari, * Satya Wydya Yenny, * Gardenia Akhyar, * Puridelko Kampar, * Tri PPAF,*
Field L, ** Holmes***

*Bagian Dermatologi dan Venereologi RS. Dr. M.Djamil/ FK Universitas Andalas, Padang

**Departement Dermatology Surgery/University of Texas San Antonio, USA

***Departement Dermatology/University of Minnesota, USA

ABSTRAK

Karsinoma sel basal (KSB/basalioma) adalah kanker kulit paling umum dan bersifat invasif lokal. Insiden mencapai 39%. Paparan sinar UV adalah faktor risiko paling umum, banyak mengenai kepala dan leher, menimbulkan beban psikologis. Manajemen penatalaksanaan sangat penting, dipengaruhi berbagai faktor (usia, komorbiditas, sub-tipe, lokasi). Penatalaksanaan KSB di wajah dapat berbeda (alasan kosmetik). Subcutaneous bipedicle island flap merupakan salah satu design rekonstruksi defek setelah eksisi luas di wajah.

Dilaporkan satu kasus KSB, laki-laki, 41 tahun. Anamnesis: riwayat tahi lalat mudah berdarah sejak 12 tahun yang lalu, sering terpajan sinar matahari. Pasien mengobatinya namun keluhan tidak sembuh. Pemeriksaan fisik, status dermatologikus: tumor 3cmx3cmx0,5cm di pipi kanan, dasar jaringan nekrotik dan eksudat kemerahan, tepi tidak rata, dinding meninggi, jaringan sekitar makula eritem, papul-papul teleangiectasis di pinggir(+), tidak melekat pada jaringan dibawahnya, perabaan keras seperti kawat (pinggir tumor). Diagnosis kerja KSB. Hasil histopatologi KSB tipe nodular.

Telah dilakukan eksisi KSB yang besar dengan subcutaneous bipedicle island flap di pipi kanan. Dua bulan post operasi memberikan hasil baik. Tidak terdapat defek palpebra inferior.

Kata kunci: karsinoma sel basal, tumescent solution, subcutaneous bipedicle island flap

WIDE EXCISION WITH SUBCUTANEUS BIPEDICLE ISLAND FLAP IN BASAL CELL CARCINOMA NODULO ULSERATION TYPE WITH GENERAL ANESTHESIA AND LOCAL TUMESCENT ANESTHESIA

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is one of the most common skin cancer as it is locally invasive. Incidence about 39%. UV exposure is the main risk factor, mostly affect head and neck, physiological disturbance. Management is important, influenced by many factors (age, comorbidity, sub-type, location). Cosmetic problem cause BCC on face different with other location. Subcutaneous bipedicle island flap is one of reconstruction design of the defect after wide excision on face.

Reported a case of BCC in 41 years old man. Anamnesis: history of mole, bleeding easily since 12 years ago, history of sun exposure (+). Patient seek some medication but not healed. Physical examination, dermatological state: 3cmx3cmx0,5cm tumor on right cheek, base were necrotic tissue and reddish exudation, uneven edge, the wall rises, tissue around erythematous macules, teleangiectasis papules on edge(+), not attached to the tissue underneath. Palpation hard like wire on the edge. Working diagnosis BCC. Histopathology result BCC nodular type.

We have excised a large BCC with subcutaneous bipedicle island flap on right cheek. Two months post wide excision gave good result. There are no defect in inferior palpebrae.

Keywords: basal cell carcinoma, tumescent solution, subcutaneous bipedicle island flap

PENDAHULUAN

Karsinoma sel basal (KSB) adalah neoplasma ganas yang berasal dari lapisan basal epidermis. Nama lain untuk KSB antara lain *Jacob's ulcer*, *rodent ulcer*, *trichoma*, dan *basalioma*. KSB adalah kanker yang paling umum ditemukan pada manusia. Diperkirakan lebih dari 1 juta kasus baru terjadi setiap tahun di Amerika Serikat. Karsinoma sel basal lebih umum pada orang tua, tetapi prevalensinya menjadi semakin sering terjadi pada usia kurang dari 50 tahun. Tumor khas muncul pada individu berkulit putih yang sering terkena sinar matahari, dengan prevalensi 20 persen terjadi pada hidung. Pria lebih sering dikenai daripada perempuan.^{1,2}

Predileksi KSB tinggi terjadi pada kepala atau leher (52%), badan (27%), lengan atau tungkai atas (13%) dan lengan atau tungkai bawah (8%). Jika menurut area permukaan tubuh yang dihitung, jumlah tertinggi ditemukan pada pria dan wanita yaitu pada wajah, terutama kelopak mata, bibir dan lipat nasolabial, diikuti di telinga, hidung dan pipi. Dapat juga muncul pada leher, punggung dan bahu dan leher, bahu dan lengan bagian luar pada populasi penduduk Australia.^{1,3}

Faktor risiko KSB adalah pajanan sinar ultraviolet (UV), tipe kulit, herediter, warna rambut dan warna mata, keturunan Eropa Utara, ketidakmampuan kulit untuk tanning, pajanan radiasi pengion, dan pajanan arsenik. Pasien dengan KSB memiliki risiko tinggi untuk terjadinya melanoma tetapi tidak untuk keganasan internal lainnya.^{1,2}

Pajanan radiasi ultraviolet adalah faktor penyebab utama dalam patogenesis karsinoma sel basal. Patogenesis KSB melibatkan pajanan UV, khususnya ultraviolet B (290-320 nm) yang menginduksi mutasi pada gen supresor tumor. Namun, hubungan pasti antara risiko karsinoma sel basal dan jumlah, waktu, dan pola pajanan radiasi ultraviolet masih belum jelas. Faktor lain yang tampaknya terlibat dalam patogenesis mencakup mutasi pada gen regulator, pajanan radiasi pengion, dan perubahan dalam imunosurveilans. Kecenderungan terjadinya KSB dapat diturunkan. Peran sistem kekebalan tubuh dalam patogenesis kanker kulit tidak sepenuhnya dipahami. Terdapat hubungan potensial antara UV dan penurunan kekebalan telah dilaporkan oleh Gutierrez-Steil, dkk, dimana didapatkan bahwa KSB yang diinduksi UV dapat ditemukan Fas ligand (CD95L). Sel-sel ini dikaitkan dengan sel T CD95-bearing yang mengalami apoptosis. Ini merupakan mekanisme potensial dimana UV menjadikan sel-sel tumor dapat terhindar dari serangan sel limfosit sitotoksik T.^{1,4}

Karsinoma sel basal memiliki beberapa subtipe berbeda dan dapat muncul di lokasi anatomi yang berbeda pula. Sekitar 80 % muncul pada daerah kepala dan leher, dan sisanya dapat muncul pada badan dan tungkai

bawah, terutama pada wanita. Klinis awal KSB umumnya berukuran kecil, translusen atau pearly, dan tampak daerah yang mengalami pelebaran pembuluh darah (telangiectasia). Adanya lesi yang tidak sembuh-sembuh harus dipikirkan ke arah kanker kulit. Sering sekali KSB didiagnosis pada pasien dengan keluhan lesi yang mudah berdarah kemudian sembuh sempurna, kemudian kambuh kembali. Bentuk klasiknya adalah ulkus rodent, dimana memiliki gambaran klinis khas tampak pinggir yang meninggi (indurated) dan terdapat ulkus pada bagian tengahnya. Karakteristik dapat berbeda untuk klinis dan sub-jenis yang berbeda, yang meliputi nodular, superfisial, *morpheaform*, dan pigmented KSB dan fibroepithelioma of Pinkus (FEP).^{1,4}

Komplikasi terbesar KSB adalah efek dari invasi lokal. Tumor tersebut tumbuh lambat tetapi jika dibiarkan dapat menyebar lebih dalam dan menyebabkan kerusakan lebih besar, terutama di daerah sekitar mata, hidung, atau telinga. Secara umum, KSB merupakan tumor yang tumbuh lambat yang menyerang secara lokal. Waktu pertumbuhan (doubling time) diperkirakan antara 6 bulan hingga 1 tahun. Tumor yang terdapat di sepanjang sulkus nasofasial atau retroaurikular dapat menjadi ekstensif. Metastasis KSB jarang terjadi. Meskipun KSB biasanya tumbuh lambat dan jarang bermetastasis, menyebabkan kerusakan lokal, dan kecacatan dapat terjadi jika tidak diobati atau jika tidak diangkat dengan sempurna.^{1,5,4-6}

Diagnosis KSB ditegakkan dengan interpretasi yang akurat dari hasil biopsi. Metode biopsi yang lebih baik adalah *shave biopsy* dan *punch biopsy*. Gambaran histopatologi dapat bervariasi sesuai dengan sub-tipe nya, tetapi kebanyakan KSB terdapat beberapa karakteristik histologis yang umum ditemukan. Sel-sel basal ganas memiliki inti berukuran besar dan memiliki sitoplasma yang relatif lebih sedikit. Meskipun memiliki inti yang besar, namun tidak atipikal. Biasanya, tidak terdapat mitosis. Sering ditemukan, retraksi stroma dari tumor *island*, menimbulkan peritumoral lakuna yang membantu dalam diagnosis histopatologi.¹

Terapi KSB dilakukan berdasarkan lokasi dan gambaran histologis. Terapi karsinoma sel basal dapat dilakukan secara bedah dan non-bedah. Penting untuk dibedakan tumor primer dan tumor rekuren, sehingga dapat menimbulkan perbedaan modalitas terapi dan tingkat kesembuhan yang mungkin terjadi. Teknik bedah termasuk kuretase dan kauter, *cryosurgery* (dengan nitrogen cair), eksisi, dan operasi *micrographic 'Mohs'*. Kesempatan terbaik untuk sembuh adalah dengan terapi KSB primer yang memadai, karena tumor rekuren lebih mungkin untuk kambuh dan menyebabkan destruksi lokal lanjut.^{1,4} *Subcutaneous bipedicle island flap* merupakan salah satu design rekonstruksi defek setelah eksisi yang luas.^{5,6}

LAPORAN KASUS

Dilaporkan kasus karsinoma sel basal 3x3x0,5cm di pipi kanan pada laki-laki, berusia 41 tahun. Riwayat adanya tahi lalat yang mudah berdarah sejak 12 tahun yang lalu dan tidak sembuh-sembuh, juga terdapat terdapat riwayat sering terpapar sinar matahari di mana pasien bekerja sebagai petani. Pasien telah berusaha mengobatinya dan mendapat amoxicilin selama lebih kurang 2 bulan, namun keluhan tidak sembuh-sembuh. Riwayat terpapar radiasi, mengkonsumsi arsenik, terpapar gas kimia maupun mengoleskan obat-obatan tradisional sebelumnya disangkal. Riwayat terdapat tumor pada bagian tubuh lain tidak ada. Pasien seorang petani sawit dan tidak pernah menggunakan tabir surya sebelumnya dan jarang menggunakan topi. Riwayat penyakit diabetes maupun hipertensi sebelumnya tidak ada. Tidak terdapat anggota keluarga dengan riwayat tumor sebelumnya.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis kooperatif, tinggi badan 155cm, berat badan 51kg, BMI (body mass index) 21,23 (normoweight). Tidak ditemukan kelainan pada kepala, dada, perut, punggung dan ekstremitas. Status dermatologikus: tumor 3cmx3cmx0,5cm di pipi kanan, dasar jaringan nekrotik dan eksudat kemerahan, isi jaringan nekrotik, tepi tidak rata, dinding meninggi, jaringan sekitar makula eritem, papul-papul teleangiectasis di pinggir (+), tidak melekat pada jaringan di bawahnya, perabaan keras seperti kawat pada pinggir tumor.

Dilakukan pemeriksaan histopatologi dengan gambaran sesuai dengan karsinoma sel basal tipe nodular dimana ditemukan susunan palisade pada area di pinggir tumor. Pasien dilakukan tindakan eksisi luas dengan *subcutaneous bipedicle island flap designed* dengan mengambil margin batas 3mm dari pinggir tumor. Sebelumnya dilakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin dan kimia klinik dengan hasil normal, kemudian juga dilakukan konsultasi ke Bagian Penyakit Dalam dan Anestesi untuk toleransi operasi dengan *tumescent anesthesia* (adrenalin+lidokain). Konsultasi rancangan operasi dan diputuskan untuk dilakukan *subcutaneous bipedicle island flap designed*.

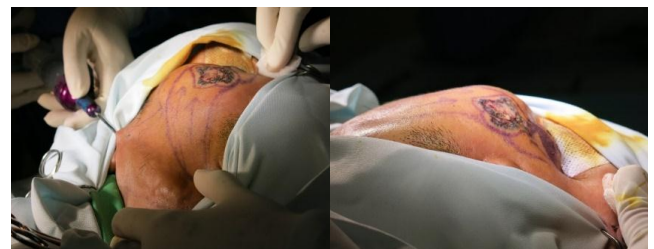
Prosedur tindakan:

Dilakukan anestesi umum, setelah anestesi umum berjalan, lakukan tindakan aseptik dan antiseptik. Pada daerah diantara kedua alis mata, injeksi anestesi lokal dengan lidokain 2% dan insisi dengan scalpel no.15 untuk tempat masuknya kanul infiltrator. Injeksikan 200cc solusio *tumescent* anestesi di bawah tumor, jaringan subkutan pipi kanan, sampai mengembang sehingga terjadi hidrodiseksi dan memudahkan *undermining*. Tunggu 20 menit untuk memaksimalkan efek anestesi dan vasokon-

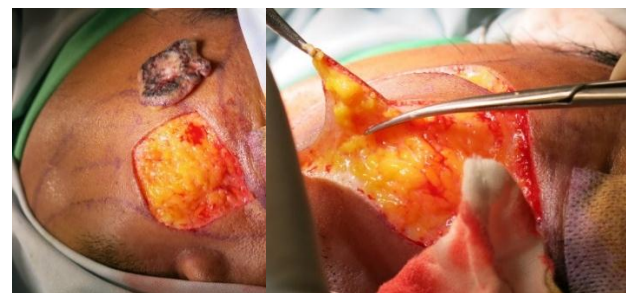
striksi. Eksisi tumor dan insisi kulit sepanjang garis insisi. Arahkan *bipedicle island flap* ke daerah luka eksisi. *Undermaining* daerah pipi kanan. Pisahkan *island flap* bagian atas dan bagian bawah. Tutup defek dengan *bipedicle island flaps*. Jahit subkutan dengan benang *cromic* 4-0. Jahit epidermis dan tutup luka dengan benang *polypropylene* 5-0. Oleskan salap antibiotik dan tutup luka dengan kasa steril.



Gambar 1. Sebelum tindakan (kiri) dan dua bulan setelah operasi (kanan).



Gambar 2. Injeksi 200cc *solusio tumescent* anestesi di bawah tumor, jaringan subkutan pipi kanan, sampai mengembang sehingga terjadi hidrodiseksi dan memudahkan *undermining*.



Gambar 3. Eksisi tumor dan insisi kulit sepanjang garis insisi. Arahkan *bipedicle island flap* ke daerah luka eksisi. *Undermaining* daerah pipi kanan. Pisahkan *island flap* bagian atas dan bagian bawah.



Gambar 4. Penutupan defek dengan *bipedicle island flaps*. Jahit epidermis dan tutup luka dengan benang polypropylene-5-0. Oleskansalip antibiotik dan tutup luka dengan kasa steril.

DISKUSI

Telah dilakukan eksisi KSB yang besar di pipi kanan pada seorang laki-laki berusia 41 tahun dengan menggunakan *subcutaneous bipedicle island flap designed* dengan general anesthesia dan anestesi lokal *tumescent*.

Mayoritas karsinoma sel basal ditemukan di kepala dan leher. Tingginya insiden BCC dapat menimbulkan beban psikologis, manajemen penatalaksanaan yang baik sangat penting dan dipengaruhi berbagai faktor, termasuk usia dan komorbiditas pasien, subtype dan lokasi lesi. Karena pentingnya hasil kosmetik, tatalaksana BCC di wajah dapat berbeda dengan BCC yang muncul di tempat lain. Eksisi merupakan salah satu pilihan terapi yang masih efektif pada BCC di wajah. Mohs *Surgery* dilakukan jika memungkinkan dengan hasil akurasi secara histopatologi yang lebih baik.^{6,7}

DAFTAR PUSTAKA

1. Carucci JA, Leffell DJ. Basal cell carcinoma. Dalam: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff AK, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, dkk, penyunting. *Dermatology in general medicine*. edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012:1036-41.
2. Rubin AI, Chen EH, Grande DJ, Ratner Dse. Basal cell carcinoma. Dalam: Roenigk RK, Ratz JL, Roenigk HH, penyunting. *Roeningk's Dermatologic Surgery: Current Techniques in Procedural Dermatology*. edisi ke-3. New York: Informa Healthcare USA, Inc.; 2007.h.343-52.
3. Clinical practice guide. KSB, SCC. Cancer Council Australia/Australian Cancer Network. November 2008
4. Sumaira ZA, Brent EP. Anatomy and approach in dermatology surgery. Dalam: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff AK, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, dkk., penyunting. *Dermatology in general medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012.h.2905-21.
5. Wong CSM, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ*. 2003;327:794-8.
6. Ro KW, Seo SH, Son SW, Kim I-H. Subclinical infiltration of basal cell carcinoma in Asian patients: assessment after Mohs' micrographic surgery. *Ann Dermatol*. 2011;23:276-82.
7. Smith V, Walton S. Treatment of facial basal cell carcinoma: A review. *J Skin Cancer*. 2011; 1-7.

Subcutaneous bipedicle island flap merupakan suatu desain yang dilakukan untuk rekonstruksi defek setelah dilakukan eksisi tumor untuk menutup defek yang tersisa. Design ini dipilih setelah mempertimbangkan lokasi anatomi, ukuran defek, serta usia dan keadaan umum pasien serta perkiraan kosmetik paska operasi. *Flap* ini didapatkan dari memisahkan epidermis dan dermis membentuk suatu pulau (island) dari kulit yang terdiri dari jaringan lemak subkutan, otot dan juga muskuloaponeurotik yang menjadikan suplai aliran darah menjadi lebih baik.

Anestesi umum dilakukan karena tindakan operasi yang cukup lama dan *tumescent anesthesia* untuk meminimalkan perdarahan dan nyeri paska operasi. Hasil histopatologi dari bagian Patologi Anatomi didapatkan gambaran sesuai dengan KSB tipe nodular. Dua bulan post operasi hasil baik namun penyembuhan kurang baik karena infeksi dan kepatuhan pasien untuk kontrol yang kurang. Tidak terdapat defek pada palpebra inferior.

SIMPULAN

Dilaporkan satu kasus KSB pada sorang laki-laki berusia 41 tahun pada pipi kanan yang dilakukan *subcutaneous bipedicle island flap* dengan anestesi umum dan local *tumescent anesthesia*. Diperlukan pengawasan yang baik pasca operasi untuk hasil penyembuhan yang optimal.