



# Eksisi Luas dan Rekonstruksi Karsinoma Sel Basal Wajah di RSUP DR. M. Djamil Padang, Indonesia

Suyuthie HD,<sup>1</sup> Harahap WA,<sup>2</sup> Khambri D,<sup>2</sup> Rustam R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Peserta Didik *Trainee* Bedah Onkologi RSUP DR. M. Djamil Padang,

<sup>2</sup>Staf Pengajar Divisi Bedah Onkologi RSUP DR. M. Djamil Padang / Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Indonesia

## ABSTRAK

Pembedahan adalah terapi paling efektif untuk karsinoma sel basal (KSB). Meskipun sangat jarang bermetastasis, KSB menyebabkan destruksi lokal luas mencakup kerusakan jaringan lunak, kartilago, dan tulang, sehingga memerlukan penanganan lebih komprehensif termasuk rekonstruksi. Tulisan ini melaporkan tata laksana kasus serial karsinoma sel basal di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari hingga Mei 2020.

**Kata kunci:** Eksisi luas, karsinoma sel basal, rekonstruksi.

## ABSTRACT

Surgical treatment is the most effective treatment in basal cell carcinoma (BCC). Although metastasis is rarely found, basal cell carcinoma causes extensive local destruction including soft tissue, cartilage, and bone damage requiring more comprehensive treatment including reconstruction. A series of basal cell carcinoma cases management in Dr. M. Djamil General Hospital Padang during January to May 2020 was reported. **Suyuthie HD, Harahap WA, Khambri D, Rustam R. Wide Excision and Reconstruction of Facial Basal Cell Carcinoma in Dr. M. Djamil General Hospital, Padang, Indonesia**

**Keywords:** Basal cell carcinoma, reconstruction, wide excision.

## PENDAHULUAN

Mayoritas karsinoma kulit non-melanoma adalah karsinoma sel basal (KSB) yang berasal dari sel basal epidermis ataupun sel folikel rambut. Angka kejadian di AS diperkirakan mencapai 2 juta penderita setiap tahun.<sup>1,2</sup>

Berdasarkan data Badan Registrasi Kanker Ikatan Ahli Patologi Indonesia (BRKI-API) dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011, kanker kulit menempati urutan ke-4 dari 10 kanker ganas primer tersering pada laki-laki dan urutan ke-6 dari 10 kanker ganas primer tersering pada perempuan.<sup>3</sup> Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta, data tahun 2000-2009 menunjukkan kejadian kasus KSB adalah 261 kasus, karsinoma sel skuamosa (KSS) 69 kasus dan melanoma 22 kasus.<sup>4,5</sup> Di Sumatera Barat, berdasarkan data status rekam medis Poli Bedah Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang dari Januari 2017 hingga Januari 2018 didapatkan 41 kunjungan kanker kulit. Dari 41 kunjungan itu didapatkan 17 kasus (41,4%) karsinoma sel basal, 14 kasus (34,1%) karsinoma sel skuamosa, dan 10 kasus (24,5%) melanoma maligna.<sup>6</sup>

Meskipun sangat jarang bermetastasis (kurang dari 0,1%), KSB menyebabkan destruksi lokal luas mencakup jaringan lunak, kartilago, dan tulang, sehingga mengganggu fungsi dan estetika, terutama untuk daerah wajah.<sup>2,7</sup>

KSB memiliki beberapa faktor risiko; salah satu yang paling diketahui adalah paparan sinar matahari. Kebanyakan lokasi KSB adalah di lokasi yang terpapar sinar matahari meliputi daerah kepala dan leher. Faktor risiko lainnya mencakup riwayat radiasi dan kelainan genetik seperti albinisme dan *xeroderma pigmentosum*.<sup>2,8,9</sup>

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan histopatologi. Pasien biasanya mengeluh lesi kulit seperti tahi lalat yang membesar, mudah berdarah, timbul tukak atau ulkus. Dari pemeriksaan fisik akan didapat gambaran klasik ulkus rodan, yaitu ulkus dengan satu sisi berbentuk tidak rata, seperti gambaran "gigitan tikus". Biasanya disertai hiperpigmentasi di bagian tepi dan ulkus di tengah.<sup>9,10</sup>

Pembedahan adalah pilihan utama tata laksana KSB dengan angka kesembuhan 5 tahun mencapai 98% bila dilakukan eksisi luas dengan batas margin sesuai risiko rekuren. Lesi diameter <2 cm di lokasi risiko rendah (ekstremitas dan trunkus) dapat dieksisi dengan *margin* 4 mm dari indurasi. Namun, jika lesi berada di lokasi risiko tinggi (kepala dan leher), *margin* harus lebih luas (>4 mm).<sup>2,7,9</sup>

Penutupan defek dapat secara primer bila eksisi dapat dilakukan dengan batas *margin* bebas tumor. Namun bila batas *margin* tidak adekuat, sebaiknya penutupan luka dilakukan setelah penilaian histopatologi batas bebas tumor dengan *frozen section* intraoperatif.<sup>2</sup>

## LAPORAN KASUS

### Kasus 1

Seorang laki-laki 62 tahun datang ke Poliklinik Bedah Onkologi dengan keluhan utama benjolan di sudut mata kiri yang membesar dan mudah berdarah sejak 15 tahun. Awalnya benjolan sebesar kacang tanah dan sudah pernah dioperasi oleh dokter bedah di Rumah Sakit Umum Daerah 17 tahun yang lalu.

**Alamat Korespondensi** email: heldriandwinanda@gmail.com



## LAPORAN KASUS



Namun, 2 tahun setelah operasi, benjolan muncul kembali dan makin membesar hingga sebesar telur puyuh, mudah berdarah, dan berulkus. Benjolan mulai menghalangi penglihatan pasien.



**Gambar 1.** Laki-laki usia 67 tahun dengan basalioma di wajah sebelum operasi



**Gambar 4.** Enam bulan setelah operasi dan radioterapi

Pasien seorang petani yang biasa bekerja di tempat dengan paparan terik matahari sejak usia remaja tanpa perlindungan wajah. Pasien perokok selama 5 tahun. Tidak ada keluarga, saudara, anak, ataupun keluarga yang menderita penyakit serupa.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan massa tumor merah kehitaman di sudut mata kiri dengan ukuran 3,2 cm x 3,4 cm berbatas tegas, berulkus, permukaan tidak rata, *mobile*, tidak nyeri tekan. Tidak dijumpai pembesaran kelenjar getah bening (KGB) regional. Mata dengan visus 6/6 dan tidak ada diplopia.

Diagnosis kerja: Basalioma T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> di regio



**Gambar 2.** Defek setelah operasi; dilakukan *forehead flap* dan rekonstruksi



**Gambar 3.** Tiga bulan setelah operasi

kantus medial kiri berdasarkan klinis dan pemeriksaan fisik.<sup>11</sup>

Dilakukan eksisi luas dengan rekonstruksi *paramedian forehead flap*.

Tindakan operasi eksisi luas dengan batas *margin* 1 cm dari batas indurasi. Defek terbuka direkonstruksi dengan *paramedian forehead flap* dan *flap* lokal dari daerah pipi. Pasien dipulangkan setelah perawatan hari ketiga tanpa tanda-tanda infeksi dan kelopak mata kiri dapat membuka.

Hasil pemeriksaan histopatologi pasca-operasi didapatkan *basal cell carcinoma, nodular type* dengan batas sayatan bebas tumor. Pada awalnya direncanakan revisi dan pematangan pedikel untuk hasil kosmetik dan fungsional

yang lebih maksimal. Setelah *follow up* 6 bulan, tampak pedikel menipis spontan dan menyesuaikan kontur dari sudut mata. Pasien sudah sangat nyaman dengan kondisi ini dan hasil operasi dapat diterima secara kosmetik dan fungsional, sehingga tidak diperlukan revisi.

### Kasus 2

Perempuan 68 tahun datang ke Poliklinik Bedah Onkologi dengan keluhan utama borok pada bibir atas sejak 3 tahun. Lesi awalnya berupa tahi lalat yang makin melebar dan mulai menimbulkan borok. Pada pemeriksaan fisik didapatkan borok kehitaman berukuran 3,4 cm x 3,6 cm dengan batas tegas, mulai mengenai septum nasal. Mukosa bibir atas intak dan massa masih *mobile*. Pembesaran kelenjar getah bening tidak dijumpai. Pasien





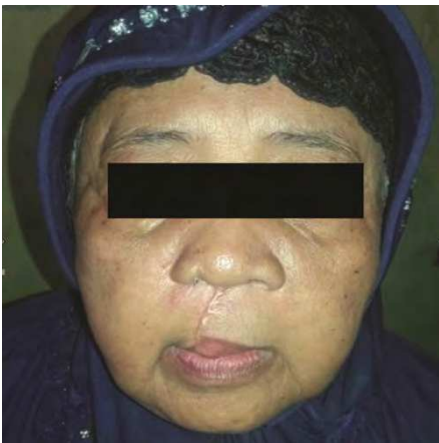
## LAPORAN KASUS



didiagnosis kerja dengan basalioma  $T_2N_0M_0$  berdasarkan klinis dan pemeriksaan fisik. Dilakukan tindakan eksisi luas dan penutupan defek dengan teknik *crescentic perialar flap*. Hasil histopatologi pasca-operasi didapatkan *basal cell carcinoma, nodular type* dengan batas sayatan atas di daerah septum belum bebas tumor. Pasien dianjurkan menjalani radioterapi adjuvan, namun pasien dan keluarga menolak.



Gambar 5. Pasien 68 tahun dengan basalioma di bibir atas sebelum operasi



Gambar 8. Enam bulan pasca-operasi

### Kasus 3

Pasien perempuan 72 tahun datang ke Poliklinik Bedah Onkologi dengan keluhan tukak kehitaman di sudut mulut kanan bawah; awalnya berupa tahi lalat sejak 5 tahun yang makin membesar. Sejak 2 tahun tahi lalat tersebut mulai bertukak dan nyeri. Pasien seorang petani yang sehari-hari bekerja di sawah di bawah terik matahari. Dari pemeriksaan fisik didapatkan tukak kehitaman dengan ukuran 2,2 cm x 3,2 cm, batas tegas



Gambar 6. Operasi eksisi luas dan rekonstruksi dengan nasolabial flap



Gambar 7. Dua bulan pasca-operasi

dan terbatas pada kulit dengan mukosa intra oral intact. Pasien didiagnosis kerja basalioma  $T_2N_0M_0$  berdasarkan klinis dan pemeriksaan fisik. Dilakukan *wide excision* dengan batas *margin* 1 cm; defek ditutup dengan *rotational flap*.

Hasil pemeriksaan histopatologi didapatkan *nodular basal cell carcinoma* dengan batas sayatan bebas tumor.

### PEMBAHASAN

Sumatera Barat adalah salah satu provinsi yang dilalui garis khatulistiwa; angka kejadian kanker kulit cukup tinggi karena paparan radiasi ultraviolet B sinar matahari merupakan faktor penyebab utama karsinoma sel basal.<sup>6,12</sup> Berdasarkan data status rekam medis RSUP Dr. M. Jamil Padang dari Januari 2017 hingga Januari 2018 didapatkan 41 kunjungan poli Onkologi dengan diagnosis kanker kulit. Dari 41 kunjungan itu, 17 kasus (41,4%) karsinoma sel basal, 14 kasus (34,1%) karsinoma sel



## LAPORAN KASUS



skuamosa, dan 10 kasus (24,5%) melanoma maligna.<sup>6</sup>



Gambar 11. Enam bulan pasca-operasi

Pembedahan merupakan penanganan utama kanker kulit. Batas sayatan luas untuk karsinoma sel basal berdasarkan rekomendasi NCCN 2019 adalah berdasarkan risiko rekurensi.<sup>1</sup> Lesi wajah berisiko tinggi rekuren sehingga membutuhkan batas sayatan lebih luas (>5 mm).<sup>1</sup> Ukuran lesi juga merupakan faktor risiko rekurensi. Tinjauan retrospektif selama 27 tahun oleh Unit Kanker Kulit *New York University* mendapatkan bahwa lesi wajah dengan ukuran lebih dari 6 mm berisiko lebih tinggi untuk terjadinya rekurensi. Ketiga kasus di atas memiliki diameter lebih dari 6 mm dengan kemungkinan rekurensi tinggi, sehingga membutuhkan batas sayatan yang lebih luas.<sup>9,13,14</sup>

Batas sayatan lebih luas akan menimbulkan defek lebih luas, sehingga penutupannya membutuhkan perhatian khusus. Teknik penutupan defek pasca-operasi eksisi luas, antara lain *skin graft* baik *full thickness* maupun *split thickness*. Khusus untuk lesi di daerah wajah membutuhkan teknik penutupan yang lebih baik agar defek dapat tersamarkan. Masing-masing teknik memiliki kekurangan dan kelebihan, namun penutupan defek daerah wajah dengan *flap* secara kosmetik lebih baik dibandingkan dengan *skin graft*.<sup>13,15</sup>

Pada kasus 1 dilakukan *paramedian forehead flap* dikombinasi dengan *flap* lokal untuk menutup defek daerah kantung medial. *Paramedian forehead flap* mungkin adalah salah satu teknik *flap* tertua; biasa digunakan untuk menutup defek sekitar hidung. Teknik



Gambar 9. Durante operasi wide eksisi dengan rotational flap



Gambar 10. Dua bulan pasca-operasi



ini mulai populer di Amerika Serikat setelah diperkenalkan oleh *Blair* pada tahun 1925 dan *Kazanjian* pada tahun 1946 untuk menutup defek daerah hidung seperti yang ditulis oleh *Rui Fernandes* pada bukunya yang berjudul *Local and Regional Flaps in Head and Neck Reconstruction*.<sup>13</sup> Beberapa tahun kemudian *Millard* melakukan revisi teknik *flap* ini dengan mempersempit *basal flap* dan mengandalkan perfusi pada satu pembuluh darah *supratrochlear*. Modifikasi ini memungkinkan *flap* bisa lebih panjang dan dapat dirotasi lebih mudah. Keunggulan *flap* ini adalah memberikan tekstur, ketebalan, dan warna menyerupai sekitar defek. Namun,

kelemahannya kadang membutuhkan operasi bertahap untuk merevisi pedikel yang kadang agak menebal.<sup>13,16</sup>

Pada kasus kedua dilakukan *crescentic perialar flap*. *Flap* ini pertama kali dipublikasikan oleh *Webster* pada tahun 1955.<sup>17</sup> Teknik dasar *flap* ini adalah dengan membuang jaringan sekitar perialar dan membebaskannya dari dasar otot wajah, sehingga membentuk sabit yang dapat dimobilisasi untuk menutup defek. Keuntungan utama *flap* ini adalah dapat menutup defek dengan mengikuti kelengkungan dan garis kulit wajah, sehingga bekas jahitan akan tersamarkan dan fungsi





## LAPORAN KASUS



otot bibir akan dapat dipertahankan.<sup>13,15,18</sup>

Pada kasus ketiga dilakukan *random flap* dari daerah regional *cervical* yang dirotasi ke arah defek. *Flap* ini dapat dilakukan tanpa harus menutup daerah donor dengan *skin graft* karena kulit daerah donor di area *cervical* relatif longgar, sehingga defek dapat ditutup secara primer.<sup>13,16</sup>

### SIMPULAN

Pembedahan merupakan terapi utama karsinoma sel basal. Operasi eksisi luas diikuti teknik penutupan defek yang baik akan mengembalikan fungsi anatomi dan fungsional pasien secara optimal; mengurangi kecacatan, sehingga dapat tetap menjalankan aktivitas sehari-hari.

Terdapat beberapa teknik untuk menutup defek operasi pasca-tindakan eksisi luas pada kasus karsinoma sel basal di daerah wajah. Tiga kasus masing-masing menjalani eksisi luas dan rekonstruksi dengan teknik *paramedian forehead flap*, *crescentic perialar flap*, dan *random flap* dari daerah regional *cervical*. Ketiga teknik tersebut cukup baik untuk menutup defek pasca-operasi eksisi luas di daerah wajah.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Berg D, et al. NCCN guidelines version 1.2018 panel members basal cell skin cancer. Natl Compr Cancer Netw. 2018.
2. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Carson WE, Contreras C, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology cutaneous melanoma. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(4):367-402. doi: 10.6004/jnccn.2019.0018.
3. Wilvestra S, Lestari S, Asri E. Studi retrospektif kanker kulit di Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RS Dr. M. Djamil Padang periode tahun 2015-2017. J Kesehat Andalas. 2018;7(Supplement 3):47.
4. Wibawa LP, Sampurna AT, Krisanti RIA, Andardewi MF. Kanker kulit. Kementerian Kesehat RI Dirjen Pelayanan Kesehat. 2019.
5. Dewi M. Sebaran kanker di Indonesia, riset kesehatan dasar 2007. Indones J Cancer. 2017;11(1):1-8.
6. Saleh L, Khambri D. Profile of skin cancer patients in RSUP DR. M. Jamil Padang periode Januari 2017-Januari 2019. Paper presented at: Mukhtar Ahli Bedah Indonesia (MABI) ke-23. Pekanbaru; 2019 September.
7. Gauci J, Muscat G, Aquilina S. A local perspective on basal cell carcinoma: Frequency of subsequent skin tumours. Malta Med Sch Gaz. 2017;01(04):46-55.
8. Subramaniam P, Olsen CM, Thompson BS, Whiteman DC, Neale RE, QSkin Sun and Health Study Investigators. Anatomical distributions of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in a population-based study in Queensland, Australia. JAMA Dermatol. 2017 Feb 1;153(2):175-182. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.4070.
9. Suyatno, Pasaribu ET. Bedah onkologi diagnosis dan terapi. 2<sup>nd</sup> Ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014.
10. Xu YG, Aylward JL, Swanson AM, Spiegelman VS, Vanness ER, Teng JMC, et al. Nonmelanoma skin cancers: Basal cell and squamous cell carcinomas. 6<sup>th</sup> Ed. Abeloff's Clinical Oncology. Elsevier Inc.; 2013. pp. 1052-73.e8.
11. Suyatno, Rizki KA, Andinata B, Iskandar, Rustam R, Wibisana IG, et al. Panduan penatalaksanaan kanker. In: Handoyo D, Haryono SJ, Sudarsa IW, Panigoro SS, Setiaji K, Tanggo EH, et al, editors. PERABOI (Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia); 2020. pp. 115.
12. Tan ST, Ghaznawie M, Reginata G. Deteksi dini karsinoma sel basal. Indones J Cancer. 2016;10(2):61.
13. Fernandes R. Local and regional flaps in head & neck reconstruction: A practical approach. Local and regional flaps in head & neck reconstruction: A practical approach. Wiley Blackwell; 2014. pp. 1-248.
14. Bichakjian C, Armstrong A, Baum C, Bordeaux JS, Brown M, Busam KJ, et al. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018;78(3):540-59.
15. Trufant JW, Leach BC. Combination defects of the nasal ala and perialar cheek. Dermatol Surg. 2019;45(12):1661-4.
16. Zins JE, D'Souza GF. Anatomy for plastic surgery of the face, head, and neck. Plast Reconstr Surg. 2017;139(2):517.
17. Webster JP. Crescentic peri-alar cheek excision for upper lip flap advancement with a short history of upper lip repair. Plast Reconstr Surg. 1955;16(6):434-64.
18. Rebowe RE, Albertini JG. Complex medial cheek and lateral nasal ala defect. Dermatol Surg. 2016;42(1):115-8. doi: 10.1097/DSS.0000000000000453.